

Edition 2009

Mémento du Médecin Libéral



GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ



Préface Président

Chers Consœurs et Confrères,

Vous êtes Étudiant, interne en fin de cursus ou bien jeune Médecin récemment diplômé, vous effectuez des remplacements : il n'est pas toujours aisé de faire face aux différentes démarches administratives et professionnelles préalables à une installation libérale. Dans ce domaine, l'enseignement universitaire n'est pas toujours suffisant, et nombreux sont les jeunes praticiens brutalement confrontés à la dure réalité de l'exercice libéral.

Ce guide a vocation à vous accompagner tout au long de vos démarches d'installation et pendant vos premiers mois d'activité.

Vous disposerez ainsi des informations indispensables pour prendre les bonnes décisions qui conditionneront votre devenir professionnel.

Vous y trouverez notamment :

- un point exhaustif sur les démarches professionnelles à accomplir et l'identité de vos interlocuteurs,
- un exposé clair des différents modes d'exercice libéral : exercice individuel ou en groupe, SEL, collaborateur libéral, etc.,
- tout sur la protection sociale et la retraite à titre obligatoire ou complémentaire, des conseils pratiques sur le choix du lieu d'installation, les régimes fiscaux, les assurances à souscrire, etc.,

Comme vous l'avez constaté, le Groupe Pasteur Mutualité souhaite être présent pour accompagner les médecins tout au long de leur vie professionnelle.

C'est ainsi que nous sommes à vos côtés depuis le début, que nous le sommes aujourd'hui à ce moment important de l'installation et que nous le serons encore au cours des prochaines années.

Chers Consœurs et Confrères, souhaitant que ce guide contribue au lancement de belles carrières, je vous adresse mes plus sincères vœux de réussite.

Docteur Bruno Gaudeau
Président du Groupe Pasteur Mutualité

Préface histoire AGMF

Après la période révolutionnaire et les guerres Napoléoniennes, le corps médical comptait de nombreuses veuves, orphelins et invalides, qui n'avaient aucune protection sociale réglementaire.

Spontanément, des associations se sont créées dans différents départements et en particulier sur Bordeaux et la Seine, alors que cette existence était normalement interdite depuis la révolution.

En 1845, une première réunion au niveau national lance l'idée d'une Association générale des médecins de France.

L'arrivée de Napoléon III autorise à nouveau en 1852, la création de regroupements sous la forme de sociétés mutualistes, dont le président est nommé par l'empereur.

Le décret impérial du 31 août 1858 crée l'Union des Sociétés de Prévoyance et de Secours Mutuel des Médecins de France, dite Association Générale des Médecins de France, présidée par le médecin ordinaire de l'empereur, le Professeur RAYER.

Trois principes justifient cette création : **Assistance – Protection – Moralisation**

Pendant de longues décennies, l'AGMF a donc eu un rôle de secours et d'entraide, mais également un rôle de caisse de retraite à dater de 1861 et un rôle syndical à partir de 1884.

Des prérogatives d'Ordre des Médecins sont apparues à la fin du XIX^e siècle, tandis qu'en 1900 un Code de Déontologie était élaboré.

Au XX^e siècle, Syndicat Médicaux, Ordre des Médecins et Caisse de Retraite ont été créés et ont donc quitté l'AGMF.

Celle-ci a continué à fonctionner essentiellement sur l'entraide, en liaison avec les mutuelles départementales qui se sont progressivement développées. De nombreux responsables de l'AGMF avaient également un rôle dans les autres structures, créées avant la dernière guerre.

Dans les années 70, création de mutuelles spécifiques :

La CDPV accueillait les chirurgiens dentistes, pharmaciens et vétérinaires tandis que les SMER accueillent les étudiants dans des sociétés mutualistes régionales.

En 1980, une Société mutualiste des professions libérales (SML) accueille les autres professions.

Depuis 1990, la Fédération Groupe Pasteur Mutualité a permis de préserver le corps médical dans le cadre de l'Association Générale des Médecins de France, les autres professions étant rattachées au Groupe Pasteur Mutualité.

Dans l'AGMF, trois mutuelles nationales sont créées :

Elles ont permis de regrouper les médecins hospitaliers dans la Mutuelle Nationale des Hôpitaux Publics et Privés (MNHPP). Les étudiants et quelques médecins sont regroupés dans la Société Mutualiste des Médecins de France (SMMF), tout en restant adhérents aux mutuelles départementales. Une Mutuelle de la Famille du Médecin (MNFM) permet de maintenir dans l'AGMF les veuves et orphelins des médecins.

Ainsi, depuis près de 150 ans, l'AGMF a toujours été au service de la profession médicale, régie strictement par le Code de la Mutualité, ce qui la différencie foncièrement des autres acteurs.

De ce fait, elle est gérée **par des médecins pour des médecins**, ce qui permet d'être attentif aux besoins spécifiques et d'avoir une qualité de service incomparable. Elle n'a pas de but lucratif et les administrateurs sont bénévoles.

Depuis 1998, elle s'est rapprochée de toutes les structures étudiantes médicales pour les encadrer, les conseiller dans des partenariats souvent exclusifs, permettant ainsi de poursuivre sa mission d'entraide et de solidarité confraternelle. Sa mission auprès des Internes est donc primordiale et semble efficace et appréciée.

1	La profession de médecin	11
2	Organismes professionnels	13
	I. L'ordre des médecins	13
	II. Les syndicats professionnels	13
3	Démarches professionnelles	15
	I. Inscription au tableau de l'ordre des médecins	15
	II. Enregistrement du diplôme et agréments	18
	III. Assurance responsabilité civile professionnelle	21
	III.1. Obligation de s'assurer	21
	III.2. Obligation d'assurer	21
	IV. Démarches auprès des services fiscaux	21
	V. Adhésion à une association de gestion agréée	22
	VI. Démarches auprès des organismes sociaux	22
	VI.1. Déclaration de début d'activité	22
	VI.1.1 URSSAF et Tribunal de commerce	22
	VI.1.2 CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie)	23
	VI.2. Protection sociale	25
	VI.2.1 Caisses d'assurance maladie	25
	VI.2.2 Caisse de retraite et de prévoyance	26
	VI.2.3 En tant qu'employeur	27
	VII. Le local professionnel	28
	VII.1. Achat du local professionnel	28
	VII.2. Location du local professionnel	28
	VII.3. Transformation d'un local d'habitation en local professionnel	28
	VII.4. Assurance du local professionnel (type "multirisque habitation")	28
4	Les différents modes d'exercice libéral	29
	I. Les divers modes d'exercice libéral	30
	I.1. L'exercice individuel	30
	I.2. La convention d'exercice conjoint	31
	I.3. La société civile professionnelle (SCP)	31
	I.4. La société d'exercice libéral (SEL)	32
	II. Les divers modes de gestion des moyens d'exercice libéral	34
	II.1. La société civile de moyens (SCM)	34
	II.2. Le contrat civil d'exercice à frais communs	35
	II.3. La société civile immobilière (SCI)	35

III. Le remplaçant	39
III.1. Qui peut-être remplaçant ?	39
III.1.1 Les médecins	39
III.1.2 Les étudiants en médecine	39
III.1.3 Les chefs de clinique des universités (CCU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les assistants des hôpitaux	41
III.2. Quelles démarches effectuées ?	41
III.2.1 L'autorisation, la licence et le contrat de remplacement ..	41
III.2.2 Cas particuliers de remplacement	42
III.3. Conditions d'exercice et protection sociale du remplaçant ..	44
III.3.1 La situation conventionnelle	44
III.3.1 Pratique médicale et honoraires	45
III.3.1 Protection sociale, fiscalité et assurances du remplaçant ..	46
III. Le collaborateur libéral	49

5 **Conseils pratiques**

I. L'installation	53
I.1. Le choix du lieu d'installation	53
I.1.1 En fonction des critères d'analyse "traditionnels"	53
I.1.2 En fonction des aides fiscales, financières ou d'autre nature ..	54
I.2. La négociation de la reprise de clientèle	57
I.2.1 La reprise d'une clientèle en exercice individuel	57
I.2.2 Création d'une activité	58
I.2.3 L'intégration d'un groupe déjà constitué (association)	58
II. Comptabilité / fiscalité	59
II.1 Les régimes d'imposition des B.N.C	59
II.1.1 Le régime de déclaration et d'imposition simplifiées, dit régime "micro BNC"	59
II.1.2 Le régime de la déclaration contrôlée	60
II.1.3 Les associations de gestions agréées	62
III. Les assurances	64
III.1. Obligatoires	64
III.1.1 Assurance responsabilité civile professionnelle	64
III.1.2 Assurance automobile	64
III.2. Indispensables	64
III.2.1 Assurance du local professionnel	64
III.2.2 Garanties de prêts	64
III.3. Très fortement conseillées	64
III.3.1 Complémentaire frais médicaux	65
III.3.2 Incapacité temporaire de travail	65
III.3.3 Invalidité	65
III.3.4 Décès	65
III.3.5 Epargne-retraite	65

6	La protection sociale du médecin	67
	1^{ère} partie : L'assurance maladie - maternité	74
I.	Le médecin conventionné affilié au régime général de sécurité sociale (CNAMTS)	74
	I.1. Les cotisations	74
	I.2. Modalités de paiement	75
	I.3. Le conjoint collaborateur	76
	I.4. Les prestations	76
	I.4.1 Les prestations en nature	76
	I.4.2 Les prestations en espèces	77
II.	Le médecin affilié au régime social des indépendants (RSI)	80
	II.1. Les cotisations	80
	II.2. Les prestations	81
	2^e partie : L'URSAFF	83
I.	Les allocations familiales	83
	I.1. Les cotisations	83
	I.2. Les prestations familiales.....	85
II.	La contribution sociale généralisée et la contribution au remboursement de la dette sociale (CSG et CRDS)	86
III.	La contribution à la formation professionnelle	87
IV.	La contribution aux unions médicales (CUM)	87
	3^e partie : Retraite et prévoyance obligatoires	88
I.	Les cotisations	88
	I.1. Retraite (assurance vieillesse)	88
	I.1.1 Régime de base	89
	I.1.2 Régime complémentaire	90
	I.1.3 Régime supplémentaire (ASV)	90
	I.1.4 Allocation de remplacement de revenu (ADR) ou MICA (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité)	91
	I.2. Prévoyance (assurance invalidité - décès)	91
	I.3. Le conjoint collaborateur	92
II.	Les prestations	95
	II.1. La retraite	95
	II.1.1 Retraite de base	95
	II.1.2 Retraite complémentaire	101
	II.1.3 Retraite supplémentaire (ASV)	102
	II.1.4 Cumul retraite / activité médicale libérale limitée	103
	II.2. La prévoyance	105
	II.2.1 L'arrêt de travail ou incapacité temporaire de travail	105
	II.2.2 L'invalidité	106
	II.2.3 Le décès	107
	Fiche pratique n°1 : Cotisations sociales 2008 - 1^{ère} et 2^{ème} années d'installation.....	109
	Fiche pratique n°2 : Médecin traitant et parcours de soins coordonné.....	111
	Fiche pratique n°3 : Choisir son lieu d'installation.....	116
	Fiche pratique n°4 : Budget prévisionnel - Source CARMF.....	118

1. La profession de médecin

La profession de médecin est principalement régie par les textes ci-après :

- le Code de la santé publique (CSP);
- le Code de déontologie médicale intégré désormais dans le CSP.

➔ Conditions d'exercice

- être titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine mentionnant la qualification obtenue soit en médecine générale, soit en spécialité. Le titre d'ancien interne en médecine ne peut pas être utilisé par les médecins qui n'obtiennent pas de qualification correspondante ;
- être titulaire des diplômes équivalents délivrés par la Communauté Economique Européenne (CEE) ou de l'Espace Economique Européen (EEE), dont la liste est établie par arrêté ;
- être de nationalité française ou ressortissant de la CEE ou de l'EEE, du Maroc ou de la Tunisie, dans les conditions prévues à l'art. L 4131-1 du CSP sauf autorisation expresse ;
- être étudiant en médecine inscrit en 3e cycle d'études médicales françaises pour exercer à titre de remplaçant, selon des conditions précisées par décret (voir infra p.39) ;
- pour les médecins diplômés hors de l'Union européenne, bénéficier d'une autorisation ministérielle d'exercice (décret n°2004-508 du 8 juin 2004).
- être inscrit à un tableau de l'Ordre des médecins ;

➔ Principaux droits et obligations des médecins

Monopole d'exercice : les médecins inscrits au tableau de l'Ordre jouissent du monopole de leur titre de docteur en médecine et de l'exercice de leur profession.

Ethique : interdiction d'exercer sous un pseudonyme ou d'établir des certificats et rapports de complaisance. Interdiction de faire connaître ses titres, qualification etc... par publicité.

Indépendance : professionnelle et financière : interdiction du partage d'honoraires sans contrepartie, de tout rapport lucratif avec des laboratoires (renforcée par la loi du 4 mars 2002), d'exercer dans des locaux commerciaux...

Formation continue / Evaluation : obligation d'actualiser, perfectionner ses connaissances et faire valider ses acquis par la commission d'évaluation - art D 4133-24 et s. CSP.

Secret professionnel : obligation au secret professionnel.

Information sur les honoraires : les honoraires, la situation conventionnelle, les conditions de prise en charge des soins, ainsi que les téléphones d'urgence doivent être affichés de façon visible et lisible dans la salle d'attente du cabinet. Le professionnel de santé remet au patient une information écrite préalable si les dépassements d'honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros.

Assistance morale et confraternité : vis-à-vis des confrères : interdiction d'entrer en concurrence en abaissant les honoraires.

2. Organismes professionnels

I. L'ORDRE DES MÉDECINS

L'Ordre "groupe obligatoirement tous les médecins habilités à exercer"
(article L.4121-1 du Code de la santé publique). Il régit les instances suivantes :

→ Le Conseil départemental

- inscription ou refus d'inscription des médecins du département au tableau ;
- vérification des diplômes et attribution des qualifications ;
- examen obligatoire des contrats ayant pour objet l'exercice de la profession et, sur demande du médecin, examen des projets de contrats ;
- délivrance des licences de remplacement ;
- contrôle du libellé des plaques et ordonnances ;
- Commission de conciliation en cas de litiges ou transmission de la plainte, avec avis motivé du Conseil, à la chambre disciplinaire de première instance ;
- assure le respect des lois et règlements qui régissent l'ordre et l'exercice de la profession ;

→ Le Conseil régional ou inter régional

- fonction de représentation de la profession au niveau régional ;
- coordination des Conseils départementaux ;
- Instance administrative d'appel sur les autorisations ou refus d'inscription au tableau ;
- Instance juridictionnelle disciplinaire à la suite de plainte et en matière électorale sur des recours en annulation des élections des conseils départementaux ;

→ La section disciplinaire du Conseil national

présidée par un membre du Conseil d'Etat

- instance d'appel des décisions des conseils régionaux en matière de discipline, avec effet suspensif de la décision de première instance ;
- recours possible de la décision en appel devant le Conseil d'Etat ;

→ Le Conseil national

- recensement de tous les médecins, axe de décision et instance de réflexion ;
- garant de la déontologie et de l'éthique de la profession ;
- détermination du montant de la cotisation obligatoire à verser à l'Ordre des médecins ;
- contrôle de la gestion des Conseils départementaux ; (art. L 4122-2 CSP)
- instance de recours des décisions des Conseils régionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire d'exercice pour infirmité ou état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession ;
- informe et conseille sur les plans juridique et déontologique les conseils régionaux, les conseils départementaux, les médecins et le public ;

Conseil national de l'Ordre des médecins - 180, boulevard Haussmann, 75008 Paris
Tél. : 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01 - www.conseil-national.medecin.fr

II. LES SYNDICATS PROFESSIONNELS

Des cotisations facultatives, déductibles du revenu professionnel, peuvent permettre de s'affilier à un syndicat professionnel. Diverses informations d'ordre juridique, fiscal ou social peuvent être fournies par ces organismes.

3. Démarches professionnelles

I. INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MÉDECINS ART L 4111 – 1 ET S.

L'inscription au tableau est **obligatoire** pour tout médecin qui exerce sa profession en France. Les sociétés civiles professionnelles et sociétés d'exercice libéral doivent s'inscrire au tableau indépendamment des associés, personnes physiques, sous forme d'une demande collective auprès du conseil départemental de l'ordre du siège de la société. (art. R 4113-28 et R 4113-4).

Attention : le défaut d'inscription au tableau est constitutif du délit d'exercice illégal de la médecine, qui est puni des peines de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende (Art. L. 4161-5 du Code de la Santé publique)

Elle doit être sollicitée auprès du Conseil départemental de l'Ordre où le médecin veut établir sa résidence professionnelle.

Pour obtenir l'adresse du Conseil départemental correspondant :

www.conseil-national.medecin.fr

➔ Documents à fournir par les médecins personnes physiques

- un extrait d'acte de naissance de moins de trois mois ou une photocopie de la pièce d'identité ou du passeport en cours de validité ;
- une attestation de nationalité délivrée par une autorité compétente ;
- une copie des diplômes et titres exigés par l'art L 4111-1 (accompagnée d'une traduction, si nécessaire), à laquelle sont joints :
 - pour un demandeur présentant un diplôme délivré dans un Etat étranger dont la validité est reconnue sur le sol français : la copie des titres à la possession desquels cette reconnaissance peut être subordonnée,
 - pour ceux bénéficiant d'une autorisation d'exercice, la copie de cette dernière,
 - pour un demandeur médecin ressortissant d'un Etat membre de la CEE, les attestations prévues à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique ;
- pour les ressortissants d'un Etat étranger, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de 3 mois, délivré par une autorité compétente de l'Etat d'origine ou de provenance ;
- tous éléments attestant d'une connaissance suffisante de la langue française ;
- une déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours ;
- un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur certifiant n'avoir jamais été inscrit ou enregistré ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un Etat membre des communautés européennes ;
- deux photographies ;
- les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de la profession et ceux leur assurant l'usage du matériel et du local utilisé si le médecin n'en est pas propriétaire (Ordonnance no 2005-1040 du 26 août 2005).

3. Démarches professionnelles

➔ Documents à fournir par les sociétés (SCP/SEL)

Communs aux SCP/SEL :

- un exemplaire des statuts signés, du règlement intérieur de la société s'il a été établi et, le cas échéant, une copie de l'acte constitutif ;
- un certificat d'inscription au Tableau de l'Ordre de chaque associé exerçant au sein de la société ou, pour les associés non encore inscrits à ce Tableau, la justification de la demande d'inscription ;

SEL :

- une attestation des associés indiquant :
 - la nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés ;
 - le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales ou actions sociales représentatives de ce capital ;
 - l'affirmation de la libération totale ou partielle, suivant le cas, des apports concourant à la formation du capital social.
- une attestation du greffier du tribunal de commerce constatant le dépôt au greffe de la demande et des pièces nécessaires à l'immatriculation ultérieure de la SEL au registre du commerce et des sociétés ;

En cours d'exercice, les médecins exerçant en société doivent communiquer au conseil de l'ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés.

L'ensemble de ces documents doit être communiqué dans le mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant.

➔ Instruction de la demande

En possession de ces pièces, un dossier est constitué au nom du postulant par le Conseil départemental, qui doit statuer sur la demande d'inscription dans un délai maximum de 3 mois à compter de la réception de la demande, l'absence de décision dans ce délai constituant une décision implicite de rejet. (Article L4112-4 du code de la Santé publique).

Le Conseil vérifie l'exactitude des diplômes, titres et qualifications professionnels du demandeur, et s'assure que ce dernier remplit les conditions nécessaires de moralité et d'indépendance professionnelle.

La décision prise par le Conseil départemental peut faire l'objet, sur l'initiative du médecin demandeur, d'un recours devant les différentes instances du Conseil de l'Ordre, puis d'un recours en dernière instance devant le Conseil d'Etat.

➔ Cotisation annuelle obligatoire

(article L.4122-2 du CSP)

La cotisation à l'Ordre est, en 2008, de **275 €**. Les frais de première inscription correspondent à une demi cotisation soit **137,50 €** pour l'année 2008. Des réductions et exonérations sont prévues, notamment en cas de difficultés financières. Les SCP et SEL font aussi l'objet d'un appel de cotisation. Lors de son règlement, est remis la *carte professionnelle du médecin* ou, les années suivantes, un timbre validant l'année de cotisation.

3. Démarches professionnelles

➔ La carte de professionnel de santé

Elle permet l'accès sécurisé à l'information médicale et, dans le cadre des échanges électroniques et des données médicales entre professionnels de santé et CPAM, assure la sécurisation des échanges, l'identification de l'émetteur et son authentification. Elle permet à son titulaire la signature électronique des documents médicaux ou administratifs ainsi que le droit d'accès des réseaux professionnels d'échanges d'informations et accès à des locaux ou à des équipements sécurisés tels que les établissements de soins.

Pour obtenir la CPS, le médecin doit se procurer le formulaire de demande et le protocole d'usage auprès de l'ordre, ensuite compléter les deux documents et les transmettre à la DDASS (bureau ADELI) en précisant, s'il y a lieu, le nombre de cartes personnelles d'établissement que le médecin souhaite pour son personnel. La DDASS vérifie les deux documents, les transmet à la CPAM pour visa qui les remettra au GIP-GPS en vue de l'établissement de la CPS et éventuellement de la CPE.

Pour trouver la DDASS de sa région :

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/informations-pratiques/adresses-numeros-utiles/sante/adresses-numeros-drass-ddass.html

**GIP-CPS - 8, rue de Châteaudun 75009 PARIS
08 25 85 20 00 - www.gip-cps.fr**

➔ Unicité de l'inscription

L'inscription a pour effet de rendre licite l'exercice de la médecine sur tout le territoire national. Le médecin ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle (article L.4112-1 du CSP).



Exercice multi sites : un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle (art. R4127-85) :

- lorsqu'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins ;
- ou lorsque les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

Le médecin doit prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

La demande est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Elle doit être accompagnée de toute information utile sur les conditions d'exercice. Le silence du conseil de l'ordre au-delà des trois mois suivant réception de la demande vaut acceptation.

3. Démarches professionnelles

Cabinet secondaire dans un département différent du lieu d'inscription

L'exercice en cabinet secondaire situé dans un département différent de celui du lieu d'inscription ne donne pas lieu à nouvelle inscription.

Le médecin acquittera la cotisation entière au Conseil départemental dont dépend son cabinet principal, et la seule part départementale de la cotisation au Conseil départemental du cabinet secondaire (**149 €** en 2008).

Transfert de résidence professionnelle dans un autre département

Le médecin doit :

- demander au Conseil départemental d'origine, par lettre recommandée avec avis de réception, de transférer son dossier, en indiquant l'adresse de sa future installation ;
- adresser, conjointement, au nouveau Conseil départemental une demande d'inscription conformément aux conditions rappelées ci-dessus.

Ce n'est qu'à cette double condition que le médecin peut exercer provisoirement dans le département de sa nouvelle résidence jusqu'à notification d'une décision. Tant que le médecin n'a pas présenté cette nouvelle demande d'inscription, il ne peut bénéficier de ces dispositions. Dans l'intervalle, le Conseil départemental le retire de son tableau, adresse le dossier du médecin au Conseil national qui le transmet au nouveau Conseil départemental.

Médecins thermalistes

Pour éviter les transferts des dossiers chaque semestre, le médecin thermaliste doit être inscrit au tableau dont dépend son cabinet thermal et, s'il exerce en dehors de la saison dans un autre département, se faire connaître du Conseil départemental où il a sa deuxième installation. L'exercice dans les deux cabinets ne peut être que successif, et le médecin thermaliste ne peut se faire remplacer dans le cabinet où il n'exerce pas.

La cotisation entière est due au Conseil départemental où le médecin exerce la médecine thermale ; il doit aussi acquitter la part départementale au Conseil du lieu de son deuxième exercice (**149 €** en 2008).

II. ENREGISTREMENT DU DIPLÔME ET AGREMENTS

L'enregistrement du diplôme s'effectue sans frais et au plus tard dans le mois qui suit l'inscription au tableau de l'Ordre (article L.4113-1) :

- d'une part, auprès de la **Préfecture** (ou sous-préfecture) du lieu d'installation, (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)).
- à Paris DASS : 75, rue de Tocqueville, 75017 Paris - Tél. : 01.58.57.11.00
Fax : 01.58.57.11.44 - Voir le site : www.ile-de-France.sante.gouv.fr/dep75
- d'autre part, auprès du **Greffé du Tribunal de Grande Instance** du lieu d'exercice ou directement par Internet sur le répertoire Adeli, document Cerfa n°10902*02 : www.sante.gouv.fr/cerfa

3. Démarches professionnelles

➔ Documents à présenter

- La carte d'identité,
- l'original du diplôme d'Etat (à défaut, le certificat provisoire délivré par la faculté auprès de laquelle le diplôme a été obtenu) ;
- la carte d'inscription à l'Ordre, avec le timbre de l'année ;
- l'original de la spécialité.

Ces démarches permettent d'obtenir la fiche Adeli destinée à la CPAM, le caducée offrant des facilités et tolérances de stationnement, et les ordonnances sécurisées.

Les **ordonnances sécurisées**, obligatoires pour toute prescription de médicaments classés comme stupéfiants, peuvent être obtenues auprès des éditeurs agréés Afnor.

Consulter la liste des éditeurs sur le site Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers> à la rubrique ordonnances sécurisées.



Agrément d'une installation radiologique - Art. R.1333-22

L'utilisation d'appareils de radiodiagnostic mobiles doit faire l'objet d'une déclaration auprès du préfet du département en application de l'article du Code de la Santé Publique à partir d'un formulaire "déclaration d'appareil de radiodiagnostic médical et dentaire" disponible sur le site internet de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) et auprès de la Division de la Sûreté nucléaire et de la radioprotection (DSNR) correspondant au lieu d'utilisation.

Il incombe également au déclarant de désigner une personne compétente en radioprotection (PCR) ayant satisfait aux obligations de formation préalable. La déclaration de renouvellement doit se faire tous les 5 ans. En cas de changement dans la liste des générateurs de rayons X, de leurs locaux d'affectation ou du praticien responsable, cela implique également une nouvelle déclaration.

www.asn.gouv.fr

Direction Générale de la Sûreté Nucléaire et de la Radioprotection

En île de France : 6, place du Colonel Bourgoin 75 572 PARIS Cedex 12

Tel : 01.43.19.36.36



L'installation en chirurgie esthétique est soumise à l'autorisation du préfet.

Le médecin doit fournir un dossier administratif, un dossier relatif au personnel nécessaire et à sa qualification, un dossier technique et financier, un dossier d'évaluation et une copie du rapport de certification par la Haute Autorité de santé ou à défaut une copie de l'accusé de réception par cette autorité de sa demande d'engagement de la procédure de certification. (**Décret n° 2005-776 du 11 juillet 2005**).

Le décret no 2005-777 du 11 juillet 2005 prévoit les conditions techniques de fonctionnement que doivent remplir les installations de chirurgie esthétique pour être autorisées.

Le changement de résidence, comme une interruption d'exercice d'au moins deux ans, oblige à un nouvel enregistrement du diplôme dans les mêmes conditions.

GROUPE
PASTEUR
MUTUALITE



Médecins libéraux

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Avec sa nouvelle filiale
Panacéa Assurances
spécialisée en
Responsabilité Civile
Professionnelle,
Groupe Pasteur Mutualité,
complète son offre globale
aux professionnels
de santé.

www.gpm.fr

Contactez-nous pour en savoir plus
sur votre **Responsabilité Civile Professionnelle**
et sur votre **Protection Juridique**.

Pour plus d'informations : **0 810 229 505**

Prix d'un appel local

PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Contrat souscrit par GPM Courtage, société anonyme de courtage d'assurances à directoire et conseil de surveillance au capital de 856.000 €, n° ORIAS 07 023 091, filiale du Groupe Pasteur Mutualité, 34 boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17, auprès de PANACEA ASSURANCES SA, société anonyme d'assurances à directoire et conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, 34 boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17

3. Démarches professionnelles

III. ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

L'assurance responsabilité civile professionnelle est devenue obligatoire depuis l'adoption de la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** (article L.1142-2 du Code de la santé publique).

III.1. Obligation de s'assurer

(articles L.251-1 et L.251-2 du Code des assurances, art. L1142-2 et s., L1142-25 et s. CSP)

Le manquement à cette obligation légale entraîne de *lourdes sanctions* :

- sanction pénale : amende de 45 000 € ;
- sanction disciplinaire : interdiction d'exercer l'activité professionnelle.

L'assurance responsabilité civile professionnelle doit :

- être souscrite préalablement à l'accomplissement d'un quelconque acte professionnel ;
- couvrir tous les actes que le médecin a l'intention d'effectuer.



Une aide financière à la souscription de cette assurance, pouvant aller jusqu'au 2/3 du montant de la prime selon le conventionnement, la spécialité et la nature des actes est apportée par l'assurance maladie si le médecin conventionné secteur I ou II s'est engagé auprès de la Haute Autorité de Santé dans une démarche d'accréditation de la qualité de sa pratique. La liste des organismes agréés auprès desquels réaliser son intention d'engagement est consultable sur www.has-sante.fr

Cette assurance est souvent complétée par une **garantie protection juridique** pour aider le praticien dans ses démarches en cas de mise en cause (ou tout autre contentieux).

III.2. Obligation d'assurer

(articles L.252-1 et L.252-2 du Code des assurances)

Le médecin qui s'est vu refuser au moins deux fois la souscription d'un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle par une compagnie d'assurances couvrant ce type de risques en France peut saisir le Bureau central de tarification, qui fixe alors le montant de la prime pour laquelle la compagnie d'assurances sera tenue d'accepter de couvrir le risque.

Bureau central de tarification

11, rue Jules Lefebvre, 75009 Paris
Tél. : 01.53.21.50.40 - Fax : 01.53.21.50.47
www.bureaucentraldetarification.com.fr

IV. DÉMARCHES AUPRÈS DES SERVICES FISCAUX

Au moment de l'ouverture de son cabinet, le médecin doit prendre contact avec son centre des impôts en vue de son assujettissement aux divers impôts dus, notamment à la **taxe professionnelle** et, s'il y a lieu, à la taxe sur les salaires.

En principe, la taxe professionnelle est due pour l'année entière par le redevable qui exerce à compter du 1^{er} janvier. En cas de première installation en cours d'année, elle n'est pas due pour la période comprise entre la date d'installation et le 31 décembre suivant.

3. Démarches professionnelles

Elle peut être versée mensuellement, trimestriellement ou annuellement selon le montant. Par ailleurs, l'embauche d'un collaborateur (secrétaire, assistant) déterminera l'application de la **taxe sur les salaires**, dont le taux est progressif selon le montant des rémunérations versées.

www.urcam.assurance-maladie.fr/Legisante.4775.0.html
et www.impots.gouv.fr
informations et accès aux formulaires (“Recherche de formulaires”)

V. ADHÉSION À UNE ASSOCIATION DE GESTION AGRÉÉE

L'inscription doit se faire dans les 3 premiers mois suivant le début d'activité pour permettre au médecin de bénéficier de l'abattement fiscal pour l'année en cours. (voir infra).

