

# MEMENTO DU MEDECIN LIBERAL



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

Edition 2006

© AGMF-GPM, 2006

# SOMMAIRE

	PAGES
<b>1. LA PROFESSION DE MEDECIN .....</b>	<b>5</b>
<b>2. ORGANISMES PROFESSIONNELS .....</b>	<b>6</b>
<b>I. L'ORDRE DES MEDECINS .....</b>	<b>6</b>
<b>II. LES SYNDICATS PROFESSIONNELS .....</b>	<b>6</b>
<b>3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>7</b>
<b>I. INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS .....</b>	<b>7</b>
<b>II. ENREGISTREMENT DU DIPLOME ET AGREMENTS .....</b>	<b>10</b>
<b>III. ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE.....</b>	<b>11</b>
III.1. OBLIGATION DE S'ASSURER.....	11
III.2. OBLIGATION D'ASSURER.....	12
<b>IV. DEMARCHES AUPRES DES SERVICES FISCAUX .....</b>	<b>12</b>
<b>V. ADHESION A UNE ASSOCIATION DE GESTION AGREEE .....</b>	<b>14</b>
<b>VI. DEMARCHES AUPRES DES ORGANISMES SOCIAUX .....</b>	<b>14</b>
VI.1. DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE.....	14
VI.1.1. URSSAF et Tribunal de commerce.....	14
VI.1.2. CPAM.....	15
VI.2. PROTECTION SOCIALE .....	17
VI.2.1. Caisses d'assurance maladie .....	17
VI.2.2. Caisse de retraite et de prévoyance .....	18
VI.2.3. En tant qu'employeur .....	18
<b>VII. LE LOCAL PROFESSIONNEL .....</b>	<b>19</b>
VII.1. ACHAT DU LOCAL PROFESSIONNEL .....	19
VII.2. LOCATION DU LOCAL PROFESSIONNEL .....	20
VII.3. TRANSFORMATION D'UN LOCAL D'HABITATION EN LOCAL PROFESSIONNEL .....	20
VII.4. ASSURANCE DU LOCAL PROFESSIONNEL (TYPE « MULTIRISQUE HABITATION »).....	20
<b>4. CONSEILS PRATIQUES.....</b>	<b>21</b>
<b>I. L'INSTALLATION .....</b>	<b>21</b>
I.1. LE CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION .....	21
I.1.1. En fonction des critères d'analyse « traditionnels ».....	21
I.1.2. En fonction des exonérations en matière d'impôts et des aides à l'installation	22
I.2. LA NEGOCIATION DE LA REPRISE DE CLIENTELE.....	24
I.2.1. La reprise d'une clientèle en exercice individuel.....	24
I.2.2. Création d'une activité .....	25
I.2.3. L'intégration d'un groupe déjà constitué (association).....	25
<b>II LA BANQUE .....</b>	<b>26</b>
II.1. LES SOLUTIONS DE CREDIT .....	26
II.2. AUTRE PRODUITS BANCAIRES.....	28
<b>III COMPTABILITE / FISCALITE .....</b>	<b>28</b>
III.1. LES REGIMES D'IMPOSITION DES B.N.C. ....	28
III.1.1. Le régime de déclaration et d'imposition simplifiées, dit régime.....	28
III.1.2. Le régime de la déclaration contrôlée.....	29
III.2. LES ASSOCIATIONS DE GESTION AGREEES (AGA).....	31
III.2.1. Les missions des AGA.....	31
III.2.2. L'inscription .....	31