VI. DÉMARCHES AUPRÈS DES ORGANISMES SOCIAUX

VI.1. Déclaration de début d'activité

VI.1.1. URSSAF et Tribunal de commerce

Une déclaration de début d'activité doit être adressée dans le mois précédant le début de l'activité au Centre de Formalités des Entreprises (CFE) compétent, c'est-à-dire :

- Au greffe du **Tribunal de commerce** lorsque l'activité est exercée en société ;
Le greffier du tribunal adressera par la suite à l'entreprise, un document attestant de son immatriculation au Registre du commerce et des sociétés (RCS), nommé “extrait Kbis” pour les sociétés.
- à l'**URSSAF**, Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales, du lieu d'exercice lorsque l'activité est exercée à titre individuel.
<http://annuaire-cfe.insee.fr/AnnuaireCFE/jsp/Controleur.jsp>

Ces CFE sont compétents pour recevoir les déclarations d'existence ou de modification des conditions d'exercice et de cessation d'activité. Le CFE centralise les pièces du dossier de création et les transmet, après avoir effectué un contrôle formel, auprès des différents organismes et administrations intéressés par la création de l'entreprise :

- **CPAM** (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ;
- **RSI** (Régime social des indépendants), pour les médecins non conventionnés ou du secteur II ayant opté pour ce régime ; ou tout autre activité libérale non médicale ;
- **CAF** (Caisse d'Allocations Familiales) ;
- **les services fiscaux** ;
- **L'INSEE**, qui inscrit l'entreprise au Répertoire national des entreprises (RNE) et lui attribue un numéro SIREN, un numéro SIRET et un code d'activité : le code APE.

3. Démarches professionnelles

Le numéro SIREN, unique et invariable, comporte 9 chiffres et se décompose en 3 groupes de 3 chiffres attribués d'une manière non significative en fonction de l'ordre d'inscription de l'entreprise. Il est utilisé par les organismes publics et les administrations avec lesquels le professionnel est en relation.

Le numéro SIRET identifie l'établissement : une même entreprise peut donc en avoir plusieurs. Il est demandé notamment par les organismes sociaux, les services fiscaux, l'Assedic. Il se compose de 14 chiffres : le numéro SIREN auquel sont adjoints 5 chiffres complémentaires.

Le code APE ou NAF identifie le secteur d'activité de l'entreprise et comporte, depuis le 8 janvier 2008, 5 caractères en référence à la nomenclature d'activités européenne NACE à 4 chiffres complétée par une lettre pour chaque pays. Pour les médecins généralistes, le code est 8 621 Z, pour les spécialistes 8 622 C.

Pour trouver le code NAF correspondant à une activité, consulter :

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/liste-nomenclatures.htm>

Pour tout renseignement complémentaire :

www.cfe.urssaf.fr, www.urssaf.fr, www.caf.fr, www.apce.com (Agence pour la création d'entreprise)

Dans le courant de l'activité professionnelle, une déclaration annuelle commune de revenus (DCR) doit être communiquée à l'ensemble des organismes concernés. Elle peut être saisie une seule fois directement sur un site internet qui la diffusera : **www.net-entreprises.fr**

VI.1.2. CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie)

Bien que l'inscription soit signalée par l'URSSAF, le professionnel de santé doit explicitement informer la CPAM de son futur lieu d'exercice, de son début d'activité, de l'adresse de son cabinet et de sa volonté d'adhésion ou non au texte conventionnel. (voir les conséquences de l'adhésion infra, VI.2).

La CPAM est la seule habilitée à fournir les feuilles de soins pré-identifiées permettant aux patients de se faire rembourser.

En province : contact doit être pris avec le "Département relations avec les professions de santé" de la CPAM de votre lieu d'installation.

A Paris, le centre Constantinople est le centre pivot chargé des formalités de première installation des professionnels de santé.

Centre d'assurance maladie Constantinople n°281

27, rue de Constantinople, 75008 Paris

Tarif spécial : 3646

Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00

<http://www.ameli.fr>

3. Démarches professionnelles

➔ Documents à fournir

- le numéro d'inscription au tableau de l'Ordre ;
- le diplôme d'Etat avec le numéro d'enregistrement au C.F.E. ;
- le cas échéant, la notification d'agrément d'installation radiologique ;
- le certificat d'études spéciales (CES) ou le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- la carte d'assuré social ou la carte Vitale ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP) du compte professionnel.

La CPAM transmettra en retour au professionnel le texte de la convention nationale, son numéro national de Sécurité sociale, les feuilles de soins pré-identifiées et, pour certaines caisses, un cachet professionnel.

Vous pouvez effectuer un certain nombre de démarches directement sur :

www.ameli.fr

www.sante.gouv.fr (fichier Adeli)

www.urcam.assurance-maladie.fr/instaLSante.instalsante.0.html

➔ Les feuilles de soins papier et électroniques (FSE)

Le médecin peut utiliser, en attendant l'envoi des feuilles pré-identifiées, des feuilles sans pré-identification sur lesquelles il appose son tampon.



Cabinet secondaire

Lorsqu'il exerce au cabinet secondaire, le médecin utilise des feuilles de soins pré-identifiées à l'adresse de ce cabinet, qui lui sont remises par la CPAM de son lieu d'exercice principal, au vu de la décision du Conseil départemental l'autorisant à ouvrir le cabinet secondaire.



Médecin thermaliste

Au cours de la période thermale, ce médecin utilise les feuilles de soins délivrées par la CPAM du département d'inscription. S'il exerce dans un autre département, en dehors de la période thermale, il peut se voir délivrer des feuilles comportant un numéro attribué par la CPAM de ce département, à la condition de s'être fait connaître du Conseil départemental intéressé.

La télétransmission des feuilles de soins électronique (FSE) avec le système SESAM Vitale s'adapte à tous les modes d'exercice :

- seul sur un ou plusieurs sites, sans secrétariat partagé :
 - soit d'un équipement informatique standard composé d'un ordinateur PC ou MAC avec imprimante et modem, un logiciel agréé, un lecteur de carte bifente homologué et un abonnement réseau compatible avec le logiciel agréé pour l'envoi des factures ;
- ou
- une solution sans ordinateur, donc recours à l'infogérance. Il s'agit de déléguer les opérations de gestion des factures à un centre de gestion. L'équipement se constitue d'un lecteur de carte bifente avec lequel le médecin réalise et envoie ses factures.

3. Démarches professionnelles

- exercer avec un secrétariat partagé avec d'autres professionnels. Chaque personne dispose d'un équipement informatique standard et réalise ses factures au fil des consultations. Le secrétariat, relié en réseau, les récupère en fin de journée et les envoie à l'assurance maladie (pour information, la gestion des envois et des retours peut être centralisée pour permettre une répartition comptable entre les différents praticiens).

A noter que quelque soit le type d'équipement choisi, le médecin doit disposer d'une boîte aux lettres électroniques pour les retours des ARL.

Pour les déplacements à domicile des patients, pour télétransmettre les factures réalisées en visite, il existe des solutions transportables sans ordinateur ou des lecteurs portables.

<http://www.ameli.fr>
www.sesam-vitale.fr

VI.2. Protection sociale

VI.2.1. Caisses d'assurance maladie

Les relations entre les médecins et la CPAM sont organisées par des conventions signées par un ou plusieurs syndicats professionnels et les caisses nationales des trois principaux régimes de protection sociale (CNAMTS, CCMSA, RSI).

Le médecin dispose de 2 mois à compter de la date à laquelle la CPAM a été informée de son installation pour adhérer à la convention nationale des médecins par lettre recommandée avec avis de réception.

S'il a adhéré, il peut déclarer à tout moment de la vie conventionnelle ou au moment d'une nouvelle convention, le choix de ne plus adhérer à celle-ci. Inversement, le professionnel qui a choisi d'exercer hors convention peut à tout moment faire connaître à sa caisse primaire, sa décision d'adhérer au texte conventionnel.

L'option conventionnelle et l'éventuel droit à dépassement permanent doivent être affichés dans la salle d'attente du cabinet.

Attention : Si le dépassement prévu sur l'ensemble des prestations facturées est égal ou supérieur à 70 €, le professionnel de santé doit remettre au patient une information écrite préalable (Arrêté du 2/10/2008).

L'adhésion ou non à la convention a des incidences directes sur la protection sociale du médecin et sur le coût de cette dernière (voir infra).

➔ Adhésion à la convention nationale des médecins

Le régime d'assurance maladie-maternité dont bénéficie le médecin est alors le **régime général de la Sécurité sociale - sauf, en secteur II**, si le praticien **opte pour le régime social des indépendants** (voir infra). L'inscription prend effet après 1 mois d'exercice professionnel sous le régime conventionné.

3. Démarches professionnelles

En adhérant à la convention, le médecin s'engage, entre autres, à :

- appliquer les tarifs conventionnels fixés par le texte ;
- respecter le libre choix du praticien par le malade ;
- respecter les modalités d'échange d'information avec les organismes d'assurance maladie ;
- effectuer des actes de qualité dans la plus stricte économie compatible avec l'état de santé du patient et l'efficacité du traitement.

L'assurance maladie s'engage en contrepartie, à :

- rembourser les assurés sur la base des tarifs conventionnels ;
- participer au financement de la protection sociale des praticiens conventionnés (voir infra) ;
- financer, sous certaines conditions, leur formation professionnelle continue.

Le médecin, s'il est titulaire d'un titre hospitalier, peut choisir le secteur 2, lorsqu'il s'installe pour la première fois en libéral. Il sera autorisé à dépasser le tarif fixé par la convention mais ne bénéficiera pas des mêmes avantages sociaux et fiscaux que son confrère en secteur 1.

Le médecin exerçant en secteur 1, s'engage à respecter strictement les tarifs négociés dans le cadre de la convention.

➔ Refus d'adhésion à la convention nationale des médecins

Si le médecin choisit de ne pas être conventionné, le médecin fixe librement ses honoraires et supporte l'intégralité de ses cotisations sociales. Ses patients seront remboursés sur la base d'un tarif d'autorité très faible.

Le médecin non conventionné, comme le médecin secteur II ayant pris cette option, relève pour sa protection sociale du RSI (Régime Social des Indépendants).

Lors de son inscription au CFE / URSSAF (voir supra VI.1.1), le praticien doit choisir un organisme conventionné (compagnie d'assurances ou mutuelle bénéficiant d'une délégation de gestion) sur la liste qui lui sera communiquée.

RSI - Régime Social des Indépendants

264 avenue du Président Wilson, 93457 La Plaine-Saint-Denis Cedex

Tél : 01.77.93.00.00 - www.le-rsi.fr

Pour trouver la caisse régionale RSI :

www.le-rsi.fr/infos-services/adresses_utiles_regime/contacts_caisses_rsi.php

VI.2.2. Caisse de retraite et de prévoyance

Tous les médecins exerçant à titre libéral sont obligatoirement assujettis à la **Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF)**.

L'inscription est à demander dans un délai d'1 mois après le début d'activité, et prend effet au 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date de début d'activité.

CARMF

44 bis rue Saint-Ferdinand, 75841 Paris Cedex 17

Tél. : 01.40.68.32.00 (standard) de 9h à 16h30

Fax : 01.45.72.11.87 - Serveur vocal : 01.40.68.33.72

www.carmf.fr - email : carmf@carmf.fr

3. Démarches professionnelles

VI.2.3. En tant qu'employeur

Les médecins ayant recours à des salariés doivent naturellement se soumettre à toutes les obligations résultant du droit du travail.

Le personnel des cabinets médicaux dépend d'une **convention collective** depuis la publication de l'arrêté du 15 janvier 1982 (convention n°3168), qu'il est possible :

- de se procurer auprès du Journal Officiel (26 rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15), ou de la Direction Départementale du Travail, ou encore des syndicats professionnels ;
- de consulter gratuitement sur Internet (www.legifrance.gouv.fr).

Certaines formalités liées à l'embauche d'un salarié doivent être effectuées sur un support unique, appelé **Déclaration Unique d'Embauche (DUE)**, qui est **obligatoire pour tous les employeurs** depuis le 6 avril 1998 et qui **recouvre les formalités suivantes** :

- les démarches auprès de l'URSSAF, et notamment la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) ;
- les démarches auprès des ASSEDIC ;
- la déclaration à l'inspection du travail ;
- la déclaration à l'INSEE ;
- les démarches auprès de la CPAM pour obtenir le numéro de Sécurité sociale s'il s'agit d'un salarié non encore immatriculé ;
- l'affiliation à une association de médecine du travail.

Attention : cette DUE ne dispense pas l'employeur de procéder aux démarches permettant l'affiliation du salarié à la caisse de retraite complémentaire.

Pour tout renseignement complémentaire :

www.urssaf.fr

www.due.fr

Un **portail officiel** est ouvert sur Internet permettant d'effectuer gratuitement l'ensemble des déclarations sociales pour les entreprises.

Y sont accessibles, notamment la DUE, la DUCS (Déclaration Unifiée de Cotisations Sociales), la DADS (Déclaration Annuelle de Données Sociales) ou les déclarations d'accident du travail.

www.net-entreprises.fr

VII. LE LOCAL PROFESSIONNEL

Les contrats sont à transmettre au Conseil départemental de l'Ordre pour vérification de leur conformité aux règles déontologiques. (article L 4113-9 CSP).

En cas d'achat ou de location, il convient de prévoir dans toute promesse de vente ou de location une clause "sous réserve des accords administratifs et déontologiques".

VII.1. Achat du local professionnel

Si votre prédécesseur était propriétaire de ses locaux, il peut proposer de les acquérir.

Attention : comme pour une résidence principale il faut apprécier le prix en fonction de différents critères : la situation du bien, son état général, la disponibilité d'un parking, les projets d'urbanisme, etc.

Il faut étudier les prix du marché aux alentours, le coût d'éventuels travaux à réaliser pour mettre le local en conformité, le montant des charges de copropriété si le bien se situe dans un immeuble et, le cas échéant, le coût des travaux de copropriété votés et/ou à voter.

Faites appel à un professionnel (Notaire) et n'hésitez pas à négocier.

Attention : en cas d'achat sur plan, il faut penser à obtenir l'engagement de ne pas vendre un autre local du même immeuble à un autre médecin exerçant dans la même discipline.

VII.2. Location du local professionnel

La durée du bail professionnel est de 6 ans au moins avec reconduction tacite en l'absence d'un préavis de 6 mois. (Loi n°94-624 du 21 juillet 1994 art. 14 I, II)

Dans le bail, il est important de prévoir notamment :

- la cessibilité du bail à un successeur ;
- la possibilité de sous-louer et/ou de travailler en exercice conjoint, ou d'exercer en société civile professionnelle, en société d'exercice libéral ou en société civile de moyens ;
- la transmission de plein droit du bail à ses héritiers en cas de décès.

VII.3. Transformation d'un local d'habitation en local professionnel

Elle est soumise, dans certains cas, à une réglementation précise : le changement d'affectation se demande auprès de la Préfecture, après avis du Maire et du directeur de la Direction Départementale de l'Urbanisme et de l'Equipement.

Il est important de vérifier, lors de l'installation, si l'exercice d'une profession libérale est autorisé dans les locaux en question et si l'apposition d'une plaque n'est pas interdite. L'ensemble de ces renseignements est contenu dans les règlements de copropriété.

VII.4. Assurance du local professionnel (type "multirisque habitation")

S'il s'agit du lieu d'habitation, il faut préciser à son assureur qu'à partir d'une certaine date vous utiliserez votre appartement pour usage professionnel.

Sinon, il est nécessaire de souscrire un contrat d'assurance couvrant les risques d'incendie et de dégât des eaux.

4. Les différents modes d'exercice libéral

L'exercice libéral médical sous ses différentes formes est régi par le code de la santé publique (articles R. 4113-1 et suivants, articles R. 4127-69 et suivants)

Il peut s'exercer sous trois statuts principaux :

- **L'exercice indépendant** individuel ou en groupe
- **Le remplacement** d'un médecin en exercice libéral indépendant
- **La collaboration libérale** permettant à un médecin libéral de s'attacher les services d'un confrère au sein de son cabinet.

L'exercice indépendant peut, lui-même, s'exercer sous trois formes juridiques :

- **l'exercice libéral sans création de société (exercice individuel ou dans le cadre d'une convention d'exercice conjoint)**, dans lequel la responsabilité du praticien au niveau de ses dettes sociales est illimitée ;
- **l'exercice en Société Civile Professionnelle (SCP)**, exercice en groupe dans le cadre d'une société civile, dans laquelle la responsabilité des associés au niveau des dettes sociales de la société est illimitée ;
- **l'exercice en société d'exercice libéral (SEL)**, exercice en groupe dans le cadre d'une société de capitaux, dans laquelle la responsabilité des associés au niveau des dettes sociales est normalement limitée à leurs apports.

La gestion des moyens peut être mise en commun au sein d'un cabinet ou de plusieurs sous les formes juridiques suivantes :

- Société Civile de Moyens (SCM),
- Société Civile Immobilière (SCI).

Quelles que soient la forme et les modalités de l'exercice professionnel, le médecin est tenu de respecter les obligations et devoirs déontologiques, notamment l'interdiction de partage d'honoraires et la liberté de choix du médecin par le malade.

L'article L.4113-9 du Code de la santé publique dispose que "les médecins [...] doivent communiquer au Conseil départemental de l'Ordre, les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession, ainsi que [...] les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local".

Pour les médecins exerçant en société (SCP, SEL), une ordonnance n° 2005 – 1040 du 26 août 2005 a ajouté l'obligation de "communiquer au conseil de l'ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés. Ces communications doivent être faites dans le mois suivant la conclusion de la convention ou de l'avenant. Les modèles de contrat sont disponibles sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins :

www.conseil-national.medecin.fr

4. Les différents modes d'exercice libéral

I. LES DIVERS MODES D'EXERCICE LIBÉRAL

I.1. L'exercice individuel

Dans ce cas de figure, le plus simple, le professionnel libéral exerce seul, et le bénéfice qu'il génère sert de base quant au calcul :

- de son impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux (BNC) ;
- de ses charges sociales dans la catégorie des travailleurs indépendants, cette assiette sociale étant corrigée à la hausse (charges sociales personnelles) pour déterminer la CSG.

Les professions libérales bénéficient de règles de comptabilité simplifiées (comptabilité de trésorerie). Les recettes prises en compte sont celles encaissées pendant l'année d'imposition en cause indépendamment de leur date de perception et de leur mode de perception. En revanche, les créances acquises, mais non encore recouvrées, n'ont pas lieu d'être retenues. Côté dépenses, il s'agit de celles payées dans l'exercice.

- **Si le résultat est une perte**, celle-ci peut être imputée sur le revenu global du foyer fiscal de l'année en question et reportée successivement jusqu'à la 6^{ème} année tant que le revenu global s'avère insuffisant pour permettre sa déduction intégrale.
- **Plus-values ou moins values.** Une plus ou moins value professionnelle est réalisée toutes les fois que le titulaire de BNC vend, donne, fait un apport d'un de ses éléments d'actifs professionnels ou lorsqu'il transfère un bien issu de son patrimoine professionnel vers son patrimoine privé.
 - Si une plus value nette à court terme est dégagée, elle s'ajoute au bénéfice de l'année et est imposée comme lui (il est possible de demander sa répartition sur trois ans).
 - Les moins values nettes à court terme sont déductibles des BNC.
 - Si une plus-value à long terme est dégagée, elle est imposée au taux fixe de 27% (16% + 11% correspondant au prélèvement social, CSG et CRDS).
 - Si une moins-value à long terme est constatée, elle est :
 - › en cours d'activité, imputable sur les plus-values à long terme des 10 exercices suivants ;
 - › en cas de cession ou cessation d'activité, déductible du bénéfice éventuel de l'exercice concerné à hauteur d'une fraction égale à ce jour à 16/33,33 (taux d'imposition de la plus value à long terme / taux de l'impôt sur les sociétés).

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les plus-values réalisées à l'occasion de la cession d'immeubles (ou parts de société à prépondérance immobilière) affectés à l'activité libérale bénéficient d'un abattement de 10% par année de détention au-delà de la cinquième (exonération totale en cas de détention de plus de quinze ans).

Lorsque l'activité est exercée depuis au moins 5 ans, la plus-value est totalement exonérée si la moyenne des recettes hors taxe des exercices clos des deux années civiles précédant l'exercice de réalisation de la plus-value est inférieure à 90.000€, elle n'est que partiellement exonérée si cette moyenne est comprise entre 90.000 € et 126.000 €.

En cas de vente motivée par un départ à la retraite, la plus-value est exonérée, ainsi que les plus-values en report d'imposition. Cette exonération intervient si l'activité a été exercée au moins pendant cinq ans, si les recettes sont inférieures à 50 millions d'euros et le nombre de salariés à 250. Le contribuable doit cesser toute fonction dans l'activité cédée (ou ne pas détenir le contrôle de la société qui rachète), faire valoir ses droits à la retraite dans l'année qui suit la vente.

4. Les différents modes d'exercice libéral

1.2. La convention d'exercice conjoint

Cette convention qui permet notamment de réduire les charges et d'aménager les remplacements, prévoit généralement la mise en commun totale ou partielle des honoraires perçus par chacune des parties.

Une clause doit indiquer les honoraires qui rentrent dans la masse commune et en préciser les modalités de répartition.

En pratique :

- le praticien reçoit personnellement ses honoraires et conserve l'entière responsabilité de ses actes professionnels ;
- les **frais professionnels personnels** sont comptabilisés séparément (cotisations personnelles, taxe professionnelle...) ;
- les **dépenses de fonctionnement du cabinet** sont mises en commun ;
- les **investissements** peuvent être réalisés en commun ou individuellement ;
- les **résultats de l'activité commune** sont déterminés en soustrayant des recettes totales des praticiens le montant des dépenses communes, et le résultat est alors réparti entre les intéressés selon les dispositions du contrat ;
- La fiscalité du praticien demeure celle des BNC.

1.3. La société civile professionnelle (SCP)

La SCP est une société de personnes qui a pour objet l'exercice en commun de la profession. **La SCP exerce la profession médicale en son nom indépendamment de chacun des associés qui l'exercent à titre individuel.**

Elle est constituée au minimum de deux associés (et pour la SCP de médecins au maximum de huit associés ou de 10 si les spécialités sont différentes) qui doivent être des personnes physiques. La loi ne fixe pas de capital social minimum.

La SCP est une personne morale immatriculée au registre du commerce et des sociétés. Comme la SEL, elle doit être inscrite au tableau du conseil départemental de l'ordre. Elle exerce la profession, reçoit les honoraires correspondant à l'activité professionnelle de ses associés et peut faire l'objet de poursuites disciplinaires en raison de fautes professionnelles commises par ses associés. Le ou les gérants doivent être pris parmi les associés.

Le résultat est déterminé au niveau de la SCP et calculé selon les règles des BNC. Les charges directement liées à l'activité sociale et incombant normalement à la SCP sont déduites du résultat. Le résultat est ensuite réparti entre les associés conformément aux statuts, ou à défaut de règle statutaire, de manière égalitaire.

La SCP implique la mise en commun des honoraires entre les associés. La société n'est donc pas redevable personnellement de l'impôt.

La SCP peut opter, de façon irrévocable, pour l'impôt sur les Sociétés (IS) et dans ce cas, elle suit fiscalement le régime des SEL.

Les associés répondent indéfiniment et solidairement des dettes sociales de la SCP.

Ils répondent à titre personnel de leurs actes professionnels, la SCP étant solidairement responsable avec eux des actes qu'ils ont commis. Ils ne peuvent être membres que d'une seule SCP et ne peuvent cumuler cette activité avec une autre activité médicale rémunérée. Il s'agit d'une structure dans laquelle les praticiens conservent leur statut de travailleur indépendant.

4. Les différents modes d'exercice libéral

Fiscalité :

Le praticien en SCP est soumis à l'Impôt sur les Bénéfices Non Commerciaux. Les associés peuvent déduire de la quote-part versée par la SCP les frais professionnels dont ils ont supporté personnellement la charge, déductibles dans le cadre de l'exercice individuel et non pris en compte pour la détermination du résultat social (cotisations sociales, frais de transport, taxe professionnelle,...).

Si la SCP a opté pour l'IS, l'associé, en tant que dirigeant, relève de l'article 62 du CGI, et voit son statut fiscal aligné sur l'imposition des traitements et salaires.

Les associés doivent tous avoir la même position vis-à-vis de l'adhésion à la convention médicale. En revanche, ils peuvent cohabiter entre secteur I et secteur II s'ils respectent les conditions d'affichage et d'information des patients dans la salle d'attente du cabinet. L'associé ne peut adhérer à une autre SCP, ni cumuler son activité au sein de la SCP avec une autre activité libérale médicale rémunérée. Des spécialistes et les médecins généralistes peuvent être associés de la même SCP mais elle ne peut pas comprendre de médecins biologistes ou des paramédicaux.

1.4. La société d'exercice libéral (SEL)

Depuis un décret du 3 août 1994, les médecins peuvent créer des SEL sous cinq formes de sociétés de capitaux régies par la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés et la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 : SELURL, SELARL, SELAFA, SELCA, SELAS (cf art R 4113-1 et suivants du code de la santé publique).

Il s'agit de la forme la plus récente de l'exercice en commun, qui est surtout adoptée par des médecins spécialistes ayant recours à des plateaux techniques lourds avec des besoins de capitaux importants pour leurs investissements.

La SEL exerce la profession médicale en son nom indépendamment de chacun des associés qui l'exercent à titre individuel.

Sont récapitulés dans le tableau infra, les éléments relatifs à l'exercice en SEL tels que définis ci-après.

➔ Associés

Plusieurs médecins de spécialités différentes peuvent exercer.

Comme dans la SCP, les associés doivent tous avoir la même position vis-à-vis de la convention médicale (adhésion ou refus d'adhésion). Médecins du secteur I et médecins du secteur II peuvent cohabiter s'ils respectent les obligations légales d'affichage et d'information des patients dans la salle d'attente du cabinet.

Seuls les associés exerçant la profession de médecin peuvent diriger ou gérer la SEL. L'activité se fait en un lieu unique, sauf utilisation d'équipements sur plusieurs sites ou intérêt des patients (maxi 5 lieux sur 3 départements limitrophes ou départements de l'Île de France).

A la différence des SCP, l'adhésion à une SEL n'est pas exclusive de l'exercice d'une activité dans une autre structure dans le cas exceptionnel où l'exercice de la profession (celle de radiologue, par exemple) est lié à des techniques médicales nécessitant un regroupement ou un travail en équipe ou l'acquisition de matériels ou équipements soumis à autorisation.

4. Les différents modes d'exercice libéral

Les intérêts d'emprunts nécessaires à l'acquisition des parts de la SEL sont déductibles fiscalement par les salariés et par les dirigeants de SEL soumis au régime de l'article 62 du code général des impôts dès lors que le montant des intérêts n'est pas hors de proportion avec les revenus attendus (instruction fiscale 5F-20-06).

➔ Capital social

Plus de la moitié du capital social doit être détenue par des médecins en exercice au sein de la société ou par des sociétés de participations financières de professions libérales (art 5-1 Loi n°90-1258 modifiée par la loi n°2005-882 du 2 août 2005 art. 74 1°).

L'apport de capitaux peut être extérieur :

- le complément peut être détenu, dans une limite inférieure à 50% :
 - par des médecins n'exerçant pas au sein de la société, mais exerçant par ailleurs ;
 - par des médecins ayant exercé au sein de la société et ayant cessé toute activité professionnelle, pendant un délai de 10 ans ;
 - par les ayants droit de médecins décédés ayant exercé au sein de la société, pendant un délai de 5 ans suivant leur décès.
- le complément peut également être détenu, dans une limite inférieure à 25% (50% en SELCA), par toute autre personne physique ou morale, sauf si elle exerce, sous quelque forme que ce soit :
 - une autre profession médicale ou une profession paramédicale ;
 - l'activité de fournisseur, distributeur ou fabricant de matériel ayant un lien avec la profession médicale et de produits pharmaceutiques, ou celle de prestataire de services dans le secteur de la médecine ;

Sont également exclues de toute participation, les entreprises et organismes d'assurance et de capitalisation ainsi que de tous les organismes de prévoyance, de retraite et de protection sociale obligatoires ou facultatifs.

➔ Les plus-values sur cession de parts de SEL

Elles relèvent de la fiscalité des valeurs mobilières (sauf SEL à associé unique, soumise au régime des plus-values professionnelles).

Elles sont taxées au taux de 27%, mais sont exonérées lorsque le prix de vente est inférieur au seuil annuel des cessions des valeurs mobilières, à savoir 15 000 € (article 150-0 A du Code général des impôts).

➔ Les intérêts des comptes courants d'associés d'une SEL

Lorsqu'ils sont fiscalement déductibles d'une SEL assujettie à l'impôt sur les sociétés, les intérêts des comptes courants peuvent, sous certaines conditions, bénéficier du prélèvement forfaitaire libérateur de l'impôt sur le revenu au taux de 27% (fiscalité des revenus mobiliers).

4. Les différents modes d'exercice libéral

➔ Statut fiscal et social des associés exploitants

Au niveau fiscal, sur son revenu d'activité, le professionnel libéral exploitant peut être amené à relever :

- soit de "l'art. 62" du Code général des Impôts (fiscalité des dirigeants d'entreprise) s'il est gérant ou co-gérant majoritaire de la SELURL-SELARL (bénéfice possible des déductions de cotisations sociales de la loi Madelin) ;
- soit des "traitements et salaires" s'il est non gérant ou gérant non-majoritaire de la SELURL-SELARL ou s'il est associé de SELAFA ou SELAS (assimilation à un revenu salarié donc perte du bénéfice des déductions de la loi Madelin).

Par contre les dividendes sont toujours imposés au titre des revenus de capitaux mobiliers et soumis, depuis le 1^{er} janvier 2008, aux prélèvements sociaux à hauteur de 12,1%.

Au niveau social, sur son activité médicale au sein de la SEL, l'associé est toujours considéré comme un professionnel libéral par les régimes de sécurité sociale et est affilié obligatoirement à la CARMF, quel que soit le type de SEL.

Néanmoins, pour leur seule activité de mandataire social, les gérants minoritaires de SELARL, les PDG et Directeurs Généraux de SELAFA sont affiliés au régime général.

Les critères de choix sont essentiellement :

- **fiscaux** : le taux de l'impôt sur le bénéfice étant différent selon que l'on se place dans le cadre des BNC ou d'une société imposée à l'impôt sur les sociétés ;
- **et structurels** : séparation du patrimoine personnel et professionnel, structuration des organes de gestion, organisation financière.

En matière sociale : La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2009, les dividendes entreront dans l'assiette des cotisations sociales (maladie-maternité, vieillesse et allocations familiales, la part des dividendes perçus par le professionnel, son conjoint, partenaire ou Pacs ou les enfants mineurs non émancipés, supérieure à 10% du capital social et des primes d'émissions détenus par eux en toute propriété ou en usufruit. Un décret en conseil d'état précisera la nature des apports retenus pour la détermination du Capital social.

II. LES DIVERS MODES DE GESTION DES MOYENS D'EXERCICE LIBÉRAL

La gestion des moyens d'activité est assurée soit directement dans le cadre de la structure d'exercice (exercice individuel, SCP ou SEL), soit par la création d'une structure complémentaire dédiée, soit par une simple convention entre praticiens.

Les structures dédiées n'organisent pas de mise en commun des honoraires mais ont pour objet de permettre de mutualiser et/ou de gérer des moyens d'exercice.

Peuvent être associés de la structure complémentaire soit les praticiens eux-mêmes soit des sociétés d'exercice (SCP, SEL) soit les deux.

II.1. La société civile de moyens (SCM)

La SCM ne poursuit pas la réalisation d'un bénéfice et n'encaisse aucune recette, mais elle doit prévoir un budget de fonctionnement et définir la contribution de chaque associé qui doit couvrir strictement les dépenses sans thésaurisation.

4. Les différents modes d'exercice libéral

Le résultat est arrêté selon les règles fiscales d'assujettissement des associés, soit par exemple lorsque la SCM regroupe des médecins exerçant à titre individuel, sur la base du BNC. La SCM détermine la part qui revient à chacun des membres titulaires de revenus non commerciaux, qui est ensuite directement reportée dans la déclaration BNC de chacun : voir instruction fiscale du 26 avril 2000 (BOI 10 mai 2000). La quote-part revenant à l'associé s'ajoute à son propre résultat.

Lorsqu'elle n'est composée que de SEL (relevant de l'impôt sur les sociétés IS), le résultat fiscal est arrêté selon les seules règles de l'IS. Lorsque la SCM est à la fois composée de praticiens libéraux et de SEL, une double détermination du résultat fiscal de la SCM est à effectuer. Des spécialistes, médecins généralistes, médecins biologistes et para-médicaux peuvent être associés de la même SCM.

II.2. Le contrat d'exercice à frais communs

Cette formule permet de mettre en commun certaines dépenses professionnelles pour des praticiens exerçant individuellement mais sans constituer pour autant une société (pas d'entité juridique distincte).

Chaque médecin continue d'exercer sa profession individuellement et perçoit directement les honoraires inhérents aux prestations qu'il effectue.

Les **principales clauses** de ce contrat concernent :

- les modalités de mise en commun et d'utilisation du local et du matériel nécessaires à l'exercice de la profession ;
- la répartition des charges ;
- le sort des biens acquis en indivision ;
- la durée et les causes d'extinction du contrat (notamment décès ou interdiction d'exercice frappant un des contractants)

II.3. La société civile immobilière (SCI)

Quel que soit le mode d'exercice pour lequel il a opté (exercice traditionnel individuel ou en groupe), il advient souvent, et à juste titre, que le professionnel libéral veuille acquérir son local professionnel et constitue à cet effet une SCI, soit avec des membres de sa famille, soit avec des confrères.

Si le local, propriété de la SCI, est loué nu, les produits qui en résultent constituent des revenus fonciers dont sont déduits notamment pour leur imposition, les charges acquittées au cours de l'année d'imposition telles que les dépenses d'entretien, réparations et amélioration, les intérêts d'emprunt, frais de gestion et primes d'assurances... Le bénéfice foncier ainsi calculé est imposé au titre de l'impôt sur le revenu.

Le déficit foncier éventuel est imputable sur le revenu global seulement à hauteur de 10 700 € pour la partie du déficit qui correspond à des dépenses déductibles des revenus fonciers autres que les intérêts d'emprunt ; ces intérêts d'emprunt ainsi que la fraction supérieure du déficit peuvent être déduits uniquement des bénéfices fonciers des dix années suivantes.

4. Les différents modes d'exercice libéral

GROUPEMENTS DE MOYENS (mise en commun de moyens sans mise en commun de l'activité)			
	Société civile de moyens (SCM)	Contrat d'exercice à frais communs	Collaborateur libéral
	Par les associés (et non par la SCM)	Par les parties au contrat	Par le collaborateur
	Associés	Parties au contrat	Collaborateur
	Personnelle, indéfinie et conjointe (à proportion de leur part dans le capital social)	Responsabilité du professionnel libéral	Sans objet
	Au moins 2 personnes physiques ou morales	Sans objet	Sans objet
	Librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)	Sans objet	Sans objet
	Oui	Non	Sans objet
	Oui	Non	Sans objet
	Libéral	Libéral	Libéral
	BNC	BNC	BNC
Exercice de la profession			Société civile immobilière (SCI)
Inscription au tableau de l'Ordre des Médecins			Par les associés (et non la SCI)
Responsabilité des associés à l'égard des tiers au niveau des dettes sociales ("obligations au passif social")			Associés
Nombre d'associés au capital social			Personnelle, indéfinie et conjointe (à proportion de leur part dans le capital social)
Montant du capital social			Librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)
Personnalité morale			Oui
Immatriculation au registre du commerce et des sociétés			Oui
Statut social du professionnel			-
Statut fiscal du professionnel			-

4. Les différents modes d'exercice libéral

	Société civile professionnelle (SCP)	Convention d'exercice conjoint	Société d'Exercice Libéral (SEL)
Exercice de la profession	Par la SCP (et non par les associés)	Par les parties à la convention	Par la SEL
Inscription au tableau de l'Ordre des Médecins	Associés + SCP en tant que telle	Parties à la convention	Associés exploitants + SEL
Responsabilité des associés à l'égard des tiers au niveau des dettes sociales ("obligations au passif social")	Personnelle, indéfinie et solidaire	Responsabilité du professionnel libéral	Personnelle, limitée à l'apport
Nombre d'associés au capital social	Au moins 2 personnes physiques ou morales	Sans objet	Variable selon la forme
Montant du capital social	Librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)	Sans objet	Pas de minimum pour les SELARL
Personnalité morale	Oui	Non	Oui
Immatriculation au registre du commerce et des sociétés	Oui	Non	Oui

4. Les différents modes d'exercice libéral

Exercice libéral dans le cadre d'une SEL (Société d'exercice libérale)

	SELURL	SELARL	SELAFA	SELCA	SELAS
Forme de la société	entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (SARL à associé unique)	société à responsabilité limitée	société anonyme	société en commandite par actions	société par actions simplifiées
Montant du capital social	librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)	librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)	37 000 € au minimum	37 000 € au minimum	37 000 € au minimum
Nombre d'associés au capital social	¹ (gérant majoritaire)	au moins 2	au moins 3 (par dérogation au droit commun)	actionnaires commanditaires (qui n'exercent ni ne gèrent) ; au moins 3 associé(s) commandité(s) ; au moins 1	¹ (SELAS unipersonnelle ou SELASU) ou plusieurs
Statut social du professionnel libéral (retraite et prévoyance)	travailleur indépendant (CARMF)	gérant associé majoritaire travailleur indépendant (CARMF) <hr/> gérant associé non majoritaire <ul style="list-style-type: none"> travailleur indépendant (CARMF) pour l'activité médicale rattachement au régime général des travailleur salariés pour l'activité de mandataire social 	associé non mandataire social travailleur indépendant (CARMF) <hr/> Président du Conseil d'administration ou du Directoire Directeur général	actionnaire commanditaire sans objet associé commandité travailleur indépendant (CARMF)	travailleur indépendant (CARMF)
Statut fiscal libéral (imposition du revenu)	travailleur indépendant (BNC) si option pour l'impôt sur les sociétés : article 62 du Code général des impôts (*)	gérant associé majoritaire article 62 du Code général des impôts (*) gérant associé non majoritaire assimilation au salarié cadre (traitements et salaires)	assimilation au salarié cadre (traitements et salaires)	actionnaire commanditaire sans objet associé commandité article 62 du Code général des impôts (*)	assimilation au salarié cadre (traitements et salaires)
Régime d'imposition des bénéficiaires	impôt sur le revenu dans la catégorie des BNC, sauf option (irrévocable) pour l'impôt sur les sociétés	impôt sur les sociétés	impôt sur les sociétés	impôt sur les sociétés	impôt sur les sociétés

(*) Texte définissant le statut fiscal des gérants majoritaires des SARL, des gérants des sociétés en commandite par actions, et des associés uniques personnes physiques des SARL ayant opté pour le régime fiscal des sociétés de capitaux.

III. LE REMPLACANT

La continuité des soins, pendant l'absence du médecin, est un devoir vis-à-vis de ses patients.

D'une manière générale, ce sont des motivations personnelles (remplacements à court ou long terme) ou professionnelles (exemple : formation post-universitaire) qui amènent un médecin à prendre un remplaçant.

Pour *l'étudiant*, le remplacement est une occasion d'exercer avant sa thèse.

Pour *le jeune médecin*, elle permet d'acquérir une expérience variée tout en gardant son indépendance. Il peut ainsi mieux définir ses souhaits et contraintes pour une future installation.

Le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée de remplacement.

Les **textes régissant le statut de remplaçant** sont principalement les suivants :

- l'article L.4131-2, R. 4131 -1 à 3 et R. 4127 - 86 du Code de la santé publique ;
- le Code de déontologie médicale,
- la convention médicale en vigueur.

III.1. Qui peut-être remplaçant ?

III.1.1. Les médecins

Le médecin remplaçant doit être inscrit au tableau de l'Ordre. Lors de chaque remplacement, il doit présenter une attestation d'inscription au tableau de l'Ordre délivrée par le Conseil départemental de sa résidence professionnelle.

Les **médecins effectuant des missions humanitaires à l'étranger** peuvent, entre deux missions, effectuer des remplacements et, pour ce faire, doivent adresser :

- une lettre au Conseil national, précisant la durée de leur séjour en France ;
- une lettre au Conseil départemental du siège de l'organisation pour laquelle ils effectuent leur mission, demandant à exercer pendant cette période

III.1.2. Les étudiants en médecine

- inscrits en **3^e cycle d'études médicales** (thésés ou non) ;
- ayant validé des semestres d'internat, dont le nombre et la nature sont fixés selon la discipline requise pour le remplacement en annexe du décret du 4 février 1994.



Attention : aucune autorisation ou aucun renouvellement d'autorisation ne peut être délivré au-delà de la 3^{ème} année à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de 3^{ème} cycle de médecine.



ASSURANCE AUTO

Concentrez-vous
sur l'essentiel,
on s'occupe
du reste.

www.gpm.fr

Un pack de garanties à la carte

- Une tous risques **sans franchise**
- La valeur à neuf **étendue**
- L'assistance **sans franchise kilométrique**
- La garantie **des pannes immobilisantes**

Pour plus d'informations : **0 810 229 505**

Prix d'un appel local

PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

4. Les différents modes d'exercice libéral

Contrairement aux statuts des chefs de clinique, ci-après définis, le statut des internes, ne prévoit pas de mise en congés pour effectuer des remplacements. En pratique, ces remplacements sont effectués pendant les week-end ou les vacances.

III.1.3. chefs de clinique des universités (CCU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les assistants des hôpitaux

Pendant leur 1^{ère} année de fonction, les CCU et les AHU peuvent, sur leur demande et sous réserve de l'avis favorable du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service, être mis en congé sans rémunération hospitalo-universitaire dans la limite de 30 jours par an en vue d'assurer des remplacements de médecins exerçant, soit dans des établissements de santé publics ou privés, soit en clientèle de ville. A partir de la 2^{ème} année de fonction, cette mise en congé sans rémunération est portée à 45 jours.

Les mêmes possibilités sont accordées dans des conditions identiques aux assistants des hôpitaux.


Ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements :

- les médecins fonctionnaires,
- les médecins militaires,
- les médecins conseils d'assurance maladie,
- les médecins retraités (sauf cumul autorisé : voir infra p.103).

III.2. Quelles démarches effectuer ?

III.2.1. L'autorisation, la licence et le contrat de remplacement

→ La demande d'autorisation de remplacement

 **Attention** : un remplacement effectué sans autorisation délivrée au médecin remplacé sera qualifié d'exercice illégal de la médecine et passible d'une amende de 15 000 € et d'un emprisonnement d'un an devant le tribunal correctionnel.

Le médecin remplacé doit adresser, sauf urgence, au Président du Conseil départemental de l'Ordre dont dépend son cabinet, une demande précisant :

- le nom du remplaçant,
- les dates et la durée du remplacement (3 mois maximum),
- en joignant la licence de remplacement de l'étudiant, ou l'attestation d'inscription au tableau de l'Ordre si le remplaçant est docteur en médecine.

Cette demande sera transmise par le Conseil Départemental de l'Ordre du préfet, avec son avis favorable. L'arrêté préfectoral autorisant le remplacement est notifié par la DDASS au médecin remplacé.

En cas d'impossibilité absolue (maladie grave, accident, coma, etc.), il appartient à la famille du médecin ou, à défaut, au remplaçant lui-même de faire cette demande dans les plus brefs délais.

Lorsque le remplaçant est un étudiant, cette demande est transmise par le Conseil départemental de l'Ordre au Préfet avec avis favorable ou non, en vue de l'autorisation préfectorale.

4. Les différents modes d'exercice libéral

➔ La licence de remplacement

Lorsque le remplaçant est étudiant, la licence de remplacement, délivrée par le Conseil départemental de l'Ordre, est obligatoire.

Pour obtenir sa licence de remplacement, l'étudiant doit compléter un **questionnaire** fourni par le Conseil départemental de l'Ordre du lieu de sa faculté de médecine et fournir une attestation d'inscription en 3^{ème} cycle des études médicales.

Sur la base de ce questionnaire, le Conseil de l'Ordre vérifie si le demandeur :

- répond aux conditions de formation requises (niveau d'étude, semestres validés) ;
- présente les garanties nécessaires de moralité ;
- ne présente pas d'infirmité ou de pathologie contraire à l'exercice médical.

Deux licences de remplacement peuvent être fournies selon les qualifications et la demande de l'étudiant sur le questionnaire :

- une licence de remplacement en médecine générale ;
- une licence de remplacement en médecine spécialisée.

La licence est valable un an, du 15 novembre au 15 novembre suivant. Pour la renouveler, il suffit de se rendre chaque année au Conseil départemental de l'Ordre en apportant la preuve que les études médicales sont toujours poursuivies.

Elle est renouvelable jusqu'à la date butoir accordée pour la thèse.

Le nombre et la spécialité des semestres validés nécessaires pour exercer au titre de remplaçant sont fixés par l'annexe du décret du 4 février 1994 dans chaque spécialité.

➔ Le contrat de remplacement

Le remplacement doit obligatoirement faire l'objet d'un **contrat écrit** en trois exemplaires, qui doit être transmis au Conseil de l'Ordre avant le début du remplacement et comporter **toutes les modalités d'exercice du remplacement** : durée du remplacement, honoraires (répartition, date et mode de paiement), avantages en nature définis et chiffrés, modalités d'utilisation du matériel et du véhicule, modalités de remboursement des frais engagés pour le compte du médecin remplacé, etc.

La signature du contrat de remplacement est une étape importante : n'hésitez pas à prendre contact avec le Conseil de l'Ordre ou un Syndicat pour éviter des conflits ultérieurs inutiles.

Des contrats type sont fournis par le Conseil de l'Ordre et sont accessibles sur : www.conseil-national.medecin.fr

III.2.2. Cas particuliers de remplacement

➔ Exercice en groupe

Si plusieurs médecins du cabinet doivent être remplacés successivement par un même remplaçant, les noms des médecins remplacés et dates de remplacement doivent être précisés sur l'autorisation. L'Ordre n'autorise pas les remplacements réguliers hebdomadaires de l'un des associés par un remplaçant extérieur. Les remplacements doivent être

4. Les différents modes d'exercice libéral

effectués par les autres associés. Le nombre de médecins associés remplacés régulièrement par un même remplaçant est limité à deux pour éviter que le remplaçant ne soit en fait un pseudo-associé.

➔ Remplacement régulier de courte durée

Il doit faire l'objet d'une demande motivée de la part du médecin auprès de son Conseil départemental, et ne peut en principe excéder des remplacements réguliers de courte durée (par exemple 24 à 48 heures par semaines) pour certains motifs seulement : santé, enseignement post-universitaire, fonctions électives... Il ne doit pas s'instaurer d'assistantat de fait ou de gérance de cabinet déguisé contraire au Code de déontologie médicale. Intéressant un nombre croissant de médecins (formation continue obligatoire, entre autres), le Conseil de l'Ordre a établi un modèle spécifique de contrat.

➔ Remplacement de week-end

La garde est une obligation personnelle du médecin en titre. Un remplacement peut être autorisé par le Conseil départemental essentiellement lorsqu'il n'existe pas de système de garde régulier.

➔ Remplacement par demi-journée

Un médecin peut se faire remplacer par demi-journée pour des raisons précises (formation médicale continue, fonctions électives, exercice salarié).

➔ Remplacement sur une partie des activités

Interdit, à l'exception des femmes enceintes et médecins en convalescence qui peuvent se faire remplacer pour leurs visites à domicile.

➔ Remplacement d'un médecin interdit

Un médecin interdit d'exercer ne peut pas se faire remplacer pendant la durée de la sanction. Le Conseil de l'Ordre peut néanmoins décider, pour des besoins de santé publique, le remplacement par un médecin inscrit au tableau de l'Ordre qui exercera en son nom propre et percevra l'intégralité des honoraires (sauf versement d'une indemnité forfaitaire à titre de loyer si le remplaçant réside chez le médecin interdit et utilise ses installations).

➔ Remplacement d'un médecin décédé

Il s'agit dans ce cas d'une "succession provisoire". Le remplaçant doit être docteur en médecine et inscrit au tableau de l'Ordre. Le Conseil de l'Ordre se substitue à la veuve ou au veuf pour nommer un successeur provisoire (l'autorisation préfectorale est également requise). Le remplacement dure en principe au maximum 3 mois, et le remplaçant exerce en son nom propre. Il garde la totalité de ses honoraires. La veuve ou le veuf perçoit une indemnité pour la location du cabinet et du matériel.

4. Les différents modes d'exercice libéral

➔ Aide temporaire en tant qu'adjoint

En cas d'afflux exceptionnel de population (station de villégiature, par exemple) constaté par le Préfet, un médecin peut avoir recours à un étudiant en médecine en tant qu'adjoint. Les formalités auprès de la Préfecture et du Conseil de l'Ordre sont identiques à celles demandées pour un remplaçant.

➔ Remplacement du médecin traitant

L'article 1.1.3 de la convention stipule : "En matière de remplacement : lorsque le médecin traitant est indisponible, celui qui assure son remplacement est considéré comme médecin traitant pour l'assuré. En matière d'exercice en groupe, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, son remplacement peut être assuré par un médecin participant au cabinet de groupe".

Dans cette situation, le remplaçant coche la case Médecin traitant remplacé, prévue à cet effet sur la nouvelle feuille de soins papier qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2005, ou saisit le code MTR s'il réalise une feuille de soins électronique (FSE), ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

Par contre, le médecin remplaçant ne peut pas remplir un formulaire de déclaration de médecin traitant au nom du médecin remplacé. Seul le médecin titulaire du cabinet professionnel peut remplir et signer une déclaration de choix du médecin traitant. (Voir infra : fiche technique n°4 médecin traitant et parcours de soins).

III.3. Conditions d'exercice et protection sociale du remplaçant

III.3.1. La situation conventionnelle

Le médecin remplacé doit également aviser le 'service relations avec les professions de santé' de la CPAM dont il dépend et vérifier que le remplaçant réunit toutes les conditions nécessaires à son exercice dans le cadre de la convention. Il s'engage à porter à la connaissance du remplaçant les dispositions de cette convention et à l'informer de ses droits et obligations dans ce cadre.

Si le médecin remplacé exerce en secteur 2, le remplaçant n'est pas obligé d'être affilié au même régime d'assurance maladie. Pour l'étudiant, il peut rester affilié au régime d'étudiant jusqu'à l'âge de 28 ans.

Le remplaçant adopte la situation du médecin remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la convention médicale en vigueur, à l'exception du droit permanent à dépassement, qui est attribué à titre personnel, ainsi que du régime d'assurance maladie-maternité.

Le remplaçant thésé est tenu de faire connaître à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) son numéro d'inscription à l'Ordre des médecins, ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement. Il indique sur les différents supports de facturation son numéro d'inscription à l'Ordre.

Le remplaçant non thésé indiquera le numéro attribué par la CPAM, et précise sa situation de remplaçant. La CPAM peut demander communication du contrat de remplacement.

4. Les différents modes d'exercice libéral

III.3.2. Pratique médicale et honoraires

Le Code de déontologie médicale s'impose au remplaçant, interne ou Docteur en médecine, qui relève de sa juridiction disciplinaire en cas d'infraction.

Le remplaçant ne doit pas provoquer de changement complet de thérapeutiques et d'habitudes vis-à-vis des patients. Il doit conserver, vis-à-vis du médecin remplacé, une attitude de confraternité.

La répartition des actes de nuit ou dimanche doit être prévue par le contrat.

Le remplaçant doit tenir un livre des recettes détaillant toutes les informations nécessaires à la comptabilité et à l'évaluation des revenus perçus.

➔ Honoraires

Le remplaçant perçoit les honoraires pour le compte du médecin remplacé (chèques à l'ordre du médecin remplacé).

Un pourcentage des honoraires doit être garanti au remplaçant par le contrat. Il n'existe pas de règle : il variera selon les installations, les frais, les recettes et en fonction du type d'activité des cabinets médicaux, des conditions d'hébergement et de la prise en charge de la vie quotidienne.

La part contractuelle due au remplaçant sera reversée par le médecin remplacé aux dates prévues par le contrat. Les frais de fonctionnement (transport, voiture, matériel, entretien, etc.) doivent faire l'objet d'indemnisation contractuelle ou de remboursement sur facture.

Pour éviter toute différence entre la déclaration du remplaçant et du remplacé, il est conseillé au médecin remplacé d'une part, de remettre au remplaçant un "reçu" des sommes que ce dernier a perçues et d'autre part, avant le 1^{er} février de l'année suivant celle du remplacement, un état correspondant aux sommes déclarées.

➔ Non-concurrence

Sauf accord du médecin remplacé, le remplaçant ne pourra pas en principe s'installer, pendant une durée de 2 ans, dans un périmètre précisé dans le contrat (commune, arrondissement, distance...), pour ne pas entrer en concurrence avec le médecin remplacé ou un de ses associés, s'il a totalisé plus de 3 mois de remplacement chez ce dernier.

Cette clause peut toutefois être modifiée dans le contrat de remplacement, en prenant, soit des dispositions plus larges, soit des dispositions plus contraignantes pour l'une ou pour l'autre des parties. Ces modifications sont fréquentes lorsque le remplacement précède une association ou une reprise du cabinet.

Le remplacement terminé, le remplaçant doit cesser toute activité s'y rapportant et transmettre les informations nécessaires à la continuité des soins.

En cas de conflit entre médecin remplacé et remplaçant, les deux parties s'engagent généralement, avant toute action contentieuse, à soumettre leur différend à deux membres du Conseil départemental de l'Ordre, choisis librement, qui ont un délai de 30 jours (prorogeable) pour concilier les parties.

Si la durée totale des remplacements est inférieure à 90 jours, aucune autorisation n'est à demander pour l'installation.

4. Les différents modes d'exercice libéral

➔ CPS : carte de professionnel de santé

Les médecins remplaçants ainsi que les étudiants remplaçants munis d'une licence ou d'une autorisation de remplacement, pourront désormais recevoir une carte de professionnel de santé qui sera validée pendant 3 ans...

Pour les internes ayant une licence de remplacement : prendre contact avec le conseil départemental de l'ordre de son lieu de remplacement, qui délivrera une CPF : Carte de professionnel en formation.

Pour les médecins thésés : suite à l'inscription auprès de l'Ordre, se procurer le formulaire de demande et le protocole d'usage à compléter et adresser à la DDASS (voir supra) pour obtenir la CPS "remplaçant".

Ils pourront également saisir des feuilles de soins électroniques à la condition que le logiciel SESAM/VITALE du médecin remplacé soit modifié et mis à jour. Cette mise à jour doit être obtenue auprès de l'éditeur du logiciel.

III.3.3. Protection sociale, fiscalité et assurances du remplaçant

Le remplaçant assume les risques et les responsabilités en son nom, perçoit un pourcentage des honoraires et/ou une indemnité forfaitaire fixée contractuellement.

Il a le statut fiscal et social du travailleur indépendant pendant la durée du remplacement.

➔ Protection sociale du remplaçant

Le remplaçant (médecin ou étudiant) doit se déclarer dans les 8 jours de son premier remplacement à l'URSSAF (inscription obligatoire auprès de la CPAM du lieu du remplacement).

Pour être affilié au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, vous devez remettre à la caisse primaire d'assurance maladie :

- notification d'inscription à l'ordre ;
- l'attestation de la DDASS ;
- attestation vitale ;
- liste des 30 premiers jours de remplacement si vous êtes encore en cours d'étude, vous pouvez rester au régime des étudiants.

• Assurance maladie-maternité

- **Les étudiants et internes en médecine,** Les étudiants et internes en médecine, s'ils ne dépendent pas du régime Sécurité sociale étudiant, bénéficient du régime des praticiens conventionnés (voir infra, partie 6 - Protection sociale) ;

S'il bénéficie du régime sécurité sociale des étudiants il est dispensé de cotisations au régime général si le remplacement dure moins de 30 jours (consécutifs ou non) dans l'année.

En cas de cessation d'activité, les dispositions suivantes s'appliquent entre deux remplacements (art. D722-7 et D722-8 du CSS) :

Si la reprise d'activité intervient dans le délai d'un an suivant la cessation d'activité, la cotisation afférente à la période d'interruption reste intégralement due ; elle est calculée sur l'assiette des revenus, telles que définies infra, partie 6 - Protection sociale.

4. Les différents modes d'exercice libéral

Si cette reprise intervient, dans l'année civile suivante, plus d'un an après la cessation d'activité : les cotisations dues, les deux années suivant la reprise, sont celles prévues en début d'activité à compter de la 3^{ème} année. C'est-à-dire que les mois non travaillés sur la période allant du 1/05 au 30/04 sont calculés sur la base d'un plafond mensuel de la sécurité sociale. (voir infra, partie 6 - Protection sociale).

La reprise d'activité qui intervient postérieurement au 31 décembre de l'année civile qui suit celle de la cessation d'activité est assimilée à un début d'activité pour le calcul de la cotisation. (voir infra, partie 6 - Protection sociale).

La reprise d'activité est, quelle qu'en soit la date, assimilée à un début d'activité pour le calcul des cotisations lorsque la cessation d'activité est intervenue pour raison de santé, ou par suite d'appel ou de rappel sous les drapeaux et qu'il est justifié de la cession du cabinet au cours de la période d'inactivité.

La dérogation est applicable **aux internes** quand la cessation d'activité est intervenue au cours de leur période d'internat.

- **Le remplaçant déjà inscrit au titre de médecin libéral ou salarié**, continue de bénéficier et de cotiser sur la base de son statut initial (régime des praticiens conventionnés, régime des travailleurs non salariés ou régime général selon le cas).

• Allocations familiales, CSG et CRDS, CFP et CUM

Le remplaçant, **quel que soit son statut**, cotise aux allocations familiales et verse les différentes contributions (CSG, CRDS, CFP - voir infra "6 - Protection sociale") dans les mêmes conditions qu'un médecin libéral installé.

Il peut, sur sa demande, obtenir le remboursement des cotisations acquittées si l'activité professionnelle exercée au cours de l'année de début d'activité ou de l'année civile suivante a procuré un revenu inférieur à 4 489 € en 2008 (minimum soumis à cotisation).

En revanche, il n'a pas à cotiser aux unions régionales de médecins.

• CARMF

Seul le remplaçant médecin thésé, inscrit au tableau de l'Ordre, assujetti ou allant être assujetti à la taxe professionnelle, a l'obligation de cotiser au régime obligatoire vieillesse de la CARMF. Les cotisations sont celles visées infra "6 - Protection Sociale".

Régime de base : La reprise d'activité qui intervient postérieurement au 31 décembre de l'année civile qui suit celle de la cessation d'activité est assimilée à un début d'activité pour le calcul de la cotisation. (art D 642-4-1 du CSS)

Il doit déclarer à la CARMF le début de son activité le plus rapidement possible (en principe dans le mois qui suit). La déclaration en vue d'affiliation doit être retournée à la CARMF complétée et contre signée par le conseil départemental de l'ordre des médecins. L'affiliation est donc prononcée au 1^{er} jour du trimestre civil suivant le début de l'exercice médical non salarié. Le remplaçant cotisant à la CARMF est couvert immédiatement pour le risque décès et se constitue des droits à la retraite en fonction des cotisations versées.

Si le remplaçant médecin thésé n'est pas assujetti à la taxe professionnelle et si son revenu non salarié net est inférieur à 11 000 €, il peut être dispensé, sur demande exprès du jeune praticien, des cotisations à la CARMF. Il perd toutefois ses droits à garantie contre les risques incapacité temporaire, invalidité et décès (à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail), et la période de remplacement n'est pas prise en compte pour l'ouverture et le calcul des droits à la retraite.

4. Les différents modes d'exercice libéral

➔ Fiscalité du remplaçant

• Obligations du médecin remplacé

Le médecin remplacé déclare sur sa déclaration fiscale de résultats la totalité de ses honoraires et de ceux perçus par le remplaçant. Il déduit de ce total la part des honoraires rétrocédée et le montant des avantages en nature.

Les honoraires rétrocédés doivent également être déclarés au titre de la déclaration annuelle des données sociales (DADS) : un modèle DADS 1, si le médecin emploie des salariés, ou DADS 2, s'il n'en emploie pas.

Il doit s'engager à remettre au remplaçant, avant le 1^{er} février de l'année suivant celle du remplacement, un état correspondant à ces sommes déclarées afin d'éviter toute différence entre les deux déclarations.

• Obligations du médecin remplaçant

Le remplaçant est soumis à la fiscalité des professions libérales au titre des BNC comme les médecins installés (voir infra, partie 5). Il peut bénéficier du régime dit "micro-BNC" ou du régime de la déclaration contrôlée (voir infra – 5 – III)

Doivent être déclarés par le remplaçant :

- les **honoraires rétrocédés** ;
- les **avantages en nature** (nourriture, logement... tels que définis fiscalement), évalués en principe d'après leur valeur réelle et à inscrire en "gains divers" sur la déclaration n°2035 - annexe A ;
- les **frais de véhicule**, dont il est conseillé de garder un détail précis ;
- les **frais de soutenance de thèse**, déductibles après imputation des subventions éventuellement reçues dans la mesure où la soutenance de thèse a un lien direct avec l'exercice de la profession.

• T.V.A.

L'instruction du 15 mars 1977 admet que les honoraires rétrocédés en cas de remplacements occasionnels pour cause de maladie ou de vacances du praticien titulaire ne donnent pas lieu à exigibilité de la TVA.

Une instruction en date du 1^{er} mars 1988 étend le champ d'application de l'exonération au remplacement ayant pour motif la formation post-universitaire, l'exercice d'un mandat électif auprès d'une organisation professionnelle, etc., dès lors que ce remplacement revêt un caractère occasionnel.

Dans les autres cas, l'administration fiscale pourrait considérer qu'il s'agit d'un contrat de prestation de services passible de la TVA.

• Taxe professionnelle

La taxe professionnelle est due, en principe, par toutes les personnes physiques (ou morales) qui exercent, **à titre habituel**, une activité professionnelle non salariée.

Le remplaçant est donc susceptible d'être redevable de la taxe professionnelle si ses remplacements, par le nombre d'actes, leur fréquence (appréciés, le cas échéant, sur plusieurs années) et le montant des revenus annuels (environ 50 000 F selon un arrêt du Conseil d'Etat du 21 décembre 1990, soit environ 7 622 €), caractérisent l'exercice habituel d'une profession.

La taxe professionnelle est alors établie au lieu du domicile du remplaçant.

4. Les différents modes d'exercice libéral

• Adhésion à une association de gestion agréée (AGA)

L'intérêt comptable et fiscal du remplaçant est d'adhérer à une AGA dans les 3 mois qui suivent le premier remplacement (voir infra 5 - II). A noter que si le remplacé adhère à une AGA, le remplaçant doit remplir, à sa place, le livre de recettes de celui-ci pendant la durée du remplacement.

Le remplaçant adhérent à une AGA sera dispensé de la majoration des revenus de 25% (voir infra) mais s'il n'est pas personnellement adhérent à la convention nationale, le régime spécial des médecins conventionnés secteur I ne pourra lui être appliqué (voir infra 5 Conseils pratiques – II Comptabilité). Il bénéficiera de ces avantages lors de son installation s'il adhère à la convention en secteur I.

➔ Assurances du remplaçant

• Assurance responsabilité civile professionnelle (obligatoire)

Le remplaçant, considéré comme un travailleur indépendant, engage non seulement sa responsabilité pénale et sa responsabilité ordinale, mais aussi sa responsabilité civile professionnelle en cas de faute. Il est donc obligatoire pour lui de souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle et protection juridique.