III.2.3	Les avantages fiscaux .....	31
<b>IV</b>	<b>LES ASSURANCES.....</b>	<b>33</b>
IV.1	OBLIGATOIRES.....	33
IV.1.1	Assurance responsabilité civile professionnelle.....	33
IV.1.2	Assurance automobile .....	33
IV.2	INDISPENSABLES.....	33
IV.2.1	Assurance du local professionnel .....	33
IV.2.2	Garanties de prêts .....	33
IV.3	TRES FORTEMENT CONSEILLEES .....	33
IV.3.1	Complémentaire frais médicaux .....	33
IV.3.2	Incapacité temporaire de travail.....	34
IV.3.3	Invalidité.....	34
IV.3.4	Décès.....	34
IV.3.5	Epargne-retraite .....	34
<b>5.</b>	<b>LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL .....</b>	<b>35</b>
<b>I.</b>	<b>LES DIVERS MODES D'EXERCICE LIBERAL.....</b>	<b>36</b>
I.1.	L'EXERCICE INDIVIDUEL.....	36
I.2.	LA CONVENTION D'EXERCICE CONJOINT.....	36
I.3.	LA SOCIETE CIVILE PROFESSIONNELLE (SCP).....	37
I.4.	LA SOCIETE D'EXERCICE LIBERAL (SEL) .....	37
<b>II.</b>	<b>LES DIVERS MODES DE GESTION DES MOYENS D'EXERCICE LIBERAL.....</b>	<b>40</b>
II.1.	LA SOCIETE CIVILE DE MOYENS (SCM).....	40
II.2.	LE CONTRAT D'EXERCICE A FRAIS COMMUNS .....	40
II.3.	LA SOCIETE CIVILE IMMOBILIERE (SCI).....	41
<b>III.</b>	<b>LE REMPLACANT .....</b>	<b>44</b>
III.1.	QUI PEUT ETRE REMPLAÇANT ? .....	44
III.1.1.	Les médecins.....	44
III.1.2.	Les étudiants en médecine .....	44
III.1.3.	Les chefs de clinique universitaires (CCU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les assistants des hôpitaux .....	45
III.2.	QUELLES DEMARCHES EFFECTUER ? .....	45
III.2.1.	L'autorisation, la licence et le contrat de remplacement .....	45
III.2.2.	Cas particuliers de remplacement .....	47
III.3.	CONDITIONS D'EXERCICE ET PROTECTION SOCIALE DU REMPLAÇANT.....	48
III.3.1.	La situation conventionnelle.....	48
III.3.2.	Pratique médicale et honoraires .....	49
III.3.3.	Protection sociale, fiscalité et assurances du remplaçant .....	50
<b>IV.</b>	<b>LE COLLABORATEUR LIBERAL.....</b>	<b>54</b>
<b>6.</b>	<b>LA PROTECTION SOCIALE DU MEDECIN .....</b>	<b>56</b>
<b>1<sup>ERE</sup></b>	<b>PARTIE : L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE.....</b>	<b>58</b>
<b>I.</b>	<b>LE MEDECIN CONVENTIONNE AFFILIE AU REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE (CNAMTS) .....</b>	<b>58</b>
I.1.	LES COTISATIONS .....	58
I.2.	MODALITES DE PAIEMENT .....	59
I.3.	LES PRESTATIONS .....	60
I.3.1.	Les prestations en nature .....	60
I.3.2.	Les prestations en espèces .....	61
<b>II</b>	<b>LE MEDECIN AFFILIE AU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES (CANAM).....</b>	<b>64</b>
II.1	LES COTISATIONS .....	64
II.2	LES PRESTATIONS .....	65
<b>2<sup>EME</sup></b>	<b>PARTIE : L'URSSAF.....</b>	<b>66</b>