Le médecin remplacé engage également sa responsabilité quant au choix du remplaçant et à son devoir d'information de celui-ci, et doit signaler son remplacement à son assureur.

• Assurance automobile (obligatoire)

Lorsque c'est son propre véhicule qu'il utilise, le remplaçant doit signaler à son assureur l'usage professionnel de son véhicule.

Lorsqu'il utilise le véhicule du médecin remplacé, ce dernier doit signaler à son assureur l'usage de son véhicule par un tiers.

• Assurance accident du travail

Le professionnel libéral n'est pas couvert spécifiquement en cas d'accident du travail. Il peut, soit s'affilier à titre volontaire à la Sécurité sociale, soit être pris en charge par ses régimes de base selon les règles applicables pour les accidents de la vie privée.

IV. LE COLLABORATEUR LIBÉRAL

La **Loi n° 2005-882 du 2 Août 2005** a institué le contrat de collaboration libérale qui permet aux médecins libéraux titulaires d'un cabinet, aux SCP ou aux SEL de médecins, d'exercer avec un médecin collaborateur.

L'article R4127-87 du code de la santé publique est venu ratifier ce texte en précisant que "chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin par les patients et l'interdiction du compéage".

L'objectif est de permettre au jeune collaborateur de se constituer une clientèle avant de s'installer seul ou de devenir, à terme, associé et au titulaire de préparer sa succession ou de trouver, à terme, un associé.

4. Les différents modes d'exercice libéral

La collaboration libérale ne concerne que deux médecins de même discipline, inscrits au tableau de l'ordre des médecins (à l'exclusion par conséquent des étudiants en médecine, mêmes titulaires d'une licence de remplacement).

Le collaborateur libéral n'est pas le salarié du titulaire, il exerce sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle.

Il peut être désigné par ses patients en qualité de médecin traitant. Le collaborateur libéral est civilement responsable de ses actes professionnels (il doit par conséquent obligatoirement souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle).

Le directeur général de la CNAM a indiqué que le collaborateur libéral adhère individuellement à la convention et dispose de ses propres feuilles de soins (les feuilles de soins sont pré-identifiées à son nom et il dispose d'une carte CPS personnelle pour télétransmettre). Le Conseil de l'Ordre souhaite cependant que le collaborateur bénéficie du secteur conventionnel du titulaire, mais cette demande n'a pas abouti jusqu'à présent. Le collaborateur libéral peut également disposer d'une plaque à son nom.

Le collaborateur libéral perçoit des honoraires. Il est soumis à l'impôt au titre du BNC, il verse une redevance pour les frais généraux du cabinet (déductible de son BNC). Le cabinet est soumis à la TVA sur cette redevance.

Le collaborateur relève du statut social du travailleur indépendant, il est donc affilié à la CARMF et redevable des règles fiscales communes à l'ensemble des professionnels de santé.

Le conseil de l'ordre a donné un certain nombre de précisions pratiques sur ce statut en indiquant que :

- le médecin installé ne pouvait pas être le collaborateur libéral d'un autre confrère,
- le médecin titulaire autorisé à exercer sur plusieurs sites n'avait pas le droit d'avoir un collaborateur par site mais que le collaborateur libéral pourrait exercer sur ces différents sites,
- le médecin collaborateur libéral pouvait se faire remplacer en cas d'absence (avec l'accord du titulaire) et que le titulaire et le collaborateur libéral pouvaient se remplacer mutuellement en cas d'absence,
- le médecin collaborateur à temps partiel pouvait effectuer des remplacements dans d'autres cabinets en dehors de ce temps partiel.

Le conseil de l'ordre précise enfin que la CNAM étudie actuellement les modalités permettant à un médecin retraité de devenir collaborateur libéral.

Le contrat de collaboration doit être établi par écrit et mentionner sous peine de nullité : sa durée, les modalités de la rémunération et de la redevance, les conditions d'exercice de l'activité et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle, ainsi que les conditions et les modalités de la rupture du contrat dont le délai de préavis.

4. Les différents modes d'exercice libéral

Le statut du collaborateur a pour objectif principal de transmettre en douceur le cabinet au collaborateur futur successeur ou de permettre l'arrivée progressive d'un confrère au sein du cabinet. L'objectif principal est de favoriser l'entrée des jeunes médecins dans l'activité libérale. Le conseil de l'ordre a créé un contrat de collaborateur libéral type à l'usage des médecins.

Ce contrat doit être établi par écrit et mentionner sous peine de nullité :

- les modalités de la rémunération ;
- la redevance payée par le collaborateur ;
- la durée de la période de collaboration ;
- les conditions d'exercice de l'activité et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle.

Pour toute information complémentaire voir sur le site internet du conseil national de l'ordre des médecins : **www.conseil-national.medecin.fr**, Rubrique "l'exercice du quotidien", Contrat. Le médecin peut également prendre contact avec un conseiller ordinal soit pour se faire aider dans la rédaction du contrat soit pour lui soumettre un contrat qu'il apprête à signer.

5. Conseils pratiques

I. L'INSTALLATION

I.1. Le choix du lieu d'installation

I.1.1 En fonction des critères d'analyse "traditionnels"

Si le choix du lieu répond d'abord à des motivations personnelles, il ne saurait s'opérer sans prendre en compte d'autres éléments afin d'optimiser et de rassembler le plus d'atouts possibles pour réussir au mieux son installation.

Le jeune médecin doit s'assurer de l'environnement médical, économique et social du lieu d'installation pour ne pas rendre ses premières années difficiles. Il doit donc étudier de façon approfondie les conditions, lieu et modalités d'installation de son futur cabinet médical.

La densité médicale dépasse en moyenne 322 libéraux pour 100 000 habitants (source : CNOM - 2008) avec une croissance d'environ 56%. Ce chiffre ne prend pas en compte les variations parfois notables entre régions, voire même entre départements d'une même région ou encore entre villes d'un même département (préfecture, chef-lieu, petits villages) selon les spécialités exercées.

Dans les zones déficitaires, des aides ont été mises en place pour encourager l'installation des jeunes praticiens dans ces régions et permettre une présence médicale sur tout le territoire.

La fiche pratique "Choisir son lieu d'installation" (voir infra Fiche Pratique N°3), présente sous forme de tableaux, les critères socio-économiques et professionnels à prendre en compte avant de s'installer.

L'URCAM met à disposition du professionnel de santé un portail de sites très complet :

- **C@rtosanté** : cartographie des zones déficitaires en offre de soins, l'organisation hospitalière, les structures de soins et l'organisation de la permanence des soins ambulatoires.
- **inst@LSanté** : Installation, situation conventionnelle, exercice de la médecine.
- **legis@anté** : Veille juridique sur les domaines concernant les professions de santé.
- **clic@LD** : Affections de longue durée

Recherche Santé : L'actualité de la recherche dans le domaine de la santé.

www.urcam.fr/portail.O.html
Services en ligne (colonne de gauche à l'écran)

Selon votre choix d'installation, il faut savoir que des aides de l'Etat et de l'assurance maladie sont disponibles comme :

- aides financières à l'installation en zones déficitaires ;
- aides au regroupement ;
- aides liées à l'activité professionnelle (contrats de bonnes pratiques) ;
- exonérations fiscales ou sociales.

Voir détail infra 1.1.2.

5. Conseils pratiques

Les collectivités territoriales peuvent aussi proposer des aides. Outre l'URCAM, citée ci-dessus, des informations et conseils sur l'installation ou sur la démographie médicale peuvent être fournies par :

- **le Conseil national de l'Ordre des médecins**

Le bureau de l'Office d'Orientation Médicale fournit les statistiques concernant le nombre des médecins dans chaque spécialité, canton par canton.

Il possède également des renseignements concernant les dates d'installation et les exercices particuliers.

www.conseil-national.medecin.fr,

- **les Conseil départementaux de l'Ordre,**

- **le Ministère de la santé et de la protection sociale** services statistiques DREES

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

- **l'INSEE**

Là encore, les renseignements sont indispensables à connaître. La population de chaque commune, avec les tendances d'évolution, est examinée à la loupe. Dans son inventaire communal, l'INSEE relève tous les équipements collectifs (en particulier hôpitaux ou dispensaires). Il existe une direction dans chaque région et il est facile d'en trouver l'adresse. www.insee.fr.

- **les syndicats professionnels,**

- l'assurance Maladie en ligne : www.ameli.fr.

- **la CARMF**

Un modèle de budget prévisionnel listant les charges et dépenses prévisibles dans une année d'exercice permet de chiffrer concrètement dépenses, recettes et capitaux disponibles (Voir fiche pratique N°4). www.carmf.fr.

Le jeune médecin ne doit pas hésiter à se faire aider. Il accomplira d'autant mieux sa mission de soins envers ses patients qu'il se sentira sécurisé dans son installation.

1.1.2 En fonction des aides fiscales, financières ou d'autre nature

Les aides s'appliquent sur différentes zones géographiques présentant des caractéristiques spécifiques et sont, principalement, de quatre ordres : conventionnelle, financières, exonérations fiscales ou sociales.

Les zones géographiques spécifiques sont de quatre ordres : les **ZDOS** - zones déficitaires en offres de soins définies par les missions régionales de Santé (MRS), les **ZRR** - zones de revitalisation rurale et milieux ruraux, les **stations de sport d'hiver** et les **ZFU** - Zones franches urbaines.

➔ Sur tout le territoire, 1^{ère} installation

- **Aide conventionnelle / Dérogation aux parcours de soins :**

Installation : Un médecin généraliste qui s'installe voit, pendant 5 ans, ses patients exonérés des pénalités financières qui s'appliquent à leurs remboursements lorsque la consultation s'effectue hors parcours de soins ou en l'absence de désignation de médecin traitant.

5. Conseils pratiques

• Charges sociales :

Installation : Aide aux chômeurs (ACCRE). Cette aide permet une exonération d'une partie des cotisations sociales personnelles et un accompagnement administratif sous forme de chèques-conseils. Pour cela, le médecin doit faire une demande sur imprimé spécifique "Cerfa n°12254*02" et faire une vérification que les conditions soient remplies auprès de la DDTEFP.

➔ ZDOS, installation ou maintien de l'exercice

• Aides financières et conventionnelles / Dérogation au parcours de soins :

Installation :

- Un médecin généraliste qui s'installe ou qui exerce dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par la MRS comme déficitaire en offre de soins voit, pendant 5 ans, ses patients exonérés des pénalités financières qui s'appliquent à leurs remboursement lorsque la consultation s'effectue hors parcours de soins ou en l'absence de désignation de médecin traitant.
- Un médecin s'installant ou exerçant dans une zone qualifiée de déficitaire en offre de soins peut bénéficier :
 - › d'une prime d'exercice forfaitaire ;
 - › d'une prime à l'installation ;
 - › de la disposition d'un logement ;
 - › de la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement concernant l'activité de soins.

Les formalités à accomplir pour les obtenir sont la signature d'une convention tripartite entre la collectivité ou le groupement qui attribue l'aide, l'assurance maladie et le professionnel de santé. L'avis est soumis à la MRS.

Maintien de l'exercice :

- Exercice en groupe : Le médecin généraliste a droit à deux aides sous condition d'exercer en groupe et de s'engager à exercer dans la zone au moins pendant trois ans :
 - › Accompagnement individualisé et offre de services pour analyses par un correspondant identifié au sein de la CPAM ;
 - › Aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité du médecin dans la zone. Cette aide est versée par la CPAM par année civile, le 1^{er} trimestre de l'année qui suit l'adhésion, au prorata de la date d'entrée dans l'option.

Les formalités sont l'adhésion à l'option conventionnelle auprès de la CPAM, adhésion et versement de l'aide soumises au respect de conditions vérifiées par la CPAM.

- Maisons de santé pluridisciplinaires : La création d'une maison de santé pluridisciplinaire peut faire l'objet de soutien financier ou en moyens par la CPAM. Ces aides seront conditionnées à la qualité du projet.

- **Exonération fiscales** sur le revenu perçu au titre de la permanence des soins dans la limite de 60 jours par an.

5. Conseils pratiques

➔ ZRR et milieu rural, installation ou maintien de l'exercice

- **Aides financières et conventionnelles :**

Aides au remplacement - Contrat de bonnes pratiques relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural. Si le cabinet est éloigné de plus de vingt minutes d'un service urgence et si l'exercice a lieu dans un canton dont la densité de généralistes par habitant est inférieure à trois pour cinq mille. L'aide est alors de 300 € par jour de remplacement dans la limite de 10 jours maximum par an. Un contrat est signé sous réserve du respect des critères exigés, pour trois ans entre la CPAM et le professionnel.

- **Aides fiscales :**

Installation, Impôt sur le revenu : Si le cabinet médical est créé en zone de revitalisation rurale (ZRR), les professionnels de santé bénéficient d'une exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant 5 ans puis dégressive durant 9 ans.

La demande d'exonération s'effectue au moment de la 1^{ère} déclaration d'impôt sur le revenu. La formalité est de vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant "entreprises nouvelles".

Installation ou maintien de l'exercice, Taxe professionnelle : En tant que création d'un cabinet dans une commune de moins de 2000 habitants ou en zone de revitalisation rurale (ZRR), le professionnel de santé est exonéré de la taxe professionnelle qui varie de 2 à 5 ans fixée par la collectivité territoriale.

Les collectivités locales doivent délibérer avant le 1^{er} octobre de l'année pour bénéficier l'année suivante d'une exonération temporaire de la taxe professionnelle pour le professionnel de santé.

Le médecin peut bénéficier de cette exonération même s'il ne s'agit pas de sa première installation et même si c'est une reprise de l'activité libérale suite à une interruption.

Deux formalités à accomplir : une délibération de la collectivité territoriale et une demande auprès de l'administration fiscale pour vérification des conditions remplies auprès du correspondant "entreprises nouvelles".

- **Charges sociales :**

Le médecin peut embaucher un salarié dans son cabinet se trouvant en zone de revitalisation rurale ce qui lui donnera droit à une exonération d'une part des cotisations patronales de Sécurité Sociale sur une durée de 12 mois.

Il faut toutefois vérifier que les conditions soient remplies auprès de l'URSSAF du département et faire une demande sur un imprimé spécifique auprès de la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi (DDTEFP).

➔ Stations de sports d'hiver

- **Aide conventionnelles et financières - Contrat de bonnes pratiques :**

Ce contrat ne concerne pas tous les départements de France, cela concerne que les départements 04, 05, 06, 09, 12, 15, 31, 34, 38, 39, 43, 63, 64, 65, 66, 73, 74 et 88.

5. Conseils pratiques

Le médecin qui dispose d'un cabinet avec les équipements requis dans les stations d'hiver des départements ci-dessus peut adhérer à un CBP qui devra être signé entre la CPAM et le professionnel. Il s'engage pendant 3 ans et bénéficie de 2000 €/an sous réserve d'avoir respecté les conditions du contrat ci-dessous :

- respecter un cahier des charges d'équipement de son cabinet avec un plateau technique permettant la prise en charge des urgences et de la pathologie traumatique ;
- remettre au patient des fiches-conseils adaptées au traumatisme, à sa prévention et au traitement mis en œuvre ;
- suivre une formation professionnelle conventionnelle sur les thématiques : urgence et traumatologie ;
- remettre à la caisse le dernier certificat d'agrément de l'appareil de radiographie datant de moins de 3 ans ;

→ ZFU

• Aides conventionnelles et financières - Contrat de bonnes pratiques :

Aides au remplacement : Si le cabinet est en ZFU, une aide de 300 € par jour de remplacement dans la limite de 18 jours maximum par an et de 240 € par vacation d'une demi-journée de prévention et éducation à la santé et/ou de coordination médico-sociale dans la limite de 12 par an est versée. Un contrat est signé entre la CPAM et le professionnel.

www.urcam.fr/portail.0.html

Services en ligne (à gauche de l'écran)

Choisir "Inst@LSanté"

"Aides et financements" en haut à droite de l'écran

1.2. La négociation de la reprise de clientèle

1.2.1 La reprise d'une clientèle en exercice individuel

La clientèle n'est pas une marchandise et ne se vend donc pas, mais il faut en évaluer le droit de présentation avec clause de non-réinstallation, au-delà de la vente des matériels et locaux.

Et si les objets matériels et immobiliers (le droit au bail, le matériel médical, le mobilier, etc.) s'évaluent sans difficultés majeures, le **droit de présentation de la clientèle** est en revanche plus complexe. Il doit, dès lors, faire l'objet de plusieurs conditions et analyses. Le cédant doit :

- s'engager à ne pas se réinstaller dans un secteur géographique proche et à présenter son successeur à ses patients pendant un délai suffisant pour instaurer un climat de confiance ;
- mettre à disposition de son successeur, l'ensemble de ses dossiers médicaux.

La pratique est de négocier le prix à partir d'une fraction d'annuité, en tenant compte de l'évolution croissante ou décroissante sur les 3 dernières années, dont il ne faut pas hésiter à exiger les documents comptables.

5. Conseils pratiques

Il est important de bien évaluer toutes les **différences entre les pratiques du cédant et de l'acquéreur** :

- les déplacements,
- les charges,
- la présence d'un autre médecin à proximité exerçant dans la même spécialité,
- le conventionnement plus restrictif que le prédécesseur,
- une pratique spécifique du prédécesseur qui ne sera plus proposée (mésothérapie, homéopathie...)
- ...

Le prédécesseur doit fournir, notamment, l'ensemble des pièces qui vous aideront à évaluer votre activité :

- 3 dernières déclarations de revenu 2005 n°2035 et/ou 2036 ;
- les relevés individuels d'activités et de prescriptions ;
- derniers Tableaux Statistiques d'Activité Professionnelles / Système National Inter-Régimes fournis par la Sécurité Sociale.

Il reste à négocier au plus juste ces droits afin d'être en mesure de les financer sur 5 à 7 ans.

La perte de clientèle estimée en cas de rachat peut aller jusqu'à 20% ou 30%. Cependant, compte tenu de l'évolution de la démographie médicale (offre supérieure à la demande), les droits de présentation diminuent de façon importante depuis quelques années.

1.2.2 Création d'une activité

Du fait des aléas des recettes des premières années la création est un exercice plus difficile. Il est donc indispensable de réaliser un "business plan" précis et complet. Dans cette situation, il est préférable de faire appel à un expert comptable qui aidera dans la collecte des données et dans la formalisation du projet.

Ces deux situations nécessitent une approche spécifique en terme d'investissements. La reprise d'une activité nécessitera le financement des droits de présentation, sa création génère un besoin en fonds de roulement.

Dans les deux cas, un budget prévisionnel (voir Fiche pratique N°5 - pour une première évaluation).

1.2.3 L'intégration d'un groupe déjà constitué (association)

Le jeune médecin, en intégrant un groupe déjà constitué, bénéficiera de sa dynamique et de sa notoriété, au même titre qu'une reprise de clientèle individuelle.

Il doit cependant prévoir de négocier pour son début d'exercice :

- sa part de charges, dont le calcul doit prendre en compte un chiffre d'affaires réduit la première année au moins ;
- que les nouveaux patients soient adressés en priorité selon la disponibilité de chacun et en priorité au nouvel installé ;
- un roulement des jours de repos ;
- la mise en commun des dossiers médicaux ;
- un numéro de téléphone unique, ainsi que des ordonnances à en-tête commun sur lesquelles figurent les noms de chaque associé.

II. COMPTABILITÉ / FISCALITÉ

Les professions libérales relèvent du régime fiscal des **bénéfices non commerciaux (BNC)**. Il est obligatoire de tenir des livres comptables afin d'enregistrer les recettes, les dépenses et les immobilisations.

Quelque soit le régime d'imposition, une majoration de 25% sera appliquée à la base d'imposition des revenus si le professionnel choisit de ne pas adhérer une association de gestion agréée (AGA), s'il adhère, aucune majoration ne sera appliquée (voir infra).

II.1. Les régimes d'imposition des B.N.C.

II.1.1 Le régime de déclaration et d'imposition simplifiées, dit régime "micro BNC"

- **Il s'agit d'une option possible** (à l'exclusion de l'exercice en société) si les recettes annuelles sont inférieures ou égales à 27 000 € H.T. en 2008 et sera porté à 32 000 € à compter du 1^{er} janvier 2009 (loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008). Cette limite est proratisée, le cas échéant, en fonction de la date de début d'exercice professionnel.
 - *A porter sur la déclaration d'ensemble des revenus n°2042.*
- Détermination du bénéfice net imposable par application aux recettes d'un abattement forfaitaire représentatif de l'ensemble des charges égal à 34% avec un minimum de 305 €.

Honoraires (recette) - 34% d'abattement forfaitaire pour frais (min. 305 €)

En cas de dépassement de la limite des 27 000 € H.T. en 2008 (32 000 € en 2009) au cours de l'année, le régime de la déclaration contrôlée est normalement applicable ;

Toutefois, l'administration admet que le régime déclaratif spécial soit maintenu la 1^{re} année de dépassement, l'abattement de 34% ne s'appliquant pas alors à la fraction des recettes qui dépasse 30 500 € H.T en 2008 (34 000 € en 2009).

L'abattement ne peut être inférieur à 305 € .

Le médecin libéral entrant dans le champ d'application du régime micro BNC a la possibilité d'opter pour un régime réel avant le 30 avril de l'année suivante - option pour le régime de la déclaration contrôlée.

En cas de création d'activité, possibilité d'opter pour un régime réel d'imposition jusqu'à la date de dépôt de leur première déclaration de résultats. L'option est valable 2 ans tant que le cabinet reste de façon continue dans le champ d'application du régime micro. Elle est reconduite tacitement par période de 2 ans.

Néanmoins, si le chiffre d'affaires, alors qu'il est sous cette option, est inférieur à 27 000 € en 2008 (32 000 € à compter du 1^{er} janvier 2009), la fiscalité revient au régime micro BNC ou bien le praticien opte pour le régime du réel simplifié avant le 30 avril de la 2^{ème} année et ce régime s'appliquera alors pour les deux années suivantes.

5. Conseils pratiques

II.1.2 Le régime de la déclaration contrôlée

- **Obligatoire** : > A porter sur la déclaration n°2035

- au-delà de 27 000 € H.T. de recettes annuelles en 2008. Montant qui sera porté à 32 000 € à compter du 1^{er} janvier 2009 (loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008) ;
- pour les sociétés (quel que soit le montant des recettes annuelles).

Le professionnel libéral est imposé sur le bénéfice qu'il a réellement réalisé par opposition au bénéfice forfaitaire calculé dans le régime micro BNC ;

Il déduit des recettes toutes les dépenses nécessaires à l'activité professionnelle survenues l'année d'imposition concernée. Les dépenses engagées et non encore payées ne sont pas déductibles, sauf en cas de cessation d'activité ou de décès, ou encore en cas d'option pour les règles de la comptabilité commerciale.

Les dépenses sont retenues pour leur *montant réel* et *justifié*.

Dès lors qu'elles sont nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle, les dépenses sont totalement déductibles.

Attention aux dépenses mixtes pour lesquelles il sera nécessaire de distinguer la part professionnelle et la part vie privée.

- **Sur option** (au plus tard le 30 avril de l'année en cours)

Si les recettes annuelles sont inférieures ou égales à 27 000 € H.T. en 2008 (32 000 € à compter du 1^{er} janvier 2009).

Les médecins conventionnés en secteur I bénéficient de différents avantages et options récapitulées ci-après.



Fiscalité spécifique des médecins conventionnés du secteur I

➔ Mode particulier d'évaluation des frais professionnels

Ces praticiens sont autorisés à pratiquer, sous le **régime de la déclaration contrôlée**, du fait de leur sujétion particulière :

- **une déduction complémentaire de 3%**, calculée sur l'assiette des recettes conventionnelles ;
- **un abattement forfaitaire (dit "déduction du groupe III")**, dont le montant, qui varie selon la catégorie du praticien et ses recettes conventionnelles, est plafonné à 3 050 € ;
- **un abattement de 2%**, calculé sur le montant des recettes brutes, représentant différents frais professionnels (petits déplacements, représentation, blanchissage etc..) si ceux-ci ne sont pas comptabilisés. **Attention** : Il n'est applicable aux sociétés de personnes que si celles-ci sont exclusivement composées de médecins du secteur I.

Adhérents à une association de gestion agréée (AGA)

Les médecins adhérents d'une association de gestion agréée doivent choisir entre la dispense de majoration des revenus de 25% et l'application de l'abattement forfaitaire et de la déduction complémentaire de 3%.

L'administration admet toutefois, la 1^{ère} année d'adhésion à l'AGA, le cumul de la déduction de 3% avec la dispense de majoration avec le maintien éventuel de l'abattement de 2%. (instruction fiscale 5 G-3-07).

➔ Allègements comptables

Les praticiens en secteur I, **s'ils ne sont pas adhérents d'une association de gestion agréée**, sont dispensés d'inscrire sur leur livre-journal le montant des honoraires conventionnels ayant donné lieu à la délivrance de feuilles de soins à des assurés sociaux (dispense subordonnée à l'indication du montant total des honoraires perçus sur les feuilles de soins).

Ils sont ainsi autorisés à ne déclarer que les seules recettes figurant sur les relevés de Sécurité sociale (bien que l'identité des assurés n'y figurent pas : l'instruction fiscale du 23 mars 2000 permet ainsi de déroger à l'obligation faite aux contribuables BNC de mentionner l'identité des clients).

L'enregistrement sur le livre-journal demeure en revanche obligatoire pour les recettes correspondant à la partie de l'activité non couverte par la convention.

➔ Remplaçant

Le remplaçant n'adhérant pas à titre personnel à la convention nationale ne pourra bénéficier de ces mesures. Il en bénéficiera lors de son installation s'il opte pour le secteur I.

5. Conseils pratiques

II.1.3 Les associations de gestions agréées

Ces associations ont été créées en vue d'offrir aux professionnels libéraux, installés ou remplaçants, une institution comparable aux centres de gestion agréés pour les entreprises commerciales.

• Les missions des AGA

Les AGA ont pour but :

- de former leurs adhérents à la comptabilité et de les aider à remplir leurs obligations fiscales ;
- d'exercer une mission d'assistance et de formation en matière de gestion ;
- d'assurer la régularité des déclarations fiscales que leur soumettent leurs adhérents ; les AGA contrôlent les éléments d'imposition et font des remarques aux adhérents qui ont l'obligation d'en tenir compte.

• L'inscription

Elle doit se faire dans les 3 premiers mois suivant le début de l'activité pour permettre au professionnel de bénéficier de l'abattement pour l'année en cours.

• Les avantages fiscaux

En contrepartie des obligations auxquelles sont tenus les adhérents (qui s'engagent en particulier à fournir les éléments permettant d'en apprécier la sincérité de leurs déclarations de revenus), ces derniers bénéficient d'avantages fiscaux spécifiques.

➔ La dispense de majoration

Le principal avantage est la dispense de l'application d'une majoration de la base d'imposition des revenus de 25% appliquée en cas de non adhésion.

➔ Une éventuelle réduction d'impôt

Attention : cet avantage fiscal n'est consenti qu'aux adhérents imposés **sur option** uniquement sous le **régime de la déclaration contrôlée**.

Les adhérents, dont les recettes annuelles sont inférieures à 27 000 € H.T. (32 000 € à compter du 1^{er} janvier 2009) et qui ont opté pour la déclaration contrôlée, peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt, au titre de leurs frais de tenue de comptabilité et d'adhésion à l'AGA, plafonnée à **915 €**.

➔ La déduction du salaire du conjoint

Depuis le 1^{er} janvier 2005, en application de la loi de finance 2005, le salaire versé au conjoint est déductible en intégralité si le médecin est adhérent à un AGA. Pour les non adhérents, la déduction du salaire du conjoint est limitée à 13 800 €, si les époux sont mariés sous le régime de la communauté ou de participation aux acquêts. Ce plafond est minoré si le conjoint effectue un horaire inférieur à la durée légale annuelle de travail, soit 1 600 heures. Cette déduction s'applique à condition que le conjoint participe effectivement à l'exploitation et que les cotisations sociales soient acquittées.



GARANTIE EMPRUNTEUR

Le Groupe Pasteur Mutualité propose un produit d'assurance couvrant les risques incapacité et décès des emprunteurs pour des prêts professionnels et/ou immobiliers.



Pensez au
Groupe Pasteur Mutualité pour **garantir**
vos emprunts liés à des investissements
immobiliers ou professionnels.

Pour plus d'informations : **0 810 229 505**

Prix d'un appel local

PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

5. Conseils pratiques

➔ Le “pardon fiscal” des nouveaux adhérents

Les nouveaux adhérents à une AGA peuvent régulariser leur situation fiscale sans payer de pénalités : sauf en cas de manœuvre frauduleuse, les majorations fiscales, de quelque nature qu'elles soient, ne sont pas applicables aux contribuables qui auront fait connaître spontanément, par lettre recommandée expédiée dans les trois mois suivant leur adhésion à une AGA, les insuffisances, inexactitudes ou omissions que comportent les déclarations qui se rapportent à l'activité professionnelle.

Ce “pardon” suppose que ces insuffisances, inexactitudes ou omissions n'aient pas préalablement fait l'objet d'une notification de redressement ou d'une procédure. Il faut également que l'impôt soit acquitté dans les délais.

III. LES ASSURANCES

III.1. Obligatoires

III.1.1 Assurance responsabilité civile professionnelle

Voir supra, p.21.

III.1.2 Assurance automobile

Si vous avez déjà un véhicule, pensez à prévenir votre assureur de l'usage professionnel que vous en ferez et, en cas de remplacement, de son usage éventuel par un tiers.

III.2. Indispensables

III.2.1 Assurance du local professionnel

Voir supra, p.28.

III.2.2 Garanties de prêts

Les prêts doivent être couverts à la demande des organismes prêteurs.

Le médecin peut choisir son assureur, et il convient donc de comparer prestations et cotisations.

III.3. Très fortement conseillées

La loi Madelin du 11 février 1994 permet de **déduire les cotisations de prévoyance** complémentaire facultative du revenu imposable à hauteur de 7% du plafond annuel de la Sécurité sociale + 3,75% du bénéfice imposable, le tout dans la limite de 3% de 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Les garanties concernées sont :

- la maladie-maternité (remboursement des frais médicaux sans fiscalisation des prestations) ;
- l'incapacité temporaire de travail (versement d'indemnités journalières) ; l'invalidité (versement d'une rente) ;
- le décès (versement d'une rente de conjoint ou de rentes éducation).

5. Conseils pratiques

III.3.1 Complémentaire frais médicaux

Elle permet de compléter les remboursements partiels des régimes obligatoires, notamment en cas d'hospitalisation, soins dentaires ou optiques.

III.3.2 Incapacité temporaire de travail

La CARMF laisse les 90 premiers jours sans garantie (cf. infra 6 - Protection sociale du médecin), la priorité est de combler au moins cette carence.

III.3.3 Invalidité

La CARMF indemnisant en cas d'invalidité totale et définitive seulement, il convient de prévoir l'indemnisation de l'invalidité limitant l'exercice de la profession de médecin (invalidité partielle) ou l'interdisant (ex. le cas du chirurgien qui ne peut plus exercer sa spécialité).

III.3.4 Décès

Pour un jeune médecin chargé de famille et sans réserves importantes, ce peut être une priorité (cf. infra 6 - Protection sociale du médecin pour l'intervention des régimes obligatoires).

III.3.5 Epargne-retraite

Indispensable pour ne pas subir une perte de revenus trop importante au moment de la retraite, ce complément peut être souscrit :

- **soit par un contrat d'assurance vie individuel** prévoyant une sortie en capital, voire en rente ;
- **soit dans le cadre de la loi Madelin**, les prestations versées sous forme de rente viagère lors de la liquidation étant alors imposables au régime des pensions, et les cotisations, déductibles du revenu imposable à hauteur de 10% du bénéfice imposable, dans la limite de 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale + 15% de la part du bénéfice imposable comprise entre 1 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- **soit dans le cadre d'un Plan d'Epargne Retraite Populaire (PERP)**, les prestations versées sous forme de rente viagère lors de la liquidation étant alors imposables au régime des pensions, et les cotisations, déductibles du revenu net global à hauteur de 10% des revenus d'activité professionnelle de l'année précédente, retenus dans la limite de 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale de l'année précédente.



INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Le Groupe Pasteur Mutualité, c'est une gamme étendue de garanties :

- en cas de maternité,
- en cas d'arrêt de travail pour compléter des prestations de votre régime obligatoire,
- pour couvrir vos frais professionnels et profiter du régime fiscal Loi Madelin* tout en bénéficiant du plus juste prix.

* déduction des cotisations du revenu dans les limites légalement autorisées



www.gpm.fr

Des médecins
au service des médecins...
...rien de tel pour bien garantir vos revenus.

Pour plus d'informations : **0 810 229 505**

Prix d'un appel local

PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

6. La protection sociale du médecin

Le médecin non salarié bénéficie de la protection sociale des professions libérales qui comprend l'assurance maladie, les allocations familiales, la prévoyance (décès, indemnités journalières ou rentes en cas d'arrêt de travail) et la retraite.

Assurance maladie et conventionnement

Pour l'assurance maladie, le praticien libéral, selon son choix d'adhérer ou non à la convention relèvera soit, à titre dérogatoire, du régime général salarié de la sécurité sociale (RGSS) soit du régime social des indépendants (RSI)

RGSS : S'il choisit d'adhérer à la convention nationale des médecins, il peut relever de ce régime sur certains risques. Cette affiliation est obligatoire pour les médecins du secteur I sur les revenus tirés de l'activité conventionnée et facultative, sur option, pour les médecins du secteur II.

RSI : Les médecins non conventionnés, les médecins secteur II n'ayant pas opté pour le régime général ainsi que, quelque soit le conventionnement, toute part de revenus tirée d'une activité non salariée non agricole indépendante de la pratique médicale conventionnée (revenus tirés des expertises, par exemple).

Organismes gestionnaires de la protection sociale du médecin

L'URSSAF : organisme collecteur des différentes contributions (voir ci-après), des cotisations finançant les allocations familiales, et, par délégation, les cotisations finançant les prestations versées par le régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale.

CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) : gestionnaire des prestations du régime général de la sécurité sociale.

Gestionnaire des relations conventionnelles avec les professions médicales.

RSI : Organisme gestionnaire des cotisations et des prestations d'assurance maladie des professions non salariées par l'intermédiaire des organismes conventionnés (OC - Assureurs privés bénéficiant d'une délégation de gestion du RSI).

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France, gestionnaire des cotisations comme du versement des prestations.

Cotisations : mode de calcul, assiettes, taux

La nature du revenu, la situation conventionnelle, le régime obligatoire dont le médecin dépend ainsi que le risque garanti ont une incidence sur les bases de calcul, taux et montants des différentes cotisations sociales dues. Notamment, en contre partie des contraintes imposées par la convention, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) participent, dans certains cas, aux cotisations du professionnel conventionné.

Des tableaux récapitulent ci-après ces différentes situations après avoir défini les points communs à plusieurs d'entre eux. Chaque régime sera, ensuite, abordé en détail.

Points communs à plusieurs régimes

Certaines modalités de calcul et de perception des cotisations sont communes à plusieurs régimes. Nous les précisons ci-dessous avant d'aborder en détail les spécificités de chaque branche, risque ou contribution.

6. La protection sociale du médecin

Mode de calcul commun des cotisations à certains régimes de base

Art L 131-6, L131-6-1, L 642-2 et D 722-6 du code de la sécurité sociale (CSS)

Commun à l'URSSAF (allocations familiales, CSG / CRDS) ; au RSI (Assurance maladie des indépendants) ; à la CARMF pour l'assurance vieillesse de base uniquement :

Les cotisations proportionnelles sont établies sur une base annuelle et calculées à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou des revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

Exemple : en 2010, les cotisations seront calculées sur la base du revenu professionnel de l'année 2008. Elles feront l'objet d'une régularisation en fonction du revenu réel perçu en 2010 lorsque celui-ci sera connu, c'est-à-dire en 2011.



Règles particulières en début d'exercice professionnel

Les premières cotisations sociales sont payables dans les 90 jours.

Commun à l'URSSAF (allocations familiales, CSG / CRDS), au RSI (Assurance maladie des indépendants) ; au RGSS (régime général de la sécurité sociale) ; à la CARMF pour l'assurance vieillesse de base uniquement - *Art L131-6, L136-3, L642-2 du CSS :*

Les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur la base d'un revenu forfaitaire, et sont régularisées une fois les revenus réels connus.

Commun à l'URSSAF (Allocations familiales, CSG / CRDS) ; au RSI (Assurance maladie des indépendants) ; à la CARMF pour l'Assurance vieillesse de base uniquement - *Art. L131-6-1, L642-2 du code de la Sécurité Sociale :*

Report 12 mois : Sur demande du médecin, il est possible de ne payer aucune cotisation provisionnelle ou définitive pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée. Le bénéfice de cet étalement n'emporte aucune majoration de retard.

Étalement sur 5 ans : Les cotisations définitives dues peuvent faire l'objet, sur demande du jeune professionnel, d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder 5 ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20% du montant total des cotisations dues.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être obtenu plus d'une fois par période de cinq ans, au titre d'une création ou reprise de cabinet.

Commun à l'URSSAF (Allocations familiales, CSG / CRDS) ; au RSI (Assurance maladie des indépendants) - *Art L 131-6, L136-3 du code de la Sécurité Sociale :*

Le montant des acomptes provisionnels de cotisations sociales dû au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus estimés par lui.

Une majoration de retard est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré.

6. La protection sociale du médecin



Médecins relevant du régime déclaratif spécial - Régime "micro-social"

Article 102 ter du Code général des impôts

Sous réserve de la parution des décrets d'application pour les professions libérales (BNC). Actuellement seuls sont parus les textes pour les commerçants, artisans ou industriels. L'article 35 de la loi n°2003-721 du 1^{er} août 2003 pour l'initiative économique, prévoit que les libéraux dont les revenus non salariés de l'année prise en compte n'excèdent pas 27 000 € H.T (32 000 € à compter du 01/01/2009) peuvent demander, par lettre adressée à chacun des organismes de protection sociale, que leurs cotisations soient calculées, dès l'année au titre de laquelle elles sont dues, sur la base de l'estimation, faite par eux-mêmes, de leurs revenus de l'année N (et non plus sur ceux de l'avant-dernière année d'activité ou sur l'assiette forfaitaire des cotisations des 2 premières années d'activité).

Le régime d'auto-entrepreneur récemment paru prévoit l'intégration des professions libérales pour l'instant non réglementées. Il fera l'objet d'une mise à jour du présent document sur www.gpm.fr



Mensualisation de cotisations

Il est possible de régler mensuellement les cotisations Urssaf (allocations familiales, CSG / CRDS), assurance maladie relevant du RSI, Retraite et prévoyance obligatoires CARMF :

- **Pour la RSI**, depuis le 1^{er} janvier 2008 le prélèvement mensuel des cotisations pour les professions libérales est le mode de paiement par défaut. Le paiement trimestriel reste possible sur option.
- **Pour l'URSSAF**,
 - *Pour les allocations familiales et les contributions diverses*, le prélèvement mensuel est, depuis le 1^{er} janvier 2008, le mode de paiement par défaut. Le prélèvement s'effectue le 5 ou le 20 de chaque mois au choix. L'option du paiement trimestriel est possible et doit être demandée avant le 1^{er} novembre de chaque année.
 - *Pour l'assurance maladie, régime général de la sécurité sociale*, le paiement est annuel ou trimestriel.
- **Pour la CARMF**, la demande est possible à tout moment de l'année pour un prélèvement le 5 du mois suivant.



Déclaration des revenus et paiement en ligne des cotisations

La déclaration commune de revenu et le paiement des cotisations à l'URSSAF et au RSI peuvent être effectués en ligne sur www.net-entreprises.fr

Les tableaux ci-après récapitulent par catégorie de risques assurés, d'organismes gestionnaires et selon le positionnement conventionnel, les assiettes et taux à prendre en compte pour le calcul des cotisations servant à financer la protection sociale du médecin libéral.

6. La protection sociale du médecin

Médecin libéral - assurance maladie / allocations familiales

	Part des revenus tirée de l'activité médicale Conventionnée relevant du régime général de la sécurité sociale		Part des revenus tirée d'activités non salariées relevant du RSI
	Revenu sect. I tiré des tarifs conventionnés hors DPD** ou secteur II tiré des tarifs opposables ³ hors autres honoraires	Revenu sect I tiré des DPD** ou sect. II option régime général hors tarifs opposables ³	Activité médicale secteur II option RSI ou hors convention, activité non salariée non agricole et non médicale : expertises, droits d'auteur, etc.
Assurance Maladie Lettre circulaire n° 2007-092 ACOSS du 28/06/2007 - Art L 162-14-1, 722-1 et s, D 722-1 et s. du code de la Sécurité Sociale			
Organisme gestionnaire	URSSAF – CPAM		RSI
Assiette des cotisations	Revenu non salarié net imposable tiré de l'activité médicale conventionnée + dividendes (cf. p.73) après exonérations et déductions fiscales ¹ hors majoration pour non adhésion AGA ²		Revenu non salarié net imposable + dividendes (cf. p.73) avant exonérations et déductions fiscales prévues pour BNC / BIC (L131-6 CSS)³ hors majoration pour non adhésion AGA ²
----- Année n-2 -----			
Taux de cotisation	9,81%		1/ 0,6% dans la limite du PASS 2/ 5,9% part de revenu >PASS et <5 PASS
Assiette de participation CPAM (ne peut être supérieure à l'assiette des cotisations)	Revenu ci-dessus net de dépassements d'honoraires	Sans objet	Sans objet
Taux de participation CPAM	9,70%		
Taux de cotisation appliqué	9,81% - 9,70% = 0,11%	9,81%	1/ 0,6% dans la limite du PASS 2/ 5,9% part de revenu >PASS et <5 PASS
Allocations familiales (cotisation personnelle) Lettre circulaire n° 2005-120 ACOSS du 28/06/2007 - Art L 162-14-1, 242-11, D 242-15-1, Art L 131-6 du code de la Sécurité Sociale			
Organisme gestionnaire	URSSAF – CPAM		URSSAF
Assiette des cotisations	Revenu non salarié net imposable tiré de l'activité médicale conventionnée + dividendes (cf. p.73) avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC (L242-11, 131-6 CSS)³ hors majoration pour non adhésion AGA ²		Revenu non salarié + dividendes (cf. p.73) net imposable avant exonérations et déductions fiscales prévues pour BNC / BIC (L131-6 CSS)³ hors majoration pour non adhésion AGA ²
----- Année n-2 -----			
Taux de cotisation	5,40%		
Assiette de participation CPAM (ne peut être supérieure à l'assiette des cotisations)	Revenu ci-dessus net de dépassements d'honoraires	Sans objet	Sans objet
Taux de participation CPAM	1/ 5% dans la limite du PASS 2/ 2,9% sur la partie excédant le PASS		
Taux de cotisation appliqué	1/ 5,40% - 5% = 0,40% 2/ 5,4% - 2,9% = 2,50%	5,40%	5,40%
¹ Régime micro-BNC : diminué de l'abattement pour frais de 34% - Détail des exonérations : voir supra, p.59 • ² AGA = Association de Gestion Agréée • ³ Si le médecin a adhéré à l'option de coordination et respecté son engagement (qu'il ait opté pour la Sécurité Sociale ou pour le RSI) * PASS 2008 (Plafond annuel de la Sécurité Sociale) : 33 276 € • ** DPD : droit permanent à dépassement			

6. La protection sociale du médecin

Médecin libéral - contributions diverses

	Part des revenus tirée de l'activité libérale médicale Conventionnée Secteur I ou II	Part des revenus tirée d'activités non salariées hors convention
	Revenu sect. I tiré des tarifs conventionnés <i>hors DPD**</i> ou secteur II tiré des tarifs opposables ³ <i>hors autres honoraires</i>	Revenu sect I tiré des DPD** ou sect. II <i>hors tarifs opposables</i> ³ Activité médicale hors convention, activité non salariée non agricole et non médicale : expertises, droits d'auteur, etc..
CSG / CRDS - Art L 136-3		
Organisme gestionnaire	URSSAF	
Assiette des cotisations	Revenu non salarié net imposable + dividendes (cf. p.73) <i>hors majoration pour non adhésion AGA²</i> - avant déduction des cotisations sociales personnelles obligatoires (maladie, maternité, retraite, invalidité, décès, allocations familiales), abondements éventuel versés sur un Plan d'épargne entreprise (PEE) ou Plan d'épargne retraite collectif (PERCO), sommes versées au titre d'un accord d'intéressement (si bénéficiaire en tant que dirigeant non salarié) - et avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC et/ou BIC (art L 131-6 CSS) ¹	
	----- Année n-2	
Taux de participation CPAM	Néant	
Taux de cotisation	8% (CSG : 7%, CRDS : 0,50%) (<i>taux réduit sur les revenus de remplacement</i>)	
CUM - Contribution aux Unions Médicales (hors médecins remplaçants)		
Organisme gestionnaire	URSSAF	Sans objet
Assiette des cotisations	Revenu limité à un plafond annuel de la sécurité sociale ----- Année n	
Taux de participation CPAM	Néant	
Taux de cotisation	0,50%	
CFP - Contribution à la formation professionnelle		
Organisme gestionnaire	URSSAF	
Assiette des cotisations	Plafond annuel de la Sécurité Sociale ----- Année n	
Taux de participation CPAM	Néant	
Taux de cotisation	0,15%	
¹ Régime micro-BNC : diminué de l'abattement pour frais de 34% - Détail des exonérations : voir supra, p.59 • ² AGA = Association de Gestion Agréée • ³ Si le médecin a adhéré à l'option de coordination et respecté son engagement (qu'il ait opté pour la Sécurité Sociale ou pour le RSI) * PASS 2008 (Plafond annuel de la Sécurité Sociale) : 33 276 € • ** DPD : droit permanent à dépassement		

6. La protection sociale du médecin

Médecin libéral - assiette et taux des cotisations aux régimes de retraite

	Part des revenus tirée de l'activité libérale médicale Conventionnée Secteur I ou II		Part des revenus tirée d'activités non salariées hors convention	
	Revenu sect. I tiré des tarifs conventionnés <i>hors DPD**</i> ou secteur II tiré des tarifs opposables ³ <i>hors autres honoraires</i>	Revenu sect I tiré des <i>DPD**</i> <i>hors tarifs opposables</i> ³	Activité médicale hors convention,	Autres activités non salariées non agricole : expertises, droits d'auteur etc..
Régimes de retraite de base				
Organisme gestionnaire	CARMF			
Assiette des cotisations	Revenu non salarié + dividendes (cf. p.73) net imposable avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC ou BIC (L131-6 CSS) ¹ <i>hors majoration pour non adhésion AGA</i> ²			
	Année n-2			
Taux de cotisation	Tranche de revenu 1 : 8,6% - Tranche de revenu 2 : 1,6%			
Régimes de retraite complémentaire				
Organisme gestionnaire	CARMF			
Assiette des cotisations	Revenu non salarié + dividendes (cf. p.73) net imposable avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC ou BIC (L131-6 CSS) ¹ <i>hors majoration pour non adhésion AGA</i> ²			
	Année n-2			
Taux de cotisation	9,1% d'un revenu plafonné			
ASV - Allocation Supplémentaire Vieillesse des médecins conventionnés				
Organisme gestionnaire	CARMF		Sans objet	
Taux de participation CPAM	Secteur I : 66,66% : 2 520 € en 2008	Secteur II : sans objet		
Cotisation forfaitaire	1 200 € en 2008	3 780 € en 2008		
Prévoyance				
Organisme gestionnaire	CARMF		Selon caisse	
Taux de cotisation	Incapacité temporaire / Invalidité / Décès : 652 € en 2008			
Allocation de remplacement de revenu				
Organisme gestionnaire	CARMF		Sans objet	
Organisme gestionnaire	Revenu net imposable + dividendes (cf. p.73) uniquement tiré de l'activité médicale conventionnée secteur I ou II avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC (L131-6 CSS) ¹ <i>hors majoration pour non adhésion AGA</i> ²			
	<i>hors majoration pour non adhésion AGA</i> ¹ - Année n-2			
Taux de cotisation	Taux de participation CPAM : 0,125% soit une cotisation de : 0,255%			
¹ Régime micro-BNC : diminué de l'abattement pour frais de 34% - Détail des exonérations : voir supra, p.59 • ² AGA = Association de Gestion Agréée • ³ Si le médecin a adhéré à l'option de coordination et respecté son engagement (qu'il ait opté pour la Sécurité Sociale ou pour le RSI) * PASS 2008 (Plafond annuel de la Sécurité Sociale) : 33 276 € • ** DPD : droit permanent à dépassement				

6. La protection sociale du médecin

Définition de l'activité conventionnée : (ACOSS - Lettre circulaire n° 2007-092)

Honoraires, rémunérations et frais accessoires remboursables au titre de la convention, à savoir :

- actes inscrits sur la liste prévue à l'art. L 162-1-7 du code de la sécurité sociale (Nomenclature) tarifés dans le cadre de la convention
- éléments qui leur sont rattachés par définition de la convention ou de la liste prévue à l'art. L 162-1-7 du code de la sécurité sociale (dépassements d'honoraires, majorations, frais divers..)

L'assiette de cotisation dans ce cadre doit également intégrer certains revenus constituant le prolongement de cette activité conventionnée, même s'ils ne proviennent pas directement d'honoraires remboursables : revenus provenant des aides prévues par les conventions (télétransmission, informatisation, installation, formation continue, indemnités pour perte de ressources, allocation forfaitaire de maternité, indemnités de remplacement maternité ..), les rémunérations des contrats et autres options décidées par les partenaires conventionnels, les revenus des associés de SEL ou les rétrocessions d'honoraires pour le remplacement d'un professionnel conventionné. Ces divers éléments ne faisant pas l'objet de dépassements, la participation des CPAM sur ce champ est possible.

Sont exclus de ce champ :

- Les honoraires correspondant à des actes non inscrits au remboursement
- Les honoraires non remboursables car dispensés dans des conditions n'ouvrant pas droit au remboursement ; les honoraires perçus au titre d'une activité dont la rémunération est assise sur des bases non conventionnelles (vacations, forfaits...)

L'adhésion des médecins secteur 2 à l'option de coordination ouvre éventuellement droit à une participation financière (art L. 162-14-1, 5°, art 1.2.3.3 Convention) des CPAM aux cotisations sociales maladie / maternité des médecins ayant respecté les engagements de l'option, qu'ils relèvent selon leur choix du régime des conventionnés ou du RSI. Cette participation, égale à celle du médecin secteur I (revenu conventionné hors dépassements d'honoraire) ne porte que sur la part de l'activité facturée en tarifs opposables, proratisée en fonction de la date d'adhésion ou de cessation d'adhésion à l'option. Les circuits et modalités sont distincts de celles du médecin conventionné secteur I. Son versement est, notamment, subordonné au respect de cette option et de ses obligations et au contrôle de la CPAM.

Exonérations fiscales Art L 131-6 et L 642-2 du code de la sécurité sociale :

- des allègements fiscaux pour entreprises nouvelles dans les zones de revitalisation rurale (art 44 sexies du Code Général de Impôts - CGI) ;
- de la déduction des primes versées au titre des contrats "Madelin", PERP et des cotisations sociales versées aux régimes facultatifs des caisses d'assurance vieillesse (art 154 bis du CGI) ;
- des exonérations pour participation à des projets de recherche et développement (art. 44 undecies - CGI)
- de l'exonération sur les bénéfices instituée en zones franches urbaines (art 44 octies et octies A du CGI) et en Corse lorsque la profession libérale s'exerce en société.

Il n'est pas tenu compte, non plus, des reports déficitaires, amortissements réputés différés au sens de l'art 39 du CGI - 1- 2°, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des provisions constituées pour mise en conformité (art 39 octies F du CGI).

Dividendes : La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2009, les dividendes entreront dans l'assiette des cotisations sociales (maladie-maternité, vieillesse et allocations familiales, la part des dividendes perçus par le professionnel, son conjoint, partenaire ou Pacs ou les enfants mineurs non émancipés, supérieure à 10% du capital social et des primes d'émissions détenus par eux en toute propriété ou en usufruit.

Un décret en conseil d'état précisera la nature des apports retenus pour la détermination du Capital social.

6. La protection sociale du médecin

1^{ère} partie : L'assurance maladie-maternité



Impôt sur le revenu

Les cotisations obligatoires d'assurance maladie-maternité sont intégralement déductibles du revenu professionnel.

I. LE MÉDECIN CONVENTIONNÉ AFFILIÉ AU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE (CNAMTS)

Cette affiliation concerne :

- les médecins du secteur I ;
- les médecins du secteur II n'ayant pas opté pour le régime social des indépendants (RSI) voir supra.

I.1. Les cotisations

La cotisation est, désormais, identique pour toutes les spécialités mais la participation financière des CPAM aux cotisations du médecin libéral conventionné est limitée aux seuls revenus tirés de l'activité conventionnée hors tout droit à dépassement ou autres revenus non salariés.

➔ Assiette A des cotisations individuelles du médecin

Revenu non salarié net imposable de l'avant-dernière année (année N-2) tiré de l'activité médicale pratiquée dans le cadre de la convention après exonération et déductions fiscales (voir p.59 et s.) et hors majoration pour non adhésion à une Association de gestion agréée.

Attention : Les revenus non salariés tirés d'activités médicales hors convention ou d'autres activités non salariées relèveront du RSI, régime social des indépendants, impliquant une affiliation obligatoire à ce régime.

➔ Assiette B servant au calcul de la participation financière aux cotisations individuelles du médecin

Revenu tel que défini ci-dessus hors tout dépassement d'honoraire (y compris le droit permanent à dépassement) - Taux de participation des CPAM : 9,70%.

➔ Taux de cotisation personnelle du médecin

• Médecins généralistes et spécialistes conventionnés secteur I

- Assiette B telle que définie ci-dessus, nette de tout dépassement d'honoraires : **0,11%** du revenu (y compris la majoration de 10% au titre de la cotisation de solidarité).
- Assiette A telle que définie ci-dessus, sur la part des revenus tirée des droits permanents à dépassement : **9,81%** du revenu (y compris la majoration de 10% au titre de la cotisation de solidarité).
- Revenus tirés d'autres activités non salariées non agricoles : RSI (voir p.80),

6. La protection sociale du médecin

• Médecins généralistes et spécialistes conventionnés secteur II

- Assiette B telle que définie ci-dessus, part des revenus tirée des tarifs opposables perçue par le médecin adhérent et respectant l'option de coordination ouverte le 1^{er} juillet 2005 (parcours de soins) : **0,11%** du revenu (y compris la majoration de 10% au titre de la cotisation de solidarité).
- Assiette A telle que définie ci-dessus, revenu autre que tiré des tarifs opposables : **9,81%** du revenu (y compris la majoration de 10% au titre de la cotisation de solidarité).
- Revenus tirés d'autres activités non salariées non agricoles : RSI (voir p.80),

→ Période de référence

Du 1^{er} mai de l'année conventionnelle au 30 avril de l'année conventionnelle suivante.

1.2. Modalités de paiement

→ Règle générale

Règlement : à l'URSSAF,

La cotisation est payable d'avance avant le 1^{er} juin de chaque année (pour la période du 1^{er} mai de l'année au 30 avril de l'année suivante) un par trimestre.

Echéances trimestrielles :

- paiement avant le 1^{er} juin pour la période du 1^{er} mai au 31 juillet,
- paiement avant le 1^{er} septembre pour la période du 1^{er} août au 31 octobre,
- paiement avant le 1^{er} décembre pour la période du 1^{er} novembre au 31 janvier,
- paiement avant le 1^{er} mars pour la période du 1^{er} février au 30 avril.

La cotisation due pour la période du 1^{er} mai (année N) au 30 avril suivant (année N +1) est calculée sur la base du revenu de l'année N-2.



Règles particulières en début d'exercice professionnel

Les cotisations visées au I. 1 sont calculées sur la base d'un revenu forfaitaire égal à :

- **pour la 1^{ère} année d'activité** (qui s'entend de la date d'affiliation au 30 avril suivant) :
1/2 **plafond annuel de la Sécurité sociale** de l'année d'affiliation (soit 16 638 € en 2008) d'où une cotisation annuelle en 2008 de :
 - **18,30 €** pour un généraliste ou un spécialiste du secteur I
 - **1 632,19 €** pour un médecin de secteur II
- **pour la 2^{ème} année d'activité** : 2/3 **du plafond annuel de la Sécurité sociale** de l'année d'affiliation (soit 22 184 € en 2008) d'où une cotisation annuelle en 2008 de :
 - **24,40 €** pour un généraliste ou un spécialiste du secteur I
 - **2 176,25 €** pour un médecin du secteur
- **pour la 3^{ème} année d'activité** :
 - si l'année civile de début d'activité est complète, le calcul est effectué sur la base des revenus déclarés ;
 - si l'année civile du début d'activité est incomplète, le calcul est effectué sur la base des revenus déclarés, augmentés d'autant de plafonds mensuels de la Sécurité sociale (2 773 € en 2008) que de mois entiers d'inactivité.

Pour tout renseignement complémentaire : www.urssaf.fr

6. La protection sociale du médecin

1.3. Le conjoint collaborateur

Le conjoint collaborateur n'est pas redevable de cotisations personnelles à l'assurance maladie.

1.4. Les prestations

1.4.1. Les prestations en nature

En application de la réforme de l'assurance maladie, il faudra désormais respecter le parcours de soins coordonné, lequel prévoit l'obligation pour chaque patient (même médecin..) de choisir un médecin traitant. Le respect du parcours de soins permet de se faire rembourser les frais médicaux prescrits sur la base des taux conventionnels ou réglementaires indiqués ci-dessous. (voir fiche technique : le médecin traitant et le parcours de soin).

Si vous avez déclaré un médecin traitant à l'assurance maladie, les taux appliqués sont :

- 70% pour les honoraires des praticiens libéraux ou consultations externes des hôpitaux ;
- 60% pour les honoraires des auxiliaires médicaux et les frais d'analyses ;
- 35% pour les médicaments à vignette bleue (médicaments dits de confort) ;
- 65% pour les médicaments à vignette blanche et les frais de transport ;
- 80% pour l'hospitalisation jusqu'au 30^{ème} jour ;
- 100% pour l'hospitalisation à partir du 31^{ème} jour, ou du 1^{er} si un acte chirurgical cotés K>50 (*) a été accompli ;
- 100% pour les affections de longue durée, les frais de fourniture de gros appareillages orthopédiques, l'hospitalisation des nouveaux-nés, la grossesse, le diagnostic et le traitement de la stérilité, le dépistage du SIDA et de l'hépatite C

() nomenclature qui est progressivement modifiée dans le cadre de la nouvelle classification des actes médicaux (CCAM) et des activités hospitalières (T2A).*

Par ailleurs, pour chaque acte ou consultation médicale, une **participation forfaitaire** non remboursée de **1 €** est demandée à l'assuré (sauf notamment pour les enfants mineurs, femmes enceintes...).

Forfait 18 € : Participation forfaitaire de 18 €, à la charge de l'assuré, sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 qu'ils soient pratiqués en ville ou dans un établissement ; Ce forfait est déduit également des frais d'hospitalisation au cours de laquelle sont effectués ce même type d'actes. Certains actes sont exonérés de ce forfait, par ex : actes de radiodiagnostic, IRM, scanographie, transports d'urgence, frais d'hospitalisation après 30 jours, prothèses dentaires, analyses etc.. Les bénéficiaires d'une prise en charge à 100% en raison de leur état de santé ou de leur situation ne sont pas concernés.

Au cours d'une même consultation chez un même praticien, un cumul d'actes atteignant un coût égal ou supérieur à 91 € ou un coefficient égal ou supérieur à 50 entraîne l'application du forfait de 18 € sur le montant total. Lorsqu'un même praticien au cours d'une même consultation ou lorsqu'au cours d'une hospitalisation, est pratiqué un cumul d'actes, dont le tarif individuel est supérieur à 91 € ou le coefficient supérieur à 50, la participation forfaitaire de 18 € ne s'applique qu'une seule fois.

6. La protection sociale du médecin

Franchise médicale : Un montant de 50 centimes d'euro est prélevé du remboursement effectué sur chaque boîte de médicament ou unité de conditionnement ainsi que sur chaque acte paramédical ou transport sanitaire. Ce prélèvement ne peut dépasser un plafond global annuel de 50 € et un plafond journalier de 2 € par jour par acte paramédical et 4 € pour les transports sanitaires.

Ne sont pas concernés par cette franchise : les enfants de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU, les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité sous certaines conditions.



Hors parcours de soin

Les patients n'ayant pas choisi leur médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription du médecin traitant sont triplement sanctionnés :

- La part restant à leur charge sur le tarif de consultation est majorée.
- Les spécialistes secteur I consultés sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires.
- La complémentaire santé de l'assuré doit, en cas de non-respect du parcours de soin, exclure la prise en charge des majorations (dépassements ci-dessus) et appliquer une franchise de 8 € aux consultations des spécialistes secteur II (sauf à perdre les avantages fiscaux du contrat).

1.4.2. Les prestations en espèces

Attention : aucune prestation en espèces n'est versée en cas d'arrêt de travail (le régime de prévoyance de la CARMF prévoit le versement d'une indemnité journalière à compter du 91^{ème} jour : voir infra, p.105).

➔ Les prestations maternité

➔ Les **femmes médecins** bénéficient :

- d'une **allocation forfaitaire de repos maternel**, versée sans condition de cessation d'activité, réduite de 0,5% au titre de la CRDS, pour un montant fixé :
 - **en cas de maternité**, à 1 plafond mensuel de la Sécurité sociale (2 773 € en 2008) ;
 - **en cas d'adoption**, à 1/2 plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 1 387 € en 2008) ;

L'allocation est versée en 2 fois : la 1^{ère} moitié à la fin du 7^e mois, l'autre moitié après l'accouchement.

- d'une **indemnité journalière forfaitaire**, sous réserve d'une cessation d'activité professionnelle mais sans obligation de se faire remplacer pendant l'arrêt de travail. Elle est versée pendant une période qui débute 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 10 semaines après celui-ci (soit **16 semaines** de congé maternité depuis le décret 2006-644 du 02/06/06).

6. La protection sociale du médecin

A partir du 3^{ème} enfant, la durée du congé de maternité est de 26 semaines (8 semaines avant l'accouchement - anticipation possible de 2 semaines et 18 semaines après).

La durée du congé prénatal ne peut pas être reportée sur le congé postnatal.

Le montant est fixé :

- **en cas de maternité**, à 1/60^e du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 46,22 € en 2008.
- **en cas d'adoption**, au même montant, dû pour la période se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer et pour une durée maximale de 45 jours.

La durée du congé maternité

La situation avant la naissance	Naissance	Congé prénatal (avant la naissance)	Congé postnatal (après la naissance)	Total
Pas d'enfant ou 1 seul enfant	1 enfant	6 semaines (42 jours)	10 semaines (70 jours)	16 semaines (112 jours)
Au moins 2 enfants Nés viables	1 enfant	8 semaines (56 jours)	18 semaines (126 jours)	26 semaines (182 jours)
0, 1, 2, 3 enfants ou plus	Jumeaux	12 semaines (84 jours)	22 semaines (154 jours)	34 semaines (238 jours)
	Triplés ou plus	24 semaines (168 jours)	22 semaines (154 jours)	46 semaines (322 jours)

L'accouchement prématuré

Si vous accouchez plus de 6 semaines avant la date prévue, en cas d'hospitalisation post-natale de l'enfant, la période d'indemnisation prénatale est augmentée du nombre de jours courant de la date réelle de l'accouchement au début du congé de la mère. Un report du reliquat de congé peut lui être ouvert. Art D722-15-3 Code de la Sécurité Sociale.