<b>I</b>	<b>LES ALLOCATIONS FAMILIALES .....</b>	<b>66</b>
I.1	LES COTISATIONS .....	66
I.2	LES PRESTATIONS FAMILIALES .....	68
<b>II</b>	<b>LA CONTRIBUTION SOCIALE GENERALISEE ET LA CONTRIBUTION AU REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CSG ET CRDS).....</b>	<b>69</b>
<b>III</b>	<b>LA CONTRIBUTION A LA FORMATION PROFESSIONNELLE .....</b>	<b>70</b>
<b>IV</b>	<b>LA CONTRIBUTION AUX UNIONS MEDICALES (CUM) .....</b>	<b>70</b>
<b>3<sup>EME</sup></b>	<b>PARTIE : RETRAITE ET PREVOYANCE OBLIGATOIRES .....</b>	<b>71</b>
<b>I.</b>	<b>LES COTISATIONS .....</b>	<b>71</b>
I.1	RETRAITE (ASSURANCE VIEILLESSE) .....	71
I.1.1	Régime de base.....	72
I.1.2	Régime complémentaire .....	72
I.1.3	Régime supplémentaire (ASV) .....	73
I.1.4	Allocation de remplacement de revenu (ADR) ou MICA (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité) .....	73
I.2	PREVOYANCE (ASSURANCE INVALIDITE-DECES) .....	73
<b>II</b>	<b>LES PRESTATIONS .....</b>	<b>75</b>
II.1	LA RETRAITE .....	75
II.1.1	La retraite de base .....	76
II.1.2	La retraite complémentaire .....	79
II.1.3	La retraite supplémentaire (ASV).....	80
II.1.4	Cumul retraite / activité médicale libérale limitée .....	81
II.2	LA PREVOYANCE .....	82
II.2.1	L'arrêt de travail ou incapacité temporaire de travail .....	82
II.2.2	L'invalidité .....	83
II.2.3	Le décès .....	84
	<b>FICHE PRATIQUE 1 :CONVENTIONNE - NON CONVENTIONNE ? .....</b>	<b>86</b>
	<b>FICHE PRATIQUE N° 2 : C.A.R.M.F. (CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS DE FRANCE).....</b>	<b>87</b>
	<b>FICHE PRATIQUE N° 3 :COTISATIONS SOCIALES 2006 - 1<sup>ERE</sup> ET 2<sup>EME</sup> ANNEES D'INSTALLATION.....</b>	<b>88</b>
	<b>FICHE PRATIQUE 4 : MEDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS.....</b>	<b>90</b>
	<b>FICHE PRATIQUE 5 :CHOISIR SON LIEU D'INSTALLATION.....</b>	<b>99</b>

# 1. LA PROFESSION DE MEDECIN

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

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

## ↳ Conditions d'exercice :

- être titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ;
- 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, 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. 44) ;
- 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 :

<u>Monopole d'exercice</u> :	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.
<u>Ethique</u> :	interdiction d'exercer sous un pseudonyme ou d'établir des certificats et rapports de complaisance.
<u>Indépendance</u> :	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...
<u>Formation continue / Evaluation</u> :	obligation d'actualiser, perfectionner ses connaissances et faire valider ses acquis par la commission d'évaluation – art D 4133-24 et s. CSP).
<u>Secret professionnel</u> :	obligation au secret professionnel.
<u>Information sur les honoraires</u> :	les honoraires, la situation conventionnelle, les conditions de prise en charge des soins, ainsi que les téléphones d'urgence (le 15 par exemple) doivent être affichés de façon visible et lisible dans la salle d'attente du cabinet.
<u>Assistance morale et confraternité</u> :	vis-à-vis des confrères : interdiction d'entrer en concurrence en abaissant les honoraires.

## **2. ORGANISMES PROFESSIONNELS**

### **I. L'ORDRE DES MEDECINS**

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 à transmettre au Conseil de l'Ordre dans le mois de leur conclusion) ;
- 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 ;

#### **↳ Le Conseil régional ou inter régional**

- fonction de représentation de la profession au niveau régional ;
- coordination des Conseils départementaux ;
- instance d'appel sur les autorisations ou refus d'inscription au tableau ;

#### **↳ 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.

<p><b>Conseil national de l'Ordre des médecins</b> 180 boulevard Haussmann, 75008 Paris Tél. : 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01 <a href="http://www.conseil-national.medecin.fr">www.conseil-national.medecin.fr</a></p>
---

### **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. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

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

L'inscription au tableau est **obligatoire** pour tout médecin exerçant en cabinet privé, à l'hôpital ou en tant que salarié. Les sociétés civiles professionnelles et sociétés d'exercice libéral doivent s'inscrire au tableau indépendamment des associés, personnes physiques. La demande doit être présentée collectivement par les associés (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](http://www.conseil-national.medecin.fr)

#### ↳ Documents à fournir par les médecins personnes physiques :

- un extrait d'acte de naissance de moins de trois mois ;
- 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 n° 2005-1040 du 26 août 2005).