L'accouchement tardif

Si vous accouchez après la date prévue, votre congé prénatal est prolongé jusqu'à la date de l'accouchement. La durée de votre congé postnatal reste la même.

Pour en bénéficier, n'oubliez pas d'envoyer le certificat d'accouchement à votre caisse d'Assurance Maladie.

Tableau synthétisant les congés maternité selon la situation du médecin : www.Ameli.fr

➔ Les **conjointes collaboratrices** ayant droit du praticien en cas de maternité ou d'adoption, perçoivent :

- une **allocation forfaitaire de repos maternel**, réduite de 0,5% au titre de la CRDS, est égale à deux fois le montant du salaire minimum de croissance (1 472 € au 01/07/2008) soit **2 944 €**.
- une **indemnité de remplacement**, sous réserve :
 - de ne pas bénéficier des prestations en espèces de l'assurance maternité d'un autre régime de Sécurité sociale ;
 - de cesser son activité pendant au moins une semaine au cours de la durée légale du congé de maternité (comprise dans la période commençant 6 semaines avant la date présumée d'accouchement et se terminant 10 semaines après) ;
 - d'être effectivement remplacée pendant la durée de l'arrêt en présentant les justificatifs de salaire de la personne remplaçante.

6. La protection sociale du médecin

- **en cas de maternité** : versée pendant sept jours au moins compris dans la période commençant six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant dix semaines après ; la durée de versement est de 28 jours au maximum, ou sur demande de l'intéressée de 56 jours consécutifs ou non. Son montant est égal au coût réel du remplacement du ou de la bénéficiaire dans la limite d'un plafond journalier égal **49,93 €** en 2008).
- **en cas d'adoption** : versée pendant sept jours au moins à compter de la date d'arrivée de l'enfant au foyer. La durée de versement est de 14 jours au maximum ou, sur demande, de 28 jours consécutifs ou non. Le montant est calculé de la même manière qu'en cas de maternité.

➔ Les prestations paternité

- Les **hommes médecins** bénéficient sur leur demande, à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un ou plusieurs enfants, d'une **indemnité journalière forfaitaire**, dont le montant est fixé à 1/60^e du plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 46,22 € en 2008), et qui est versée pendant une durée maximale de :
 - 11 jours consécutifs, pour la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
 - 18 jours consécutifs, en cas de naissances ou d'adoptions multiples.

Le congé paternité doit débuter dans un délai de 4 mois qui suit la naissance de l'enfant ou son arrivée au foyer, mais peut, sur demande, être reporté, en cas d'hospitalisation de l'enfant après sa naissance, à la date de la fin de son hospitalisation.

Conditions : Cesser l'activité professionnelle et justifier de la filiation de l'enfant (copie de l'acte de naissance de l'enfant ou du livret de famille ou, le cas échéant, de l'acte de reconnaissance de l'enfant par le père).

- Les **conjoint collaborateurs** bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité de remplacement versée pendant **durée maximum de 11 jours** (pour une naissance simple) ou de 18 jours (pour des naissances multiples).
Son montant est égal au coût réel du remplacement du bénéficiaire dans la limite d'un plafond journalier égal à **49,93 €** en 2008.

➔ Les prestations en cas de décès du médecin en activité

Ses ayants droit peuvent bénéficier d'un **capital décès**, égal au quart du revenu annuel ayant servi de base au calcul de la cotisation échue.

Ce capital ne peut pas être inférieur à 1% du montant du plafond annuel de la Sécurité sociale applicable au jour du décès (soit 332,76 € en 2008), ni supérieur à 1/4 de ce même plafond (8 319 € en 2008).

Il s'ajoute au capital versé par le régime de retraite des médecins de la CARMF (voir infra, p.107).

Pour tout complément d'information sur l'assurance maladie du praticien conventionné : **www.ameli.fr**

6. La protection sociale du médecin

II. LE MÉDECIN AFFILIÉ AU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (RSI)

Cette affiliation concerne :

- Les médecins du secteur II (honoraires libres) ayant choisi ce régime et opté ou non pour l'option de coordination ;
- L'activité médicale pratiquée hors convention
- Les revenus perçus par le médecin quel que soit son positionnement conventionnel au titre d'une activité non salariée non agricole non médicale (droits d'auteur, expertise, autres).

II.1. Les cotisations

➔ Assiette

Revenu non salarié net imposable avant exonérations et déductions fiscales prévues à l'art L131-6 du code de la Sécurité Sociale (cf p.67 & s) et hors majoration pour non adhésion à une association de gestion agréée (AGA)

➔ Taux

6,50% , dont :

- 0,60% dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale (33 276 € en 2008) ;
- 5,90% dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (166 380 € en 2008).

Soit une **cotisation maximale** de 10 815 € en 2008.

➔ Période de référence

Du **1^{er} avril au 31 mars** de l'année suivante.

➔ Règlement

A compter du 1^{er} janvier 2008, le paiement se fait par défaut par prélèvement mensuel sauf option pour un paiement trimestriel. Le versement à s'effectue à l'organisme conventionné auquel le médecin s'est affilié ou directement sur internet (www.net-entreprises.fr)

➔ Mode de calcul

Sous forme de provision, puis régularisation sur le revenu de l'année N lorsque celui-ci est connu (voir supra p.67 et s.)

➔ Déclaration de revenus

Chaque année, les assurés doivent remplir et renvoyer **avant le 1^{er} mai** une déclaration de revenus qui leur est adressée par l'organisme conventionné auquel ils sont rattachés, et qui permet de calculer :

- la cotisation d'assurance maladie-maternité ;
- la cotisation personnelle d'allocations familiales ;
- la cotisation d'assurance vieillesse de base ;
- la CSG et la CRDS.

L'assuré qui ne retourne pas sa déclaration dans les délais peut faire l'objet d'une **taxation d'office** et se voir appliquer une **majoration**.

Déclaration Internet : www.net-entreprises.fr

6. La protection sociale du médecin

→ Cotisation minimale

Elle s'applique aux assurés ayant un résultat déficitaire ou dont les revenus d'activité de l'année précédente sont inférieurs à un revenu plancher fixé à 40% du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours (soit 13 310 € en 2008). Calculée sur la base de ce revenu, la cotisation minimale s'élève ainsi à 865 € en 2008 (13 310 € x 6,5%).



Règles particulières en début d'exercice professionnel

En début d'activité, les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur une base servant au calcul de la cotisation d'allocations familiales, soit un **revenu forfaitaire** égal à :

- **pour la 1^{ère} année d'activité** en 2008 : 18 fois le montant de la base mensuelle des prestations familiales (BMAF) en vigueur au 1^{er} octobre de l'année précédente (374,12 € en 2007), soit **6 734 €** en 2008 d'où une cotisation annuelle en 2008 de : **438 €** (6 734 x 6,5%) ;
- **pour la 2^{ème} année d'activité** en 2008 : 27 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1^{er} octobre de l'année précédente (374,12 € en 2007), soit **10 101 €** d'où une cotisation annuelle en 2008 de **656,57 €** (10 101 x 6,5%).

Attention : Ces cotisations donneront lieu à des régularisations, lorsque les revenus réels seront connus.

→ Possibilité de modulation du paiement des cotisations sur demande

Voir p.67 et suivantes.

II.2. Les prestations

Les médecins affiliés au régime des travailleurs non salariés (et leurs conjoints collaborateurs) bénéficient, depuis le 1^{er} janvier 2001, de toutes les prestations d'assurance maladie du régime général (voir supra, p.76 et suivantes), à l'exception cependant des prestations en cas de décès et des prestations en espèces (en cas d'arrêt de travail).

En maternité, il est versé aux femmes médecin, une indemnité de 1 386,60 € pour 30 jours d'arrêt, 2079,90 € pour 45 jours et 2 773 € pour 60 jours en 2008. Une allocation forfaitaire de repos maternel de 2 773 € est versée en plus des indemnités mensuelle d'arrêt de travail. En cas d'accouchement prématuré, le congé est allongé de 6 semaines avant l'accouchement. www.le-rsi.fr

GROUPE
PASTEUR
MUTUALITE



Médecins, Praticiens Hospitaliers, Chirurgiens-Dentistes,
Vétérinaires, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Sages-Femmes,
Pharmaciens, Etudiants, Podologues, Orthophonistes, ...

CONTRAT PRATICIEN HOSPITALIER

En cas d'**arrêt de travail**,
vous pouvez
perdre jusqu'à **70%**
de vos **revenus**.

Avec le **Contrat Praticien
Hospitalier AGMF**, vous
maintenez
jusqu'à **100%**
de votre **revenu net**.

Et en plus, vous protégez
vos proches.

Ce contrat est spécialement conçu pour les praticiens hospitaliers par l'Association Générale des Médecins de France et la Mutuelle Nationale des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes et Biologistes, des Etablissements de Santé Publics et Privés (MNHPP)



www.gpm.fr

A partir
de **16,12** €
par mois *

*pour un praticien hospitalier de 31 ans, temps plein sans secteur privé, 2^{ème} échelon dont la rémunération brute annuelle est de 54 505 €, avec contrat d'engagement de secteur public exclusif. Garantie incapacité option 80% du traitement net et garantie décès, option 50% du traitement annuel brut, tarifs 2008.

Pour plus d'informations : **0 810 229 505**

Prix d'un appel local

PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

MNHPP : Affiliée à l'Association Générale des Médecins de France
Régie par le code de la Mutualité - RNM 442 864 112.

AGMF : Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité
RNM n°775 666 340 - 34, bd de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17

6. La protection sociale du médecin

2^e partie : L'URSSAF

Les cotisations dues à l'URSSAF (autres que l'assurance maladie-maternité) sont :

- la cotisation personnelle d'allocations familiales ;
- la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- la contribution à la formation professionnelle (CFP) ;
- la contribution aux unions médicales (CUM).



Impôt sur le revenu

- La CRDS n'est pas déductible du revenu professionnel.
- Les cotisations d'allocations familiales, la CFP et la CUM sont intégralement déductibles du revenu professionnel ; la CSG l'est à hauteur de 5,10%.

I. LES ALLOCATIONS FAMILIALES

I.1. Les cotisations

Depuis la signature de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005, la cotisation est identique pour toutes les spécialités. Elle fixe, en revanche, des conditions à la participation financière des CPAM aux cotisations personnelles du médecin libéral et les limite aux seuls revenus tirés de l'activité conventionnée hors tout droit à dépassement.

→ Assiette A des cotisations individuelles des médecins

Revenu non salarié net imposable de l'avant-dernière année (année N-2) tiré de l'activité médicale pratiquée dans le cadre de la convention **avant** exonération et déductions fiscales (voir p.67 et s.) et hors majoration pour non adhésion à une Association de gestion agréée.

→ Assiette B servant au calcul de la participation financière aux cotisations individuelles du médecin

Revenu tel que défini ci-dessus hors de tout dépassement d'honoraire (y compris le droit permanent à dépassement).

Taux de participation des CPAM : 5% dans la limite d'un plafond annuel de la sécurité sociale (33 276 € en 2008) et 2,90% sur la partie du revenu excédant ce plafond.

→ Taux de cotisation personnelle du médecin

• Médecins généralistes et spécialistes conventionnés secteur I

- Assiette B telle que définie ci-dessus :

0,40% du plafond annuel de la sécurité sociale (33 276 € en 2008)

2,50% de la part de revenu annuel excédant 33 276 € en 2008.

- Assiette A telle que définie ci-dessus, sur la part des revenus tirée des droits permanents à dépassement et tout autre revenu non salarié non agricole :

5,40% du revenu.

6. La protection sociale du médecin

• Médecins généralistes et spécialistes conventionnés secteur II

- Assiette B telle que définie ci-dessus, part des revenus tirée des tarifs opposables perçus par le médecin adhérent et respectant l'option de coordination ouverte le 1^{er} juillet 2005 (parcours de soins) :

0,40% du plafond annuel de la sécurité sociale (33 276 € en 2008)

2,50% de la part de revenu annuel excédant 33 276 € en 2008.

- Assiette A telle que définie ci-dessus hors tarifs opposables et autres revenus non salariés non agricoles : **5,40%** du revenu.

• Médecins généralistes et spécialistes non conventionnés - tous revenus non salariés non agricoles.

5,40% du revenu professionnel non salarié non agricole.

➔ Mode de calcul

Versement sous forme de provision pour l'année n, puis régularisation sur le revenu de l'année n+ 2, lorsque le revenu n est connu (voir supra p.67 et s.).

➔ Période de référence

Du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.

➔ Règlement

A compter du 1^{er} janvier 2008, le paiement des cotisations s'effectue par défaut par prélèvement mensuel, le 5 ou le 20 de chaque mois. Le paiement trimestriel reste possible, l'option doit être exercée avant le 1^{er} novembre pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

➔ Déclaration de revenus

Possibilité de déclarer sur internet : www.net-entreprises.fr

Chaque année, les assurés doivent remplir et renvoyer **avant le 1^{er} mai** une déclaration de revenus qui leur est adressée par l'organisme conventionné auquel ils sont rattachés, et qui permet de calculer :

- la cotisation d'assurance maladie-maternité ;
- la cotisation personnelle d'allocations familiales ;
- la cotisation d'assurance vieillesse de base ;
- la CSG et la CRDS.



Dispense de cotisations

Sont remboursés, sur demande de l'affilié ; des cotisations allocations familiales, CSG, CRDS déjà versées par les médecins dont le revenu professionnel est inférieur au minimum soumis à cotisation, **4 489 € en 2008** (base annuelle de l'allocation familiale de l'année précédente).

Pour tout renseignement complémentaire :

www.urssaf.fr

www.net-entreprises.fr

www.caf.fr

6. La protection sociale du médecin



Règles particulières en début d'exercice professionnel

Les cotisations sont calculées sur la base d'un revenu forfaitaire égal à :

- **pour la 1^{ère} année d'activité en 2008** : 18 fois le montant de la base mensuelle des prestations familiales (BMAF) en vigueur au 1^{er} octobre de l'année précédente (374,12 € en 10/2007), soit **6 734 €** en 2008 d'où une cotisation annuelle de :
 - **26,94 €** pour un médecin du secteur I revenus conventionnés hors dépassement
 - **26,94 €** pour un médecin du secteur II sur les tarifs opposables (option coordination)
 - **363,64 €** pour les autres revenus non salariés non agricoles.
- **pour la 2^{ème} année d'activité en 2008** : 27 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1^{er} octobre de l'année précédente (374,12 € en 10/2007), soit **10 101 €** d'où une cotisation annuelle en 2008 de :
 - **40,40 €** pour un médecin du secteur I revenus conventionnés hors dépassement
 - **40,40 €** pour un médecin du secteur II sur les tarifs opposables (option coordination)
 - **545,50 €** pour les autres revenus non salariés non agricoles.

Attention : Ces cotisations donneront lieu à des régularisations, lorsque les revenus réels seront connus.

→ Possibilité de modulation du paiement des cotisations sur demande

Voir p.67 et suivantes.

Reprise d'activité après absence pour raison de santé :

La reprise d'activité est, quelle qu'en soit la date, assimilée à un début d'activité pour le calcul des cotisations lorsque la cessation d'activité est intervenue pour raison de santé, ou par suite d'appel ou de rappel sous les drapeaux et qu'il est justifié de la cession du cabinet au cours de la période d'inactivité.

La dérogation est applicable aux internes quand la cessation d'activité est intervenue au cours de leur période d'internat.

1.2. Les prestations familiales

Les médecins libéraux relèvent, pour les allocations familiales, du régime général.

Ils sont donc bénéficiaires, sous réserve de certaines adaptations tenant aux modalités d'exercice de leur profession, des mêmes prestations que les salariés (par exemple : allocation pour jeune enfant, allocation parentale d'éducation, de garde d'enfant à domicile, etc.).

Pour tout renseignement complémentaire :
www.caf.fr

6. La protection sociale du médecin

II. LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE ET LA CONTRIBUTION AU REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CSG ET CRDS)

➔ Assiette

Revenu non salarié net imposable de l'avant-dernière année (n-2) *hors majoration pour non adhésion AGA* :

- **avant** déduction des cotisations sociales personnelles obligatoires (maladie, maternité, retraite, invalidité, décès, allocations familiales), abondements éventuel versés sur un Plan d'épargne entreprise (PEE) ou Plan d'épargne retraite collectif (PERCO), sommes versées au titre d'un accord d'intéressement (si bénéficiaire en tant que dirigeant non salarié)

et

- **avant** exonérations et déductions fiscales prévues pour les **BNC** et/ou **BIC** (art L 131-6 CSS).

Voir détail p.67 et suivantes.

➔ Taux

(global et unique) : **8%** au 1^{er} janvier 2008, dont 7,50% au titre de la CSG et 0,50% au titre de la CRDS.

➔ Règlement

Voir les cotisations d'allocations familiales (supra, p.84).



Dispense de cotisations

Sont remboursés sur demande de l'affilié, des cotisations CSG / CRDS déjà versées, les médecins dont le revenu professionnel est inférieur au minimum soumis à cotisation (**4 489 € en 2008**).



Règles particulières en début d'exercice professionnel

La contribution est calculée sur les mêmes bases que la cotisation d'allocations familiales (voir supra), soit sur la base d'un revenu forfaitaire égal à :

- **pour la 1^{ère} année d'activité en 2008** : 6 734 € (x 8%)
d'où une contribution en 2008 de **539 €**
- **pour la 2^{ème} année d'activité en 2008** : 10 101,24 € (x 8%)
d'où une contribution en 2008 de **808 €**

Attention : ces cotisations donneront lieu à des régularisations, lorsque les revenus réels seront connus.

➔ Possibilité de modulation du paiement des cotisations sur demande

Voir p.67 et suivantes.

6. La protection sociale du médecin

III. LA CONTRIBUTION À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

→ Taux

0,15% du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année précédant la mise en recouvrement (soit 50 € en 2008).

→ Règlement

Prélevée le **5 ou 20 février** de chaque année. Option paiement trimestriel, le paiement se fait avec le 1^{er} trimestre de chaque année.

Pour en savoir plus sur les prestations, voir le site du **Fonds d'assurance formation de la profession médicale** : <http://www.faf-pm.org>



Sont exonérées du versement de la contribution,

exigible en 2008, les personnes dont les revenus professionnels sont inférieurs à **4 489 €** (plafond annuel 2008 de calcul des allocations familiales).

• Conjoint collaborateur :

Le conjoint collaborateur, s'il est dispensé de participation aux autres contributions et cotisations maladie et allocations familiales, doit s'acquitter d'une cotisation à la formation professionnelle fixée à 0,24% du plafond annuel de la sécurité sociale soit **80 €** en 2008.

IV. LA CONTRIBUTION AUX UNIONS MÉDICALES (CUM)

Elle est due par tout médecin libéral exerçant dans le cadre du régime conventionnel au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est appelée.

→ Taux

0,50% du revenu dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier (soit une contribution maximale de 166,38 € en 2008).

→ Règlement

Avant le 15 mai de chaque année.

6. La protection sociale du médecin

3^e partie : Retraite et prévoyance obligatoires

Les régimes obligatoires de retraite et d'assurance invalidité-décès (prévoyance) des médecins libéraux sont gérés par la **Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF)**, organisme obligatoire pour tous les médecins exerçant à titre libéral en France métropolitaine et dans les DOM (cabinet, société ou secteur privé hospitalier, remplaçants thésés, expertise...), même s'ils exercent, par ailleurs, une activité salariée.

CARMF

44, rue Saint-Ferdinand, 75017 Paris

Tél. : 01.40.68.32.00 - Serveur vocal : 01.40.68.33.72 - www.carmf.fr

Email / Fax : • Cotisants - affiliation : 01.55.37.99.78 / affiliations.cotis@carmf.fr

• Allocataires : 01.45.72.03.56 / allocataires@carmf.fr

• Prestations réversion : 01.40.68.32.99 / prestation.reversion@carmf.fr



Depuis la loi du 2 août 2005 en faveur des Petites et Moyennes Entreprises, l'affiliation du conjoint collaborateur aux régimes d'assurance vieillesse de base et complémentaire ainsi qu'à l'assurance invalidité / décès est obligatoire.

I. LES COTISATIONS



Impôt sur le revenu

Les cotisations obligatoires aux régimes de base et complémentaires d'assurance vieillesse et invalidité-décès sont intégralement déductibles du revenu professionnel.

I.1. Retraite (assurance vieillesse)

Les taux, montants et modes de calcul de chaque régime sont récapitulés dans le tableau infra.

➔ **Règlement**

La déclaration des revenus est annuelle. Les cotisations sont exigibles annuellement et d'avance, payables en deux fois. Elles sont calculées à titre provisionnel, sur les revenus de l'année N-2 et feront l'objet d'une régularisation lorsque les revenus de l'année N seront connus.

- versement du premier acompte avant le 28 (ou 29) février,
- versement du solde avant le 31 juillet.

(sauf option pour le prélèvement mensuel : voir supra, p.67 et s.).

Attention : les cotisations réglées plus de 5 ans après leur exigibilité ne donnent pas de points de retraite au titre des régimes de base et complémentaire vieillesse.

6. La protection sociale du médecin

I.1.1 Régime de base

→ Assiette

Revenu non salarié net imposable tiré de l'activité médicale avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC (L131-6 CSS) et hors majoration pour non adhésion à une association de gestion agréée (voir supra).

Le revenu est divisé en 2 tranches auxquelles sont affecté un taux spécifique de cotisation :

- **tranche 1** : **8,6%** du revenu dans la limite de 85% du plafond annuel de la Sécurité sociale (28 285 € en 2008), soit un maximum de 2 433 €.
- **tranche 2** : **1,6%** sur la part de revenu supérieure à la tranche 1 et inférieure à 5 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (166 380 € en 2008), soit un maximum de 2 210 € ((160 380 – 28 285) x 1,6%).

Soit une cotisation annuelle **maximale de 4 643 €**.



Dispenses, réductions et exonérations de cotisations

La loi du 21 août 2003 a supprimé, à effet du 1^{er} janvier 2004 :

- la dispense de début de carrière (pour la 1^{ère} année d'activité) ;
- la dispense de fin de carrière (à partir de 65 ans) ;
- les réductions pour insuffisance de revenus ;
- les exonérations pour accouchement et invalidité.

→ Cotisation minimale

Elle s'applique aux médecins dont les revenus annuels sont inférieurs à 200 fois le montant horaire du SMIC en vigueur le 1^{er} janvier de l'année considérée soit 1 688 € pour 2008. Elle est calculée sur la base de ce revenu et s'élève à **145 € en 2008** ce qui permet de valider 1 trimestre par an.

→ Exonération des cotisations pour raisons de santé

Après 6 mois d'arrêt total en continu, l'affilié bénéficie d'une exonération totale des cotisations au régime de base avec acquisition de 400 points gratuits. La demande doit être adressée avant l'expiration du premier trimestre de l'année suivant celle pour laquelle l'exonération est demandée.



Règles particulières en début d'exercice professionnel

Les cotisations sont calculées sur la base d'un revenu forfaitaire voir URSSAF Allocations familiales égal à :

- **pour la 1^{ère} année d'activité (en 2008)** : 18 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1^{er} octobre de l'année N-1, soit **6 734 €**
d'où une cotisation annuelle en 2008 de **579 €** (6 734 € x 8,6%).
- **pour la 2^e année d'activité (en 2008)** : 27 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1^{er} octobre de l'année N-1, soit **9 932 €**
d'où une cotisation annuelle en 2008 de **854 €** (9 932 € x 8,6%).

6. La protection sociale du médecin

La reprise d'activité qui intervient postérieurement au 31 décembre de l'année civile qui suit celle de la cessation d'activité est assimilée à un début d'activité pour le calcul de la cotisation.

I.1.2 Régime complémentaire

➔ Assiette

Revenu non salarié net imposable tiré de l'activité médicale avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC (L131-6 CSS) hors majoration pour non adhésion à une association de gestion agréée (voir supra).

Cotisation : **9,1%** dans la limite de 110 100 € soit une cotisation **maximale de 10 019 €**.

➔ Exonération des cotisations pour raisons de santé

Après 3 mois d'arrêt total en continu, l'affilié bénéficie d'une exonération totale des cotisations d'un semestre au régime complémentaire avec acquisition de 2 points retraite. Après 6 mois d'arrêt, l'exonération porte sur 100% de la cotisation annuelle avec acquisition de 4 points retraite.

La demande doit être adressée avant l'expiration du premier trimestre de l'année suivant celle pour laquelle l'exonération est demandée.

➔ Dispense de cotisation pour insuffisance de revenus

(sur demande de l'affilié)

BAREME 2008	
Revenu imposable 2007 du médecin et de son conjoint	Taux de dispense
Jusqu'à 4 300 €	100%
de 4 301 € à 10 700 €	75%
de 10 701 € à 17 000 €	50%
de 17 001 € à 24 400 €	25%
plus de 24 400 €	0



Règles particulières en début d'exercice professionnel

Les médecins âgés de moins de 40 ans sont dispensés de cotisations les 1^{ère} et 2^{ème} années d'activité. (voir infra, tableau récapitulatif des cotisations).

I.1.3 Régime supplémentaire

➔ Participation des caisses primaires d'assurance maladie

Pour les médecins conventionnés secteur I uniquement, les CPAM participent à la cotisation à hauteur de **2 520 €**.

La cotisation est due dès la 1^{ère} année d'activité par les médecins conventionnés uniquement et son montant est de : Secteur I : **1 260 €**

Secteur II : **3 780 €**

6. La protection sociale du médecin

➔ Dispense de cotisation pour insuffisance de revenus

Une dispense de cotisation est accordée, sur demande, si le revenu non salarié net perçu l'année précédente est inférieur à 11 000 € (montant 2008).

1.1.4. Allocation de remplacement de revenu (ADR) ou MICA (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité)

La cotisation est due par les médecins conventionnés uniquement.

➔ Assiette

Revenu net imposable tiré de l'activité médicale conventionnée secteur I ou II uniquement, avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC (L131-6 CSS) hors majoration pour non adhésion Association de gestion agréée.

➔ Participation des caisses primaires d'assurance maladie

La caisse primaire d'assurance maladie participe à la cotisation à hauteur de 0,275%. Le taux de cotisation est de **0,125%**.



Règles particulières en début d'exercice professionnel

La cotisation n'est pas due la première année.

La deuxième année, le taux de cotisation s'applique à un montant forfaitaire représentant 25% du plafond annuel de la sécurité social (33 276 €) **soit 10 €**.

La troisième année, la base de cotisation est égale à 50% du même plafond, soit 16 638 €, la cotisation due étant alors de **21 €**.



Attention

Ce régime sert à financer la préretraite des médecins engagés dans cet accord. Depuis le 1^{er} Octobre 2003, le régime est fermé. (Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2003)

1.2. Prévoyance (assurance invalidité-décès)

La cotisation, forfaitaire, est due **dès la 1^{ère} année d'activité** par tous les médecins au titre de leur activité médicale non salariée.

Le montant s'élève en 2008 à **652 €**.

Estimation en ligne des cotisations CARMF : www.carmf.fr

6. La protection sociale du médecin

1.3. Conjoint collaborateur

L'affiliation du conjoint collaborateur, désormais obligatoire, à la CARMF lui donne droit à diverses prestations familiales : allocation de garde d'enfant, allocation parentale d'éducation, droits à la formation, constitution d'une retraite personnelle.

Le conjoint collaborateur choisit pour une période de 3 ans l'assiette, pour chacun des régimes de base et complémentaire, sur laquelle les cotisations vont être calculées.

• Régime de base :

- Choix 1 : une assiette forfaitaire de 14 142,50 € en 2008, l'assiette applicable aux cotisations dues par le médecin étant l'intégralité des revenus.
- Choix 2 : 25% ou 50% du revenu du médecin, l'assiette applicable aux cotisations dues par le médecin étant l'intégralité des revenus.
- Choix 3 : Partage de l'assiette entre le médecin et le conjoint à 25% / 75% ou 50% / 50%

• Régime complémentaire :

- Choix 1 : Cotisation égale à 25% de la cotisation du médecin, l'assiette applicable aux médecins étant l'intégralité du revenu.
- Choix 2 : Cotisation égale à 50% de la cotisation du médecin, l'assiette applicable aux médecins étant l'intégralité du revenu.

6. La protection sociale du médecin

Tableaux récapitulatifs des cotisations du médecin libéral

Médecin libéral - assiette et taux des cotisations aux régimes de retraite :

	Part des revenus tirée de l'activité libérale médicale Conventionnée Secteur I ou II		Part des revenus tirée d'activités non salariées hors convention	
	Revenu sect. I tiré des tarifs conventionnés hors DPD** ou secteur II tiré des tarifs opposables ³ hors autres honoraires	Revenu sect I tiré des DPD** hors tarifs opposables ³	Activité médicale hors convention,	Autres activités non salariées non agricoles : expertises, droits d'auteur etc..
Régimes de retraite de base				
Organisme gestionnaire	CARMF			
Assiette des cotisations	Revenu non salarié + dividendes (cf. p.73) net imposable avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC ou BIC (LI31-6 CSS) ¹ hors majoration pour non adhésion AGA ²			
	Année n-2			
Taux de cotisation	Tranche de revenu 1 : 8,6% - Tranche de revenu 2 : 1,6%			
Régimes de retraite complémentaire				
Organisme gestionnaire	CARMF			
Assiette des cotisations	Revenu non salarié + dividendes (cf. p.73) net imposable avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC ou BIC (LI31-6 CSS) ¹ hors majoration pour non adhésion AGA ²			
	Année n-2			
Taux de cotisation	9,1% d'un revenu plafonné			
ASV - Allocation Supplémentaire Vieillesse des médecins conventionnés				
Organisme gestionnaire	CARMF			Sans objet
Taux de participation CPAM	Secteur I : 66,66% : 2 520 € en 2008	Secteur II : sans objet		
Cotisation forfaitaire	1 200 € en 2008	3 780 € en 2008		
Prévoyance				
Organisme gestionnaire	CARMF			Selon caisse
Taux de cotisation	Incapacité temporaire / Invalidité / Décès : 652 € en 2008			
Allocation de remplacement de revenu				
Organisme gestionnaire	CARMF			Sans objet
Organisme gestionnaire	Revenu net imposable + dividendes (cf. p.73) uniquement tiré de l'activité médicale conventionnée secteur I ou II avant exonérations et déductions fiscales prévues pour les BNC (LI31-6 CSS) ¹ hors majoration pour non adhésion AGA ²			
	hors majoration pour non adhésion AGA ¹ - Année n-2			
Taux de cotisation	Taux de participation CPAM : 0,125% soit une cotisation de : 0,255%			

¹ Régime micro-BNC : diminué de l'abattement pour frais de 34% - Détail des exonérations : voir supra, p.59 • ² AGA = Association de Gestion Agréée • ³ Si le médecin a adhéré à l'option de coordination et respecté son engagement (qu'il ait opté pour la Sécurité Sociale ou pour le RSI)
* PASS 2008 (Plafond annuel de la Sécurité Sociale) : 33 276 € • ** DPD : droit permanent à dépasement

6. La protection sociale du médecin

Cotisation C.A.R.M.F. 2008 :

	2008 est la 1 ^{ère} année	2008 est la 2 ^e année	2008 est la 3 ^e année	2008 est la 4 ^e année
Régime de base (commun à toutes les professions libérales). Cotisation proportionnelle aux revenus	579 € sur demande du médecin, aucune cotisation n'est appelée les 12 premiers mois d'exercice Le paiement peut être étalé sur 5 ans maximum sans majoration de retard	854 €	8,6% des revenus non salariés nets de 2006 dans la limite de 28 285 € + 1,6% de la part de revenu supérieure à cette 1 ^{ère} tranche dans la limite de 166 380 € (cotisation maximale : 4 643 €)	
Cotisation minimale : 145 € si revenus < 1 688 €				
Régime complémentaire (obligatoire pour tout médecin libéral). Cotisation proportionnelle aux revenus	0 € (pour les médecins âgés de moins de 40 ans)		9,10% des revenus non salariés nets de 2006 dans la limite de 110 100 € (cotisation maximale : 10 019 €) <i>Dispense si revenu impossible familial < 24 400 €</i>	
Régime supplémentaire (ASV) (médecins conventionnés secteurs I et II) Cotisation forfaitaire			secteur I : 1 260 € secteur II : 3 780 € <i>Dispense si revenu professionnel non salarié est inférieur à 11 000 € ou sous conditions de prise en charge partielle par le fonds d'action sociale</i>	
Régime invalidité-décès (obligatoire pour tout médecin libéral) Cotisation forfaitaire		652 €		
Régime allocation de remplacement de revenu (MICA) (médecins conventionnés secteurs I et II) Cotisation proportionnelle aux revenus	0 €	10 €	21 €	0,125% du revenu conventionnel net de 2006
TOTAL SECTEUR I	2 491 €	2 776 €	à calculer selon revenus	
TOTAL SECTEUR II	5 011 €	5 296 €	à calculer selon revenus	

6. La protection sociale du médecin

II. LES PRESTATIONS

La loi du 21 août 2003 a modifié, à effet du 1^{er} janvier 2004, les règles applicables au régime de base des professions libérales.

II.1. La retraite


Les **conditions de liquidation** sont communes aux régimes de base, complémentaire et supplémentaire.

L'âge légal de la retraite est **60 ans avec 40 années d'assurance (*)**, ou **65 ans** quelle que soit la durée d'assurance.

La retraite peut cependant être attribuée, de façon anticipée, à partir de **60 ans** et avec **moins de 40 années d'assurance ou 160 trimestres (tous régimes confondus) (*)** :

- **avec application d'un coefficient de minoration** : **1,25%** de décote par trimestre manquant, (ou **5%** par année manquante) par rapport à la durée d'assurance requise (40 années), ou par rapport à la durée séparant la date de prise de retraite et le 65^{ème} anniversaire - le plus petit de ces deux nombres étant retenu ;
- **sans application d'un coefficient de minoration**, en cas d'incapacité au travail, invalidité de guerre, ancien prisonnier, déporté, interné, résistant.

A noter que la liquidation de la retraite de base **après 65 ans, ou 60 ans avec plus de 40 années d'assurance (*)** permet de bénéficier d'une majoration de **0,75% par trimestre**, soit 3% par année différée, après la cessation d'activité professionnelle libérale uniquement.

 **La retraite ne peut être perçue que si le médecin a préalablement cessé son activité libérale** et est à jour de ses cotisations. (sauf cumul permis par la loi du 21 août 2003 : voir infra, p.103).

La poursuite ou la reprise d'une activité autre que libérale est sans incidence sur le versement de la retraite perçue au titre de l'activité libérale.

() jusqu'en 2008 ; nombre porté ensuite à 41 en 2012, au rythme d'1 trimestre supplémentaire par an.*

Mode de calcul connu à l'ensemble des régimes de retraite.

Montant de l'allocation annuelle

= valeur du point de retraite x nombre total de points de retraite acquis

II.1.1 La retraite de base

Valeur du point de retraite de base : 0,518 € en 2008.

Nombre de points de retraite de base attribués par année de cotisation :

- **450** maximum sur la 1^{ère} tranche de cotisation,
- **100** maximum sur la 2^{nde} tranche de cotisation.

6. La protection sociale du médecin

Le nombre de points de retraite acquis est calculé au prorata des cotisations acquittées sur chacune des tranches de revenus, arrondi à la décimale la plus proche.

Le nombre de points acquis avant le 1^{er} janvier 2005 doit être multiplié par 100.

Revenu annuel	Nombre de points de retraite attribués par an
< 28 285 €	revenu x (450 / 28 285)
= 28 285 €	450
> 28 285 € et < 166 380 €	450 + (revenu - 28 285) x [(100 / (166 380 - 28 285))] = 450 + (revenu - 28 285) x (100 / 166 380)
≥ 166 380 €	450 + 100 = 550

Exemple : un médecin débutant son activité libérale à 30 ans en 2008 et percevant, par hypothèse, un revenu annuel constant de 60 000 € jusqu'à ses 65 ans, aura acquis, sur la base des valeurs 2008 :

$$450 + (60\ 000 - 28\ 285) \times (100 / 138\ 564) = 473 \text{ points}$$

et percevra une retraite annuelle en 2008 de :

$$0,518 \text{ €} \times 473 \text{ points} \times 35 \text{ ans} = 8\ 575,49 \text{ €}$$

Attention : La loi du 21 août 2003 a supprimé, à effet du 1^{er} janvier 2004, la majoration de l'allocation de base pour conjoint à charge.

➔ Points supplémentaires

Il est accordé des points supplémentaires de retraite dans les cas suivants :

- **100 points** de retraite gratuits pour la **femme médecin ayant accouché**, au titre du trimestre au cours duquel est intervenu l'accouchement ;
- **200 points** de retraite gratuits pour le **médecin invalide en exercice** obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- **400 points** de retraite gratuits aux assurés exonérés de cotisations pour incapacité d'exercice de la profession de plus de 6 mois.

Attribution de trimestre : il est attribué 1 trimestre d'assurance par tranche de revenu égale à 1 688 €, avec un maximum de 4 trimestres par an. Dans la détermination de la durée d'assurance entrent en ligne de compte les périodes ci-dessous :

- périodes de cotisations
(1 trimestre par tranche de revenu égale à 200 SMIC horaires dans la limite de 4),
- périodes d'exonération pour maladie et accouchement
(naissances antérieures au 1^{er} janvier 2004),
- périodes d'exonérations accordées aux créateurs d'entreprises anciens chômeurs non indemnisés et ayant perçu le RMI,
- périodes d'exonérations pour impécuniosité,
- périodes de bénéfice de la rente d'invalidité dans le cadre du régime invalidité-Décès,
- périodes de service national obligatoire, de mobilisation ou de captivité.

Ne sont pas prises en compte les périodes non cotisées (dispenses des premières années d'exercice ou pour insuffisance de revenu libéral).

6. La protection sociale du médecin

→ Rachat de points

Pour permettre de réunir les 40 ans d'assurance, la loi du 21 août 2003 a prévu que les médecins puissent racheter, **dans la limite de 12 trimestres maximum** :

- les **années d'études** accomplies dans des établissements d'enseignement supérieur ayant donné lieu à l'obtention d'un diplôme, à condition de n'avoir pas cotisé à un régime de retraite de base obligatoire pendant ces années ;
- les **années civiles incomplètes**, c'est-à-dire les années où les cotisations versées au régime de base n'ont pas permis la validation de quatre trimestres par année de cotisations (1^{ère} année d'affiliation ayant donné lieu à dispense ou pour revenus insuffisants).

Le dispositif est ouvert aux assurés âgés d'au moins 20 ans (décret n° 2006-879 du 17 juillet 2006).

Deux options sont proposées :

• Le rachat de trimestres

permet de réduire ou de supprimer la décote (de 1,25% par trimestre) appliquée du fait que la durée d'assurance n'est pas atteinte.

Rachat de points

Peuvent racheter des points, dès l'âge de 45 ans, les affiliés, à jour de leurs cotisations.

Tableau CARMF

Coût du rachat en 2008	Médecin : 1 001,91 € Conjoint survivant : 601,15 €
Supplément annuel d'allocation pour 1,33 point	Pour 1 trimestre racheté : 96,43 € (pour une retraite à 65 ans) et 57,86 € pour le conjoint survivant à 60 ans

Pour un trimestre racheté, il est accordé 0,33 point gratuit en sus du point racheté.

Service National : les médecins peuvent racheter les années passées sous les drapeaux ou dans la coopération. Chaque trimestre civil effectué partiellement ou totalement permet le rachat d'un trimestre.

Femmes médecins : des modifications statutaires votées par le Conseil d'Administration de la CARMF en faveur des femmes médecins viennent d'être approuvées par un arrêté publié au Journal Officiel du 9 avril 2008. Désormais, les femmes médecins peuvent racheter 3 trimestres par enfant né pendant les périodes d'exercice professionnel au lieu de deux.

Achat de points

Un achat de points est possible lorsque la moyenne des points acquis depuis l'affiliation n'atteint pas 4 par an.

Coût du rachat en 2008	Médecin : 1 541,40 € Conjoint survivant : 924,84 €
Supplément annuel d'allocation pour 1 point	Pour 1 trimestre racheté : 72,50 € (pour une retraite à 65 ans) et 43,50 € pour le conjoint survivant à 60 ans

6. La protection sociale du médecin

Régime de Base : extrait du barème du versement de rachat de trimestres en 2007

Revenu visé au 3° de l'article D 643-6 du code de la Sécurité Sociale :

Âge	Jusqu'à 24 957 €	de 24 957 € à 26 621 €	de 26 621 € à 28 285 €	de 28 285 € à 29 948 €	de 29 948 € à 31 612 €	de 31 612 € à 33 276 €	33 276 € et plus
35	1 165 €	1 180 €	1 243 €	1 320 €	1 324 €	1 327 €	1 331 €
36	1 212 €	1 228 €	1 293 €	1 374 €	1 377 €	1 381 €	1 385 €
37	1 260 €	1 277 €	1 344 €	1 428 €	1 432 €	1 436 €	1 439 €
38	1 309 €	1 326 €	1 396 €	1 483 €	1 487 €	1 491 €	1 495 €
39	1 358 €	1 376 €	1 448 €	1 539 €	1 543 €	1 547 €	1 551 €
40	1 408 €	1 427 €	1 502 €	1 595 €	1 600 €	1 604 €	1 608 €
41	1 458 €	1 478 €	1 555 €	1 653 €	1 657 €	1 661 €	1 666 €
42	1 509 €	1 529 €	1 610 €	1 710 €	1 715 €	1 719 €	1 724 €
43	1 560 €	1 581 €	1 664 €	1 768 €	1 773 €	1 778 €	1 782 €
44	1 612 €	1 633 €	1 719 €	1 827 €	1 832 €	1 836 €	1 841 €
45	1 664 €	1 686 €	1 774 €	1 885 €	1 890 €	1 895 €	1 901 €
46	1 716 €	1 738 €	1 830 €	1 944 €	1 949 €	1 955 €	1 960 €
47	1 768 €	1 791 €	1 886 €	2 003 €	2 009 €	2 014 €	2 019 €
48	1 820 €	1 844 €	1 941 €	2 062 €	2 068 €	2 074 €	2 079 €
49	1 872 €	1 897 €	1 997 €	2 122 €	2 127 €	2 133 €	2 139 €
50	1 924 €	1 950 €	2 052 €	2 181 €	2 186 €	2 192 €	2 198 €
51	1 976 €	2 002 €	2 108 €	2 240 €	2 246 €	2 252 €	2 258 €
52	2 028 €	2 055 €	2 163 €	2 298 €	2 304 €	2 311 €	2 317 €
53	2 079 €	2 107 €	2 218 €	2 357 €	2 363 €	2 369 €	2 376 €
54	2 131 €	2 159 €	2 273 €	2 415 €	2 421 €	2 428 €	2 434 €
55	2 181 €	2 210 €	2 327 €	2 472 €	2 479 €	2 485 €	2 492 €
56	2 332 €	2 261 €	2 380 €	2 529 €	2 536 €	2 543 €	2 550 €
57	2 281 €	2 312 €	2 434 €	2 586 €	2 593 €	2 599 €	2 606 €
58	2 331 €	2 362 €	2 486 €	2 641 €	2 648 €	2 655 €	2 663 €
59	2 379 €	2 411 €	2 538 €	2 696 €	2 703 €	2 711 €	2 718 €
60	2 427 €	2 459 €	2 589 €	2 750 €	2 758 €	2 765 €	2 772 €
61	2 377 €	2 409 €	2 536 €	2 694 €	2 702 €	2 709 €	2 716 €
62	2 325 €	2 356 €	2 480 €	2 635 €	2 642 €	2 649 €	2 656 €
63	2 270 €	2 301 €	2 422 €	2 573 €	2 580 €	2 587 €	2 594 €
64	2 213 €	2 243 €	2 361 €	2 508 €	2 515 €	2 522 €	2 528 €
65	2 153 €	2 182 €	2 297 €	2 440 €	2 447 €	2 453 €	2 460 €

6. La protection sociale du médecin

• Le rachat de trimestres et de points

Il permet de réduire ou de supprimer la décote et d'obtenir des points de retraite supplémentaires dont le nombre varie de 99,3 à 113,4 par trimestre validé.

Régime de base : barème du versement de rachat de trimestre et de points

Revenu visé au 3° de l'article D 643-6 du code de la Sécurité Sociale :

Âge	Jusqu'à 24 957 €	de 24 957 € à 26 621 €	de 26 621 € à 28 285 €	de 28 285 € à 29 948 €	de 29 948 € à 31 612 €	de 31 612 € à 33 276 €	33 276 € et plus
35	1 726 €	1 749 €	1 841 €	1 956 €	1 962 €	1 967 €	1 972 €
36	1 796 €	1 820 €	1 916 €	2 036 €	2 041 €	2 047 €	2 052 €
37	1 867 €	1 892 €	1 992 €	2 116 €	2 122 €	2 128 €	2 133 €
38	1 939 €	1 965 €	2 069 €	2 198 €	2 204 €	2 210 €	2 216 €
39	2 012 €	2 039 €	2 146 €	2 281 €	2 287 €	2 293 €	2 299 €
40	2 086 €	2 114 €	2 225 €	2 364 €	2 371 €	2 377 €	2 383 €
41	2 161 €	2 190 €	2 305 €	2 449 €	2 456 €	2 462 €	2 469 €
42	2 236 €	2 266 €	2 385 €	2 534 €	2 541 €	2 548 €	2 555 €
43	2 312 €	2 343 €	2 466 €	2 620 €	2 627 €	2 634 €	2 641 €
44	2 388 €	2 420 €	2 548 €	2 707 €	2 714 €	2 721 €	2 729 €
45	2 465 €	2 498 €	2 630 €	2 794 €	2 801 €	2 809 €	2 816 €
46	2 542 €	2 576 €	2 712 €	2 881 €	2 889 €	2 897 €	2 904 €
47	2 620 €	2 654 €	2 794 €	2 969 €	2 977 €	2 985 €	2 993 €
48	2 697 €	2 733 €	2 877 €	3 056 €	3 065 €	3 073 €	3 081 €
49	2 774 €	2 811 €	2 959 €	3 144 €	3 152 €	3 161 €	3 169 €
50	2 851 €	2 889 €	3 041 €	3 232 €	3 240 €	3 249 €	3 258 €
51	2 928 €	2 967 €	3 124 €	3 319 €	3 328 €	3 337 €	3 346 €
52	3 005 €	3 045 €	3 206 €	3 406 €	3 415 €	3 424 €	3 433 €
53	3 082 €	3 123 €	3 278 €	3 492 €	3 502 €	3 511 €	3 521 €
54	3 157 €	3 200 €	3 368 €	3 578 €	3 588 €	3 598 €	3 607 €
55	3 233 €	3 276 €	3 448 €	3 664 €	3 674 €	3 683 €	3 693 €
56	3 307 €	3 351 €	3 528 €	3 748 €	3 758 €	3 768 €	3 778 €
57	3 381 €	3 426 €	3 606 €	3 832 €	3 842 €	3 852 €	3 862 €
58	3 454 €	3 500 €	3 684 €	3 914 €	3 925 €	3 935 €	3 946 €
59	3 526 €	3 573 €	3 761 €	3 996 €	4 006 €	4 017 €	4 028 €
60	3 596 €	3 644 €	3 836 €	4 076 €	4 087 €	4 098 €	4 109 €
61	3 523 €	3 570 €	3 758 €	3 993 €	4 004 €	4 014 €	4 025 €
62	3 446 €	3 492 €	3 676 €	3 905 €	3 916 €	3 926 €	3 937 €
63	3 365 €	3 409 €	3 589 €	3 813 €	3 823 €	3 834 €	3 844 €
64	3 280 €	3 323 €	3 498 €	3 717 €	3 727 €	3 737 €	3 747 €
65	3 191 €	3 233 €	3 404 €	3 616 €	3 626 €	3 636 €	3 645 €

6. La protection sociale du médecin

➔ Pension de réversion au conjoint survivant

Depuis le 1^{er} juillet 2004, le conjoint survivant de l'assuré décédé ou disparu depuis plus d'un an, a droit à une pension de réversion égale à 54% de la pension principale dont bénéficiait l'assuré décédé ou disparu, **sans condition de durée de mariage, ni de non-remariage.**

Attention : conjoint bénéficiaire doit être marié - le pacs et la vie maritale ne sont pas reconnus. En cas de divorce, la pension est partagée.

La pension de réversion, ne peut être inférieure au montant minimum de base, fixé à 261 € par mois au 01/01/2008, lorsqu'elle correspond à une durée d'assurance du médecin d'au moins 15 années (soit 60 trimestres). Lorsque cette durée d'assurance est inférieure à 60 trimestres, le montant minimum de base est réduit proportionnellement au nombre trimestres effectivement réalisés.

*Exemple : un médecin dispose de 50 trimestres cotisés. A son décès, le montant minimum de base de la pension **mensuelle** de réversion qui pourra être reversée à son conjoint en 2008 sera égale à : $261 \text{ €} \times (60-10) / 60 = 217,50 \text{ €}$*

• Conditions d'âge

Jusqu'en 2010, le conjoint survivant est soumis à une condition d'âge minimal, qui diminue progressivement selon le calendrier suivant,

âge	date d'effet de la pension
- 51 ans	du 01/07/2007 au 30/06/2009,
- 50 ans	du 01/07/2009 au 31/12/2010,

Dès le 01/01/2011, plus aucune condition d'âge ne sera exigée.

• Conditions de cumul avec un droit personnel de retraite ou d'invalidité

Supprimée.

• Conditions de ressources

la pension est versée sous réserve que les ressources personnelles du conjoint survivant, n'excèdent pas un **plafond annuel** fixé par décret :

- s'il vit seul : 2080 x le taux horaire du Smic soit **17 555,20 €** au 01/07/2007,
- s'il vit en couple : 1,6 x le plafond applicable aux personnes seules (ci-dessus), soit **28 088,32 €** au 01/01/2008.

Les ressources prises en compte sont celles des 3 mois civils précédant la date d'effet de la pension. Si ces ressources excèdent le quart du plafond annuel (4 388,80 € pour une personne seule, ou 7 022,08 € en cas de ménage), les revenus pris en compte sont ceux des 12 derniers mois civils comparés au plafond annuel (17 555,20 €) pour une personne seule, ou 28 088,32 € en cas de ménage).

Si les revenus viennent à dépasser ces plafonds, le montant est diminué du montant de dépassement.

6. La protection sociale du médecin

II.1.2 La retraite complémentaire

Valeur du point de retraite complémentaire : **72,50 €** en 2008.

Nombre de points de retraite complémentaire attribués par année de cotisation :
1 pour 11 010 € de revenus, 10 maximum.

Exemple : un médecin débutant son activité libérale à 30 ans en 2008 et percevant, par hypothèse, un revenu annuel constant de 60 000 € jusqu'à ses 65 ans, aura acquis, sur la base des valeurs 2008 :

*60 000 € / 11 010 € = **5,45 points par an.***

et percevra une retraite annuelle complémentaire en 2041 de :

*72,50 € x 5,45 points x 35 ans = **13 702,5 €** (sur la base de la valeur du point 2008)*

➔ Majoration de l'allocation complémentaire

10% pour tout affilié ayant élevé au moins 3 enfants pendant au moins 9 ans jusqu'à l'âge de 16 ans.

➔ Achat et rachat de points

Le médecin, à jour de ses cotisations, peut effectuer un rachat ou un achat de points entre l'âge de 45 ans et le départ en retraite. Les rachats ou achats de points sont déductibles fiscalement.

• Les rachats de points

Service National : les médecins peuvent racheter les années passées sous les drapeaux ou dans la coopération. Il est possible de racheter un point par trimestre effectué totalement ou partiellement. Il est accordé en sus 0,33 point gratuit par trimestre.

Femmes médecins : depuis la parution au Journal Officiel du 9 avril 2008, les femmes médecins peuvent valider par rachat 3 trimestres par enfant né pendant les périodes d'exercice professionnel. Il est accordé en sus 0,33 point gratuit par trimestre.

Coût du rachat en 2008 d'un point	Médecin : 1 001,91 € Conjoint survivant : 601,15 €
Supplément annuel d'allocation pour 1,33 point	Pour 1 trimestre racheté : 96,43 € (pour une retraite à 65 ans) et 57,86 € pour le conjoint survivant à 60 ans

• L'achat de points

Un achat de points est possible lorsque la moyenne des points acquis depuis l'affiliation n'atteint pas 4 par an.

Coût du rachat en 2008	Médecin : 1 541,40 € Conjoint survivant : 924,84 €
Supplément annuel d'allocation pour 1 point	Pour 1 trimestre racheté : 72,50 € (pour une retraite à 65 ans) et 43,50 € pour le conjoint survivant à 60 ans

6. La protection sociale du médecin

➔ Pension de réversion au conjoint survivant

Ce dernier, âgé de 60 ans au moins, ayant été marié pendant 2 ans au moins (la condition de durée du mariage ne jouant pas en cas d'enfant né de l'union ou lorsque le décès a pour cause un fait subit ou imprévisible) et non remarié, a droit à une retraite de réversion, sans condition de cumul avec un droit personnel :

- égale à **60%** de celle à laquelle avait droit ou aurait eu droit le médecin qui, au moment de son décès, satisfaisait aux conditions fixées pour l'attribution de la retraite complémentaire, notamment être à jour de ses cotisations ;
- majorée de **10%** s'il a élevé au moins 3 enfants jusqu'à l'âge de 16 ans ;
- cumulable sans limite avec des avantages personnels de vieillesse ou d'invalidité ;
- partage entre conjoint survivant et conjoints divorcés non remariés.

II.1.3 La retraite supplémentaire (ASV)

Valeur du point de retraite supplémentaire : 15,55 € au 01/01/2008.

Nombre de points de retraite supplémentaire attribués par année de cotisation : 27.

Ce nombre a diminué avec les années : 37,52 points avant juillet 1972 ; 30,16 points avant janvier 1994 ; 27 depuis.

Lorsque la période de cotisation est inférieure à une année, les points sont attribués au prorata du nombre de trimestres cotisés.

*Exemple : un médecin débutant son activité libérale à 30 ans en 2008 aura acquis à 65 ans, sur la base des valeurs 2008 : 27 points x 35 ans = **945 points***

*Il percevra une retraite annuelle supplémentaire en 2041 de :
15,55 € x 945 points = **14 694,75 €***

Les années d'invalidité totale et définitive sont assimilées à des années d'exercice pour le droit aux prestations.

➔ Majoration de l'allocation supplémentaire

10% pour tout affilié ayant à charge au moins 3 enfants pendant au moins 9 ans jusqu'à l'âge de 16 ans.

➔ Pension de réversion au conjoint survivant

La retraite est réversible à **50%** au bénéfice du conjoint survivant âgé de 60 ans au moins et ayant été marié pendant 2 ans au moins, sans condition de cumul avec un droit personnel de retraite ou d'invalidité.

La pension est suspendue en cas de remariage.

Si l'assuré était divorcé, la pension de réversion est partagée entre le conjoint survivant et les ex-conjoints divorcés, en fonction de la durée respective de chaque mariage.

6. La protection sociale du médecin

II.1.4 Cumul retraite / activité médicale libérale limitée

➔ Principe

La loi du 21 août 2003 a introduit, pour les médecins qui partent ou qui sont à la retraite à compter du 1^{er} janvier 2004, la possibilité d'exercer une **activité médicale libérale**.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 vient de modifier les conditions de revenus et de supprimer la limite de revenus jusque là imposée pour le praticien liquidant sa retraite à 65 ans ou avant cet âge mais bénéficiant d'une retraite à taux plein.

Cette limite est en revanche maintenue pour les praticiens liquidant leur retraite avant 65 ans sans bénéficier du taux plein. Dans ce dernier cas, si la limite est dépassée, le versement de la retraite de base est suspendu pendant au plus une année civile. Si le dépassement est supérieur à la retraite de base, l'excédent éventuel est retenu sur les retraites Complémentaire et ASV à due concurrence et au plus pendant une année.

➔ Plafond de revenu pour les praticiens liquidant leur retraite avant 65 ans sans bénéficier du taux plein

Le seuil de revenus annuels nets (calculés hors participation à la permanence des soins) est fixé à **1 plafond annuel de Sécurité sociale** (33 276 € pour 2008) si le médecin a pris sa retraite avant 65 ans à 130% de ce plafond s'il a pris sa retraite après 65 ans.

Ces montants sont cumulables avec les pensions perçues au titre des 3 régimes de base, complémentaire et supplémentaire.

Les limites de revenus ne sont pas appliquées :

- aux revenus tirés de la permanence des soins,
- aux revenus tirés des activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite,
- aux revenus tirés de la participation à des activités juridictionnelles ou assimilées,
- aux revenus tirés de consultations données occasionnellement, de la participation à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire.

➔ Champ d'application

Sont exclus du champ d'application des dispositions de la loi du 21 août 2003 :

- les **médecins de moins de 65 ans retraités au titre de l'invalidité**, qui ne peuvent exercer aucune activité ;
- les **bénéficiaires du MICA**, pour lesquels l'obligation de cesser définitivement leur activité médicale libérale demeure applicable et auxquels les remplacements libéraux sont donc interdits.

6. La protection sociale du médecin


→ Formalités à accomplir

Le médecin doit :

- informer le Conseil départemental de l'Ordre et la CARMF du maintien ou de la reprise de son activité libérale (par lettre recommandée avec Accusé de réception).
- effectuer également toutes les démarches habituelles inhérentes à une reprise d'activité auprès des organismes concernés (voir supra, p.11 et suivantes).
- s'il n'avait pas résilié son contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle, informer son assureur de sa situation nouvelle, ou, s'il l'avait résilié, en souscrire en nouveau, adapté à sa reprise d'activité (cf. obligation légale de s'assurer, supra, p.21).

→ Cotisations dues à la CARMF

Les cotisations aux régimes de base, complémentaire et ASV, ainsi qu'au régime ADR, sont calculées dans les mêmes conditions que celles d'un médecin non retraité, à l'exception du régime invalidité-décès (prévoyance). Les cotisations proportionnelles, sont calculées sur l'assiette au cumul correspondant au cumul autorisé.

 **Les médecins retraités non assujettis à la taxe professionnelle et dont le revenu est inférieur à 11 000 € peuvent demander à être dispensés des cotisations de la CARMF.**

 **Les cotisations versées aux régimes de retraite ne sont pas attributives de points de retraite.**

Les cotisations des régimes de Base et Complémentaire peuvent désormais être calculées, sur demande sur un revenu estimé, avec régularisation deux ans après sur le revenu définitif.

Ce revenu est rectifiable sans majorations de retard jusqu'en août de l'année en cours. Si le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé, une majoration de retard de **5%** est appliquée au supplément de cotisations exigible.

En cas de reprise d'activité plus de 2 ans après le départ en retraite, le médecin ne cotise qu'au régime de Base (**579 €** en première année et **854 €** en deuxième année) et au régime ASV (**1 260 €** ou **3 780 €**). Il cotise ensuite aux régimes de Base et Complémentaire calculés sur demande sur les revenus estimés.

Cotisations maximales pour un médecin cumulant retraite et activité libérale moins de deux ans après son départ en retraite :

Revenu maximum : 33 276 € (départ en retraite avant 65 ans)	
Total secteur 1	6 843 €
Total secteur 2	9 363 €

Revenu maximum : 43 259 € (départ en retraite après 65 ans)	
Total secteur 1	7 924 €
Total secteur 2	10 444 €

6. La protection sociale du médecin

II.2. La prévoyance



Impôt sur le revenu

Toutes les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu, à l'exception du capital versé en cas de décès, ainsi que, le cas échéant, les majorations.

La CSG et la CRDS sont prélevées sur le montant brut des prestations, sauf cas d'exonération.

II.2.1 L'arrêt de travail ou incapacité temporaire de travail

➔ Conditions d'attribution des indemnités journalières

L'affilié doit :

- avoir cessé temporairement toute activité pour cause de maladie ou d'accident empêchant un travail rémunérateur de quelque nature qu'il soit ;
- déclarer l'interruption d'activité au plus tard le 60^{ème} jour après le début de l'arrêt dans les 15 jours s'il s'agit d'une rechute (toute déclaration tardive conduit à fixer le droit à cette prestation, non plus à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail, mais à partir du 31^{ème} jour suivant la date de la déclaration).
- être à jour de ses cotisations (à défaut, les droits sont ouverts au 31^{ème} jour suivant la date de mise à jour du compte s'il n'y a pas eu de reprise d'activité) ;
- être affilié depuis plus de 2 ans pour les maladies ou accidents dont l'origine est antérieure à la demande d'affiliation. Dans ce cas, des indemnités à un taux réduit sont versées si le médecin justifie de 8 à 23 trimestres d'affiliation continue à un régime obligatoire couvrant le risque de l'incapacité temporaire.

➔ Montant des indemnités journalières

Une indemnité journalière est versée à compter du **91^{ème} jour d'arrêt de travail** total.

Son montant s'élève en 2008 à **87,90 € par jour**.

Pour les médecins de plus de 60 ans ayant perçu l'indemnité pendant un an, ainsi que pour ceux de plus de 65 ans, le montant de l'indemnité journalière au taux réduit est fixé pour 2007 à **45,15 € par jour**.

6. La protection sociale du médecin

➔ Durée du versement des indemnités journalières

- **Médecin âgé de moins de 60 ans** : jusqu'à 36 mois consécutifs, puis versement de la pension d'invalidité. (*)
- **Médecin âgé de 60 à 65 ans** : jusqu'à 12 mois maximum, puis versement de la retraite pour inaptitude ou nouvelle période de 24 mois (*) au taux réduit.
- **Médecin âgé de plus de 65 ans** : mise à la retraite ou attribution des prestations journalières au taux réduit pour une période ne pouvant excéder 24 mois (ou 36 mois si la date d'effet des droits est antérieure au 65^{ème} anniversaire du bénéficiaire). (*)

(*) sur décision de la Commission de contrôle de l'incapacité d'exercice

NB : pendant son arrêt de travail, le médecin peut prendre un remplaçant.

II.2.2 L'invalidité

➔ Conditions d'attribution de la pension

L'affilié, âgé de moins de 60 ans, doit :

- être atteint d'une invalidité totale et définitive le rendant incapable d'exercer sa profession ; (l'exercice d'un autre métier est possible tout en percevant la pension)
- être à jour de ses cotisations ;
- avoir cédé son cabinet médical ou procédé à sa fermeture définitive, et s'être fait radié ou notifié comme n'exerçant plus au tableau de l'Ordre.

Attention : Si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieure à la demande d'affiliation à la CARMF, et si le médecin ne justifie pas de 8 trimestres d'affiliation, la pension d'invalidité n'est pas accordée. Le montant est réduit du tiers si ce médecin justifie de 8 à 15 trimestres d'affiliation.