### 3. DEMARCHES 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 expédition ou 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 :
  - o la nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés ;
  - o le montant du capital social, le nombre, le montant nominal et la répartition des parts sociales ou actions sociales représentatives de ce capital ;
  - o 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

La cotisation à l'Ordre est, en 2006, de **252 €** Le nouvel inscrit à l'Ordre ne règle pas de cotisation la 1<sup>ère</sup> année (seuls des frais de dossier de **35 €** sont réclamés). L'année suivante, la cotisation est réduite de 50 %. En outre, des réductions et exonérations sont prévues, notamment en cas de difficultés financières.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

Lors de son règlement, est remis un timbre validant annuellement la carte professionnelle du médecin.

#### ↳ 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.

#### **! Exercice multi sites : un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :**

- 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 toutes informations utiles sur les conditions d'exercice. (Décret n° 2005-481 du 17 mai 2005)

#### **! Cabinet secondaire**

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 (**141.5 €** en 2006).

#### **! 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.

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.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

#### **! 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 (**136 €** en 2005).

#### **II. ENREGISTREMENT DU DIPLOME 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 :

- d'une part, auprès de la **Préfecture** (ou sous-préfecture) du lieu d'installation, (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)).
- A 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](http://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](http://www.sante.gouv.fr/cerfa)

#### **↳ 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.

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/html/dossiers> à la rubrique ordonnances sécurisées.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

#### **! Agrément d'une installation radiologique**

Un arrêté du 14 mai 2004 paru au Journal Officiel (JO) du 20 juin 2004 modifie les procédures existant jusqu'alors. Les utilisateurs ne doivent plus demander un agrément technique de l'OPRI (l'Office de Protection contre les Rayonnements Ionisants) mais déposer une déclaration auprès du préfet du département. Les dispositifs générateurs de rayons X sont **soumis à déclaration auprès du préfet** s'ils sont de faible intensité (cabinet de radiologie ou cabinet dentaire). Les équipements lourds (scanners) relèvent d'un régime d'autorisation délivré par la **DGSNR** (Direction Générale de la Sécurité Nucléaire et de la Radioprotection).

En cas d'utilisation d'une installation agréée non personnelle, il faut remettre le contrat conclu avec le propriétaire de l'installation.

**Direction Générale de la Sécurité Nucléaire et de la Radioprotection**  
**En Ile 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 n° 2005-777 du 11 juillet 2005** prévoit les conditions techniques de fonctionnement que doivent remplir les installations de chirurgie esthétiques 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.**

### **III. ASSURANCE RESPONSABILITE 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)

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.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

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 La Rochefoucauld

75431 Paris Cédex 9

Tél. : 01 53 32 24 80 - Fax : 01 53 32 24 74

[www.bureaucentraldetarification.com.fr](http://www.bureaucentraldetarification.com.fr)

### IV. DEMARCHES AUPRES 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<sup>er</sup> 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.

#### CAS D'EXONERATION TEMPORAIRE DE LA TAXE PROFESSIONNELLE

**Attention** : les deux types d'exonération visés ci-dessous ne peuvent pas se cumuler.

#### ↳ Exonération en faveur des médecins s'installant dans les petites communes

(Loi 2005-157 du 23 février 2005 art 114 ; article 1464 D du Code général des impôts)

Les collectivités territoriales et leurs groupements dotés d'une fiscalité propre peuvent exonérer de taxe professionnelle les **installations** ou **regroupements** de médecins intervenus à compter 1<sup>er</sup> janvier 2004, exerçant leur activité libérale dans une commune de moins de 2 000 habitants ou dans une **Zone de Revitalisation Rurale**. La durée de cette exonération, peut être allongée à 5 ans maximum, et ne peut être inférieure à 2 ans. Pour bénéficier de l'exonération, il doit en être fait la demande sur la déclaration 1003 P à souscrire avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle de l'installation.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

#### ↳ Exonération en faveur des médecins s'installant :

- dans des Zones Urbaines Sensibles (ZUS – zones d'habitat et emploi dégradés article 1466 A-I du Code général des impôts)

Les collectivités locales et leurs groupements dotés d'une fiscalité propre peuvent instituer, chacun pour la part qui lui revient, une exonération en faveur des créations d'établissements dans une ZUS, dont la durée ne peut être supérieure à 5 ans.