➔ Montant de la pension

Il varie de **6 855 €** à **15 995 €** par an en 2008 : il est fonction du nombre d'années de cotisations au régime complémentaire d'assurance invalidité-décès, ainsi que de celui compris entre la date de l'invalidité et le 60^{ème} anniversaire.

Il est majoré de :

- **10%** si le médecin a eu au moins 3 enfants ;
- **35%** si le médecin est marié depuis au moins 2 ans au moment du fait générateur de l'invalidité (sauf dérogations statutaires : 2 399,25 € à 5 598,25 € par an pour 2008) ;
- **35%** si le médecin est dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Par ailleurs, **chaque enfant à charge** perçoit une rente annuelle forfaitaire de **5 941 €** en 2008 jusqu'à 21 au 25 ans s'il est à charge et poursuit des études supérieures.

6. La protection sociale du médecin

➔ Durée du versement de la pension

- **Médecin** : jusqu'à 60 ans. Les droits à la retraite anticipée sont ensuite établis sans abattement.
- **Enfant(s)** : jusqu'à 21 ans (ou 25 ans si l'enfant est à charge et justifie poursuivre des études supérieures).

II.2.3 Le décès

➔ Conditions d'attribution des prestations

• Indemnité décès

A la date du décès, le médecin devait être cotisant et à jour de ses cotisations, ou bien bénéficiaire de la pension d'invalidité ou de l'allocation de remplacement de revenu. (Si le médecin était retraité, le conjoint survivant, n'a pas droit à cette indemnité mais il perçoit la pension de réversion).

• Rente temporaire

Le conjoint survivant doit être âgé de moins de 60 ans et marié depuis plus de 2 ans (le PACS n'ouvre pas droit à cette prestation).

Le remariage du conjoint survivant fait perdre le droit à la rente.

➔ Montant des prestations

• Indemnité décès (versement unique)

Une indemnité de **38 000 €** en 2008 est versée au conjoint survivant non séparé de corps, à défaut, aux enfants mineurs et majeurs infirmes à la charge totale du défunt, à défaut, les pères et/ou mères du médecin à la charge du défunt.

• Rente temporaire

Le montant de la rente au conjoint survivant varie de **5 656,50 € à 11 313 € par an** en 2008 : il est fonction du nombre d'années de cotisations au titre du régime complémentaire d'assurance invalidité-décès, ainsi que de celui compris entre la date du décès du médecin et la date à laquelle ce dernier aurait atteint 60 ans

Il est majoré de **10%** si trois enfants au moins sont issus du mariage.

Par ailleurs, **chaque enfant à charge** perçoit une rente annuelle de **6 662,10 €** par an en 2008 ou, s'il est orphelin de père et de mère, une rente de **8 296,20 €** par an en 2008.

➔ Durée de versement des rentes

- **Conjoint survivant** : jusqu'à 60 ans, âge d'ouverture des droits à la retraite de réversion.
- **Enfant(s)** : jusqu'à 21 ans (ou 25 ans si l'enfant est à charge et justifie de poursuivre des études supérieures).

**GROUPE
PASTEUR
MUTUALITE**



Médecins, Praticiens Hospitaliers, Chirurgiens-Dentistes, Vétérinaires, Pharmaciens, Sages-Femmes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, et autres professions paramédicales, étudiants et professionnels en formation.

ASSURANCE VIE



4,50%*

* Taux de rendement annuel moyen sur les 8 dernières années⁽¹⁾. Taux de rendement 2008⁽¹⁾ : 3,80%.

www.gpm.fr

➤ **Altiscore Euros**

➤ **Altiscore Multisupports, fonds en Euros**

L'épargne maîtrisée

(1) Taux net de frais de gestion et brut de prélèvements sociaux et fiscaux

Pour plus d'informations : **0 810 229 505**

Prix d'un appel local

PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Altiscore: contrat garanti par GPM Assurances S.A., entreprise régie par le Code des Assurances.
Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 25 555 950 €
Entreprise régie par le Code des assurances - 412887606 RCS Paris - 34, bd de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17

Fiche pratique n°1 : Cotisations sociales 2008

1^{ère} et 2^e années d'installation

Secteur conventionnel	Sécurité sociale / URSSAF			CARMF			Total 1 ^{ère} année	Total 2 ^{ème} année
	Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année en 2008	Cotisations 2 ^{ème} année en 2008	Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année en 2008	Cotisations 2 ^{ème} année en 2008		
Généraliste et spécialiste I	maladie maternité	18,30 €	24,40 €	base	579,00 €	854,00 €		
	allocations familiales	26,94 €	40,40 €	complémentaire	0,00 €	0,00 €		
	CSG + CRDS	539,00 €	808,00 €	supplémentaire (ASV)	1 260 €	1 260 €		
	CFP	50,00 €	50,00 €	invalidité / décès	652,00 €	652,00 €		
	CUM	166,38 €	166,38 €	MICA	0,00 €	10,00 €		
		800,62 €	1 089,18 €		2 491,00 €	2 776,00 €	3 291,52 €	3 865,18 €

Secteur conventionnel	Sécurité sociale / URSSAF			CARMF			Total 1 ^{ère} année	Total 2 ^{ème} année
	Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année	Cotisations 2 ^{ème} année	Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année	Cotisations 2 ^{ème} année		
Généraliste et spécialiste II	maladie maternité	1 632,19 €*	2 176,25 €*	base	579,00 €	854,00 €		
	allocations familiales	363,64 €*	545,50 €*	complémentaire	0,00 €	0,00 €		
	CSG + CRDS	539,00 €	808,00 €	supplémentaire (ASV)	3 780,00 €*	3 780,00 €*		
	CFP	50,00 €	50,00 €	invalidité / décès	652,00 €	652,00 €		
	CUM (maximum)	166,38 €	166,38 €	MICA	0,00 €	10,00 €		
		2 751,21 €	3 746,13 €		5 011,00 €	5 296,00 €	7 762,21 €	9 042,13 €

* revenus tirés des tarifs opposables (médecin correspondant - parcours de soins) - voir Secteur I

Fiche pratique n°1 : Cotisations sociales 2008

1^{ère} et 2^e années d'installation

	Secteur conventionnel	Sécurité sociale / URSSAF		CARMF			Total 1 ^{ère} année	Total 2 ^{ème} année	
		Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année	Cotisations 2 ^{ème} année	Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année			Cotisations 2 ^{ème} année
Spécialiste (n'ayant pas opté pour la coordination)	II	maladie maternité	1 523,88 €	2 031,84 €	base	569,00 €	854,00 €		
		allocations familiales	351,24 €	536,30 €	complémentaire	0,00 €	0,00 €		
		CSG + CRDS	520,40 €	794,60 €	supplémentaire (ASV)	3 600 €	3 600 €		
		CFP	45,30 €	45,30 €	invalidité / décès	628,00 €	628,00 €		
		CUM	155,00 €	155,00 €	MICA	0,00 €	21,00 €		
		2 595,82 €	3 563,04 €		4 769,00 €	5 088,00 €	7 670,02 €	8 637,24 €	

	Secteur conventionnel	RSI / URSSAF		CARMF			Total 1 ^{ère} année	Total 2 ^{ème} année	
		Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année	Cotisations 2 ^{ème} année	Régimes	Cotisations 1 ^{ère} année			Cotisations 2 ^{ème} année
Généraliste ou spécialiste	III	maladie maternité	423,00 €	645,60 €	base	569,00 €	839,00 €		
		allocations familiales	351,24 €	536,30 €	complémentaire	0,00 €	0,00 €		
		CSG + CRDS	520,40 €	794,60 €	supplémentaire (ASV)	0,00 €	0,00 €		
		CFP	45,30 €	45,30 €	invalidité / décès	628,00 €	628,00 €		
		CUM	155,00 €	155,00 €	MICA	0,00 €	10,00 €		
		1 494,94 €	2 176,80 €		1 197,00 €	1 467,00 €	2 653,94 €	3 631,00 €	

Fiche pratique n°2 : Médecin traitant et parcours de soins coordonné

→ Le parcours de soins coordonné

• Rôle du médecin traitant

Les patients sont incités à choisir depuis le 1^{er} juillet 2005 un médecin traitant. Le médecin traitant est le pilier du parcours de soins coordonné, car le patient sera incité à le consulter en première intention pour tout acte médical, sauf pour certaines spécialités : ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie. Le médecin traitant pourra orienter si besoin le patient vers un spécialiste, appelé médecin correspondant, qu'il devra informer des délais de prise en charge compatibles avec l'état du patient. Le médecin traitant doit également "favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants" et "apporter au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet".

• Rôle du médecin correspondant

Le médecin correspondant reçoit les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous. Il tient "informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmet, dans des délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins, tous les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient".

• Les modes d'orientation dans le parcours de soins

Le médecin traitant peut orienter le patient vers un médecin correspondant pour un **avis ponctuel**, c'est-à-dire une **consultation unique**. Dans ce cas, le médecin correspondant ne devra pas avoir vu le patient dans les six mois précédant la consultation, et il ne devra pas le revoir dans les six mois qui suivent. Il ne donnera pas de soins continus au patient et laissera au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le médecin traitant peut orienter son patient vers un médecin correspondant pour des soins répétés, ce qui implique plusieurs visites consécutives. Le médecin traitant et le médecin correspondant définissent alors un plan de soins en termes de contenu et de périodicité, ou un **protocole d'ALD (affection longue durée)**. Le patient n'a plus à passer systématiquement par son médecin traitant dans le cadre de soins itératifs.

Il se peut également que les soins prodigués au patient nécessitent **plusieurs intervenants**. Le médecin traitant oriente alors son patient vers les médecins correspondants. Le patient ne repasse plus par le médecin traitant pour ces visites.

Le médecin traitant peut également orienter le patient vers un médecin correspondant généraliste.

Fiche pratique n°2 : Médecin traitant et parcours de soins coordonné

➔ La nouvelle feuille de soins

Pour s'adapter à ce parcours, la nouvelle feuille de soins précise depuis le 1^{er} juillet 2005, les conditions de prise en charge de l'assuré. En effet, afin de favoriser la coordination des soins, et donc un suivi médical mieux organisé, la réforme a prévu un moindre remboursement des soins si l'assuré n'a pas choisi et déclaré son médecin traitant.

- Si le patient consulte son médecin traitant, ce dernier mentionne les informations habituelles et n'a pas d'information particulière à indiquer.
- Si le patient consulte un médecin adressé par son médecin correspondant, ce dernier indique les nom et prénom du médecin traitant, (sur la feuille de soins électronique, le médecin inscrit un code qui correspond à chaque cas de figure, sans dans un premier temps, mentionner le nom du médecin traitant. Cette indication sera possible par la suite).
- En cas de consultation d'un médecin autre que le Médecin Traitant, des cases sont prévues pour tous les cas (urgence, absence médecin traitant, éloignement du domicile, consultation d'un spécialiste en accès direct).
- Si le patient n'a pas de médecin traitant déclaré ou consulte directement un médecin sans avoir eu recours au médecin traitant en premier (en dehors des situations prévues évoquées ci-dessus), l'accès hors coordination est coché sur la feuille de soins par le médecin et la partie des frais restant à la charge de l'assuré est plus importante.

Le nouveau relevé des remboursements évolue également : il indiquera clairement à l'assuré les modalités de remboursements liées à son choix : parcours de soins coordonnés ou hors parcours, et indiquera également si le médecin consulté est en secteur 1 ou en secteur 2. Le relevé sera accompagné pendant 6 mois d'une notice explicative "Comment lire votre nouveau relevé de remboursement".

➔ Qui peut être médecin traitant ?

Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre peut être médecin traitant qu'il soit généraliste ou spécialiste, conventionné secteur I ou II, qu'il soit médecin libéral, médecin hospitalier, médecin urgentiste ou médecin salarié d'un centre de santé.

➔ Quels sont les patients concernés ?

Toutes les personnes de 16 ans et plus, qu'elles soient assurées ou ayants droit, doivent choisir et déclarer un médecin traitant afin de bénéficier du suivi et de la coordination de leurs soins au meilleur taux de remboursement.

Les patients ont la liberté du choix de leur médecin traitant, sans aucune contrainte géographique, familiale ou autre.

Le changement de médecin traitant est possible, sans condition à remplir et sans justification. Le patient doit simplement remplir et signer, avec le nouveau médecin traitant, une nouvelle déclaration et l'adresser à la caisse d'Assurance Maladie.

→ Comment devient-on médecin traitant ?

Lors d'une consultation, le médecin et le patient remplissent et signent, le formulaire "Déclaration de choix du médecin traitant".

Dans le pavé Identification du médecin traitant, apposez votre cachet ou écrivez lisiblement et en majuscules vos nom, prénom et adresse, et indiquez votre numéro d'identification. Dans le pavé Déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant, remplissez et signez la partie Médecin traitant.

Le patient adressera à sa caisse d'Assurance Maladie la déclaration remplie et signée.

Si le patient est mineur, un de ses deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale devra également signer le formulaire.

En cas de perte ou d'oubli, les patients peuvent se procurer le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant auprès de la caisse d'Assurance Maladie, ou directement sur ce site de l'Assurance maladie en ligne, en cliquant sur le lien :

<http://www.ameli.fr/formulaire/S3704.pdf>

→ Quelle différence entre le médecin traitant et le médecin référent ?

- Le dispositif du médecin traitant repose sur la liberté de choix : liberté d'en choisir et liberté d'en changer, tandis que le dispositif du médecin référent repose sur une adhésion annuelle ;
- Le médecin traitant peut être un médecin ou un médecin spécialiste, notamment pour les patients souffrant d'affections de longue durée ou de maladies chroniques, tandis que le médecin référent est obligatoirement un médecin généraliste ;
- Le tiers-payant n'existe pas dans le dispositif du médecin traitant, alors qu'il est de règle dans le dispositif du médecin référent

Depuis le 13 février 2005, les patients ne peuvent plus adhérer au dispositif du médecin référent. Un accord conventionnel sera conclu vers le 15 novembre 2005 pour organiser la convergence entre les deux dispositifs.

Le médecin référent d'un patient peut devenir son médecin traitant, sans toutefois pouvoir cumuler la rémunération liée à l'option médecin référent avec celle accordée au médecin traitant pour un patient en affection longue durée (ALD).

Fiche pratique n°2 : Médecin traitant et parcours de soins coordonné

➔ Le médecin traitant et le remplacement, les urgences, les vacances

En cas d'indisponibilité ou d'absence du médecin traitant, les patients peuvent consulter un autre médecin, qui cochera la case Médecin traitant remplacé, prévue à cet effet sur la nouvelle feuille de soins papier qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2005, ou saisit le code MTR s'il réalise une feuille de soins électronique (FSE), ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

Si le médecin traitant exerce en cabinet, lors de son absence, les patients peuvent consulter un autre médecin du cabinet qui agira comme indiqué dans le paragraphe ci-dessus.

En cas d'urgence, les patients peuvent consulter un médecin de garde, la nuit de 20h00 à 8h00, ou le dimanche ou les jours fériés, qui cochera la case Urgence, prévue à cet effet sur la nouvelle feuille de soins papier, ou saisit le code MTU s'il réalise une FSE, ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.

En cas d'éloignement de leur domicile habituel, lors des vacances par exemple, les patients peuvent consulter un autre médecin qui cochera la case Hors résidence habituelle, ou saisit le code MTH s'il réalise une FSE, ce qui permettra au patient d'être remboursé dans les meilleures conditions.



En aucun cas, un médecin remplaçant ne peut remplir une déclaration de choix du médecin traitant, au nom du médecin remplacé.

➔ Les jeunes médecins et la réforme du médecin traitant

La réforme du médecin traitant représente une difficulté supplémentaire pour les jeunes médecins nouvellement installés, qui veulent se constituer une clientèle. Ainsi, un décret paru le 2 janvier 2006, instaure un **moratoire de cinq ans** pendant lequel les patients qui viendraient voir pour la première fois un jeune médecin qui s'installe, seraient remboursés par la Sécurité Sociale de la même façon que s'ils étaient passés par leur médecin traitant.

Ce moratoire s'applique également pour un praticien qui reprend une activité libérale ou ouvre un cabinet dans une **zone déficitaire en généralistes**. Ce délai permettra aux médecins concernés de "se constituer une patientèle".

➔ L'option de coordination

Les médecins inscrits dans le secteur 2, à honoraires libres, ne sont pas concernés par les tarifs opposables du parcours coordonné. Ils continueront donc à pratiquer les tarifs qu'ils souhaitent. Cependant, une option de coordination leur est proposée. En y adhérant, ils s'engagent à respecter les tarifs opposables pour les actes cliniques

Fiche pratique n°2 : Médecin traitant et parcours de soins coordonné

Pour les actes techniques, des dépassements sont autorisés dans la limite de 15% des tarifs opposables. Ces dépassements sont impossibles en cas d'urgence ou pour les patients de moins de 16 ans. En compensation, l'Assurance-maladie prend en charge une partie des cotisations sociales du médecin adhérent.

Le médecin formalise son adhésion à l'option de coordination par le biais d'un formulaire qu'il adresse à sa caisse primaire par lettre recommandée avec accusé de réception. Sans réponse de la caisse dans le mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

L'adhésion est valable cinq ans mais le médecin peut y mettre fin à tout moment en informant la caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet trois mois à compter de la réception de la lettre par la caisse.

Par ailleurs, si la caisse constate le non-respect de ses engagements par le praticien adhérent, elle l'informe par lettre recommandée. A l'issue d'une période d'un mois durant laquelle le médecin peut faire connaître ses observations, la caisse peut notifier au praticien la fin de son adhésion et stoppe immédiatement le versement de sa participation aux cotisations sociales et peut récupérer auprès du médecin les sommes indûment versées.

→ Le DMP

Le dossier médical personnel sera expérimenté cette année et devrait être généralisé.

Chaque assuré social de plus de 16 ans disposera d'un DMP (dossier médical personnel), élément clé du parcours de soins, qui contiendra les consultations, les diagnostics et les traitements reportés par les professionnels de santé, que ce soit en médecine de ville ou à l'hôpital. Les radiographies ont également vocation à y figurer lorsque les moyens techniques le permettront.

Ces données seront hébergées par plusieurs organismes tiers désignés par appel d'offres, dans le respect du secret médical. Elles ne figureront pas sur la carte Vitale. Celle-ci servira de clé pour que les praticiens accèdent au DMP. Le patient et le médecin entreront chacun leur carte (CPS pour le médecin) ou un code personnel. Le patient pourra refuser l'accès de son DMP à un médecin, mais le niveau de prise en charge de ses soins l'Assurance-maladie sera conditionné à cet accès.

Seul le patient pourra accéder automatiquement à son dossier. Il choisira les personnes qui pourront y avoir accès (médecin traitant et praticiens de son choix). Les médecins et les services d'urgence pourront le consulter avec l'accord du patient. L'Assurance-maladie pourra accéder à certaines données, dans le cadre de sa mission de contrôle médical, et devra également demander l'autorisation du patient, mais aussi celle du médecin traitant. Fin 2006, les médecins et l'Assurance-maladie doivent fixer les modalités d'application et l'impact du DMP sur le travail des professionnels de santé. Le dossier doit être opérationnel pour tout le monde en 2008.

Fiche pratique n°3 : Choisir son lieu d'installation

Comment choisir son lieu d'installation ?

Les principaux critères à prendre en compte

Critères socio-économiques

Pôles d'activités

- Administrations
- Établissements scolaires
- Crèches
- PMI
- Maisons de retraite
- Entreprises
- Centres commerciaux

(zone de passages fréquents, présence de structures susceptibles d'envoyer des patients, ...)

Où se renseigner ?

À la Mairie (service Action sociale, voir aussi site Internet des Mairies), Pharmacies, Chambre de Commerce et d'Industrie (listes d'entreprises, indicateurs économiques d'une ville)

Mode de vie

- Lieu de travail ou lieu de résidence
 - Habitudes de la population
- (fonctionnement du bouche à oreilles, horaires de travail des cadres)*

Où se renseigner ?

À la Mairie, Pharmacies

Politique municipale de développement

(construction de logements, d'entreprises, de commerce, loisirs, transports...)
(quartier dynamique, stable, en déclin, potentiel de croissance...)

Où se renseigner ?

À la Mairie, (service d'urbanisme)

Accessibilité

- Transports en communs
- Stationnement
- Plan de circulation
- Accès handicapés

Où se renseigner ?

À la Mairie (service urbanisme)

Habitants du quartier

- Âge
- Catégories socioprofessionnelles
- Actifs/ inactifs
- Train de vie

Où se renseigner ?

À l'INSEE, Base de données SCORE Santé, Site de l'Assurance Maladie en Ligne (Ameli), Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, études de la DREES et l'IRDES

Références Internet :

- Annuaire des Pages Jaunes : www.pagesjaunes.fr
- Annuaire de médecins et professionnels de santé : www.ameli.fr/assures/annuaires/professionnels-de-sante.php
- Base de données SCORE Santé, Données statistiques, Fiches de synthèses, outil de calcul : <http://www.fnors.org>
- Conseil National de l'Ordre des Médecins : www.conseil-national.medecin.fr
- Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France : www.carmf.fr

Comment choisir son lieu d'installation ? Les principaux critères à prendre en compte (suite)

Critères professionnels

Densité médicale

- Spécialités présentes ?
- Répartition géographique ?
- Sexe majoritairement représenté ?
(complémentarité ou effet de surnombre ?)

Où se renseigner ?

Conseil National et Départemental de l'Ordre des Médecins (annuaire des médecins), Conseil de l'Ordre des autres professions de santé, DASS, CARMF, INSEE, Étude de la DREES et IRDES, CPAM (service relation avec les professions de santé) ...

Environnement médical

- Hôpitaux, Cliniques, Centres de santé
- Laboratoires, Para- médicaux
- Pharmacies
(institutions médicales proches du cabinet)

Où se renseigner ?

Conseil de l'Ordre, DASS, INSEE, Mairie, GMSIH (liste d'hôpitaux), Pages jaunes

Mode d'exercice des médecins installés

- Individuel / groupe
- Ancienneté
- Conventionnement
- Accessibilité du cabinet
(construire son positionnement)

Où se renseigner ?

Confrères, Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, Pharmacies

En cas de reprise de clientèle

- En plus de tous les critères d'études précédents :
- Etude juridique, financière et fiscale du cabinet
 - Cause du départ

Où se renseigner ?

Conseil de l'Ordre, Banques, Conseil Fiscal, Chambre de commerce et d'industrie (Espace Entreprendre)

Références Internet (suite) :

- DREES Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat88.htm>
- GMSIH : Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier
http://www.gmsih.fr/tiki-view_tracker.php?trackerId=11
- IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) : www.irdes.fr
- Site de l'Assurance Maladie en ligne : www.Ameli.fr Etudes régionales, nationales sur l'offre de soins, pathologies.

Fiche pratique n°4 : Budget prévisionnel

Source CARMF

Capitaux disponibles et espérés			
Revenus prévisibles			
Capitaux disponibles de façon rapide		Montant	
1) Réserves bancaires		€	
2) Réserves en PEA et autres produits financiers		€	
3) Réserves en livrets divers		€	
4) Chèques et paiements divers		€	Total
5) Tontine, Autre		€	€
Capitaux si à jour des cotisations		Montant	
6) Indemnité décès de la CARMF		€	
7) Capital décès de la CPAM (pour les médecins conventionnés en secteur 1, et les médecins en secteur 2 qui n'ont pas opté pour le régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles)		€	
8) Capital décès de l'IRCANTEC		€	
9) Capitaux issus d'assurances privées ou de mutuelles		€	Total
10) Aide familiale, Autre		€	€
Capitaux à disponibilité non immédiate		Montant	
11) Placements mobiliers		€	
12) Habitation principale ou secondaire		€	Total
13) Cession de clientèle et/ou du cabinet, Autre		€	€
Revenus prévisibles		Montant	
En cas de maladie	14) Indemnités journalières CARMF (à partir du 91 ^{ème} jour)	€	
	15) Indemnités journalières Sécurité Sociale (si salarié)	€	
	16) Indemnités journalières liées à l'activité hospitalière	€	
En cas d'invalidité	17) Rente invalidité CARMF + 35% si le médecin est marié + 10% si le médecin a eu au moins 3 enfants	€	
	18) Rente éducation pour les enfants	€	
En cas de décès	19) Rente temporaire CARMF pour le conjoint survivant	€	
	20) Rente éducation pour les enfants jusqu'à 25 ans	€	
	21) Pension de réversion (Base, Complémentaire, ASV)	€	
Autres revenus	22) De la conjointe ou du conjoint	€	
	23) Allocations familiales	€	
	24) Allocation logement	€	
	25) Revenus du patrimoine mobilier ou immobilier	€	Total
	26) Assurances volontaires (assurance vie...)	€	€
Total des capitaux disponibles et espérés			€
Différence entre dépenses et les capitaux disponibles, espérés et revenus prévisibles			€

Fiche pratique n°4 : Budget prévisionnel

Source CARMF

Évaluation des dépenses		
Dépenses immédiates		Montant
Factures en cours	1) Électricité, Gaz, Eau, Fuel, Impôt, Téléphone, Factures d'artisans	€
Paiements non encore débités	2) Cartes bancaires	€
	3) Chèques	€
Si décès	4) Frais d'obsèques et de succession	€
Dépenses fixes		Montant
Charges courantes	5) Electricité	€
	6) Gaz	€
	7) Eau	€
	8) Chauffage (fuel)	€
	9) Téléphone (portable - fixe)	€
	10) Internet	€
	11) Frais médicaux	€
Loyers	12) Professionnel	€
	13) Privé	€
Remboursements d'emprunts	14) Voiture	€
	15) Immobilier	€
	16) Mobilier	€
	17) Matériel	€
	18) Local	€
	19) Clientèle	€
Salaire	20) Personnel	€
	21) Employé(s)	€
Impôts et taxes	22) Charges sociales	€
	23) Revenu	€
	24) Foncier	€
	25) Habitation	€
Cotisations	26) Professionnelle	€
	27) CARMF	€
Assurances	28) URSSAF	€
	29) Personnelle	€
Charges	30) Professionnelle	€
	31) Entretien habitation	€
	32) Copropriété	€
Si divorce	33) Locative	€
	34) Pension alimentaire	€
Budget prévisionnel		Montant
Divers	35) Alimentation	€
	36) Habillement	€
	37) Transport (essence, entretien voiture)	€
	38) Études des enfants	€
	39) Vacances	€
	40) Plus dépenses fixes ci-dessus	€
Total des dépenses		€

Affection longue durée (ALD)	111, 113	Convention nationale des médecins	25
Allocation de remplacement de revenu (ADR)	91, 100	Cotisation ordinale	16
Allocations familiales		CSG et CRDS	86
cotisations	83	cotisations en début d'activité	86
cotisations en début d'activité	85	dispense de cotisations	86
dispense de cotisations	84	Déclaration de revenus	80
modulation des cotisations	85	Déclaration Unique d'Embauche	27
Associations de gestion agréées	67, 49	Dossier médical personnalisé (DMP)	115
Assurance maladie régime général		Exercice multi sites	17
capital décès	79	Feuilles de soins électronique	24, 46
cotisations	74	Feuilles de soins pré-identifiées	24
cotisations en début d'activité	75	FSE Voir Feuilles de soins électroniques	
cotisations mensualisation	69	Imposition	
Assurance maladie, régime des non salariés ..	80	régime de la déclaration contrôlée	60
cotisation minimale	81	régime déclaratif spécial	69, 80
cotisations	80	régime Micro BNC	59
cotisations en début d'activité	81	IMPÔT SUR LE REVENU	74, 83, 88, 105
cotisations mensualisation	69	Impôt sur les bénéficiés	
Assurances		exonération	54
automobile	64	Installation	53
complémentaire frais médicaux	65	aides	55
Épargne-retraite	65	critères démographiques	117
garanties de prêts	64	critères professionnels	117
incapacité temporaire de travail	65	critères socio-économiques	116
Invalidité, décès	65	local professionnel	28
local professionnel	28	Installations en chirurgie esthétique	19
responsabilité civile professionnelle	21	Installations radiologiques	19
Bénéficiés non commerciaux (BNC)	59	Local professionnel	28
Bureau central de tarification	21	Maternité	74
Cabinet secondaire	18, 24	activité libérale/activité salariée	74
CARMF	26, 47, 54, 65, 67, 68, 69,	allocation forfaitaire de repos maternel	77
	88, 92, 104, 106, 118, 119	conjointes collaboratrices.....	78
Carte de professionnel de santé	46	indemnité de remplacement	78
Centre de Formalités des Entreprises	22	indemnité journalière forfaitaire.....	77
Changement de résidence	19	Mécanisme d'incitation	
Collaborateur libéral	49	à la cessation d'activité (MICA)	91
Conseil national de l'Ordre des médecins	13	Médecin correspondant	111
Contribution à la formation professionnelle (CFP)	87	Médecin référent	113
Contribution aux unions médicales (CUM)	87	Médecin thermaliste	24
Convention d'exercice conjoint	31	Médecin traitant	111
		formulaire de déclaration	113
		moratoire jeunes médecins	114
		vacances, urgences	114

Option de coordination	73, 75, 114	Retraite	88
Ordonnances sécurisées	19	conditions de liquidation	95
Parcours de soins	111	cotisation minimale	89
feuille de soins	112	cotisations en début d'activité	89
Paternité		cumul avec une activité libérale	103
indemnité journalière forfaitaire	79	pension de réversion	100
Prévoyance		point supplémentaires	96
indemnité décès	107	rachat de points	97
indemnités journalières	105	rachat de trimestres	98
pension d'invalidité	106	Retraite complémentaire	101
Remplacement	39	cotisations	88
aide temporaire	44	pension de réversion	102
assurances	49	rachat de points	101
carte de professionnel de santé	46	Retraite supplémentaire(ASV)	102
chef de clinique, assistant des hôpitaux	41	cotisations	88
contrat	42	pension de réversion	102
étudiants	39	RSI	22, 26, 67, 68, 69, 80
exercice en groupe	42	Société civile professionnelle	31
fiscalité	48	Société d'exercice libéral (SEL)	32
honoraires	45	plus-values sur cession de parts	33
licence	42	Taxe professionnelle	21, 31, 32,
non-concurrence	45	47, 48, 56, 104	
protection sociale	46	exonération	21
remplacement d'un médecin décédé	43	Transfert de résidence professionnelle	18
remplacement d'un médecin interdit	43	URSSAF	83
remplacement de week-end	43	cotisations mensualisation	69
remplacement du médecin traitant	44	Zone à démographie médicale critique	54
remplacement régulier de courte durée	43	Zones de Redynamisation Urbaine	55
situation conventionnelle	44	Zones Franches Urbaines	57
Reprise de clientèle	57	Zones rurales sous-médicalisées	55
		Zones Urbaines Sensibles	55

Association Générale des Médecins de France

Union de Mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
 Registre national des mutuelles n° 775 666 340
 34, boulevard de Courcelles - 75809 PARIS CEDEX 17

Dépôt légal : septembre 2006
 Conception/Réalisation : PLDB Création (5830)

**GROUPE
PASTEUR
MUTUALITE**



Médecins
Praticiens Hospitaliers
Chirurgiens-Dentistes
Vétérinaires
Pharmaciens
Sages-Femmes
Infirmiers
Kinésithérapeutes
et autres professions
paramédicales
Étudiants et
professionnels en formation



www.gpm.fr

**Prévoyance Santé • Assurance vie
RC Professionnelle • Garantie Autonomie
Multirisque Habitation/Auto • Assurance de Prêt
Multirisque Professionnelle**

Pour plus d'informations : **0 810 229 505**

Prix d'un appel local

PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

AGMF Prévoyance - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Registre National des Mutuelles n°775 666 340
34 boulevard de Courcelles 75809 Paris cedex 17