- dans des Zones de Redynamisation Urbaine et les Zones Franches Urbaines (ZRU et ZFU – article 1466 A-I ter du Code général des impôts)

Sauf délibération contraire des collectivités territoriales ou de leurs groupements dotés d'une fiscalité propre, exonération totale pendant 5 ans en cas de :

- création de cabinet dans une ZRU jusqu'au 31 décembre 2008 ;
- création de cabinet dans une ZFU, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour les ZFU instituées en 1997 et jusqu'au 31 décembre 2008 pour les 41 nouvelles ZFU instituées en 2004.

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.

Pour plus d'information :  
[www.impots.gouv.fr](http://www.impots.gouv.fr)

### **3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES**

#### **V. ADHESION A UNE ASSOCIATION DE GESTION AGREEE**

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, p. 31).

#### **VI. DEMARCHES AUPRES DES ORGANISMES SOCIAUX**

##### **VI.1. DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE**

###### **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 **Tribunal de commerce** lorsque l'activité est exercée en société ;
- 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.

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) ;
- **CANAM** (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs non salariés non agricoles), pour les médecins non conventionnés ou du secteur II ayant opté pour le régime hors CPAM ;
- **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.

Le numéro SIREN est utilisé par les organismes publics et les administrations avec lesquels l'entreprise est en relation. Il se décompose en 3 groupes de 3 chiffres attribués en fonction de l'ordre d'inscription de l'entreprise.

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 identifie le secteur d'activité de l'entreprise (pour les médecins, **851C Pratique médicale**).

- Le Greffe du tribunal de commerce, s'il s'agit d'une 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.

Pour tout renseignement complémentaire :

[www.urssaf.fr](http://www.urssaf.fr), [www.caf.fr](http://www.caf.fr), [www.apce.com](http://www.apce.com) (site de l'Agence pour la création d'entreprise)

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

#### VI.1.2. CPAM

Bien que l'inscription soit signalée par l'URSSAF et quel que soit le choix d'adhérer ou non à la convention nationale des médecins, il faut informer la CPAM du lieu d'exercice du début d'activité et de son domicile professionnel.

Cet organisme est le seul habilité à fournir les feuilles de soins pré-identifiées permettant aux patients de se faire rembourser.

En province : prenez contact 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  
27 rue de Constantinople  
75008 Paris  
Tél : 01 53 04 61 06 ou 17

#### ↳ 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](http://www.ameli.fr)  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) (fichier Adeli)

#### ↳ **Les feuilles de soins**

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.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

#### **! 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.

#### **🔗 Feuilles de soins électroniques**

La télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE) avec le système SESAM Vitale se développe auprès des médecins généralistes et spécialistes et s'adapte à tous les modes d'exercice.

**Consulter le site de l'assurance maladie en ligne :** <http://www.ameli.fr>

En ce qui concerne la facturation en Sesam-Vitale, les principaux codes à retenir pour un médecin généraliste sont :

##### **Code coordination**

MTH Hors résidence habituelle  
MTN Nouveau médecin traitant\*  
MTO Patient orienté par médecin traitant  
MTR Médecin traitant remplacé  
MTU Urgence  
HCS Hors coordination des soins

##### **Code prestations**

C Consultation  
K Acte de spécialité  
V Visites

Pour les prestations hors parcours, rajouter la lettre L devant chaque code prestation

Pour un médecin spécialiste, les principaux codes sont :

##### **Code coordination**

MTD Accès direct spécifique  
MTH Hors résidence habituelle  
MTN Nouveau médecin traitant\*  
MTO Patient orienté par médecin traitant  
MTR Médecin traitant remplacé  
MTU Urgence  
HCS Hors coordination des soins

##### **Code prestations**

CS Consultation spécialiste  
CNP Consultation neuropsychiatre  
CSC : Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire, cardiologie et affection vasculaire  
K Acte de spécialité  
VS visite spécialiste  
Z Acte de radiologie  
KC Acte de chirurgie ou de chirurgie dentaire pour stomatologues  
MCS Majoration de coordination  
MPC Majoration provisoire clinicien

Pour les prestations hors parcours, rajouter la lettre L devant chaque code prestation

**Pour en savoir plus sur la facturation en Sésam-vitale :**

<http://www.ameli.fr> (site de l'assurance-maladie en ligne)

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

#### ↳ La carte de professionnel de santé

Elle permet l'accès sécurisé à l'information médicale et, dans le cadre des échanges électroniques entre professionnels de santé et CPAM, assure la sécurisation des échanges, l'identification de l'émetteur et son authentification.

Pour l'obtenir, le médecin reçoit de la part de la CPAM un formulaire pré-imprimé, qu'il signe et renvoie, dûment vérifié et corrigé, s'il y a lieu, au Conseil départemental de l'Ordre de son lieu d'inscription. Ce dernier le contrôle et le vise pour le faire parvenir à la DASS, qui le vise à son tour et l'adresse au Groupement d'Intérêt Public (GIP) « CPS », pour émission et expédition de la carte au médecin.

#### VI.2. PROTECTION SOCIALE

##### VI.2.1. Caisses d'assurance maladie

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.

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

#### ↳ Adhésion à la convention nationale des médecins (voir infra, p. 86)

Le régime d'assurance maladie-maternité dont bénéficie le médecin est alors le régime général de la Sécurité sociale (sauf option pour le régime des travailleurs non salariés en secteur II).

L'inscription prend effet après 1 mois d'exercice professionnel sous le régime conventionné.

#### ↳ Refus d'adhésion à la convention nationale des médecins (voir infra, p. 86)

Le médecin non conventionné doit se faire immatriculer à la Caisse Mutuelle Régionale (CMR) dans laquelle se situe sa résidence professionnelle, et ce, dans un délai de 30 jours à compter du début d'activité.

**CAMPLIF** (pour l'Île-de-France)  
22 rue Violet  
75730 Paris Cedex 15  
Tél. : 01.45.78.32.00  
Fax : 01.45.78.32.30  
[www.camplif.com](http://www.camplif.com)

**CAMPLP** (pour la province)  
44 boulevard de la Bastille  
75578 Paris Cedex 12  
Tél. : 01.53.33.56.56  
Fax : 01.53.33.56.00  
[www.cmr-pl-provinces.canam.fr](http://www.cmr-pl-provinces.canam.fr)

En pratique, l'URSSAF transmet tous les renseignements nécessaires à la CMR, qui fournit au nouvel affilié une liste des organismes conventionnés habilités à percevoir les cotisations et à servir les prestations.

L'assuré exprime son choix en faveur d'un de ces organismes.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

Au plan national, les CMR dépendent de la CANAM.

**CANAM**  
Centre Paris Pleyel, 93521 Saint-Denis Cedex 01  
Tél. : 01.49.33.38.00 - Fax : 01.49.33.38.03  
[www.canam.fr](http://www.canam.fr)

#### 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<sup>er</sup> jour du trimestre civil suivant la date de début d'activité.

**CARMF**  
46 rue Saint-Ferdinand, 75841 Paris Cedex 17  
Tél. : 01.40.68.32.00 - Fax : 01.45. 72.11.87  
Serveur vocal : 01.40.68.33.72  
[www.carmf.fr](http://www.carmf.fr)  
email : [carmf@carmf.fr](mailto:carmf@carmf.fr)

#### 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](http://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.

### 3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES

**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](http://www.urssaf.fr)  
[www.due.fr](http://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 : la DUE, la DUCS (Déclaration Unifiée de Cotisations Sociales) et la DADS (Déclaration Annuelle de Données Sociales).

[www.net-entreprises.fr](http://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. Des conditions préférentielles de prêt pouvaient être obtenues auprès de la CARMF jusqu'au 30 septembre 2005. A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2005, en raison de la faible demande, la CARMF n'accordera plus de prêts d'installation, les banques proposant de bonnes conditions aux jeunes médecins (lettre CARMF, mai 2005).

Mais 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.

### **3. DEMARCHES PROFESSIONNELLES**

#### ***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'Équipement.

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. CONSEILS PRATIQUES

### I. L'INSTALLATION

#### I.1 LE CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION

##### I.1.1 En fonction des critères d'analyse « traditionnels »

Selon les enquêtes menées auprès des étudiants et jeunes médecins, la majorité souhaite exercer dans la région de leurs études ou dans leur région d'origine. Or, si le jeune médecin veut réussir son installation, il doit s'assurer que ce souhait ne va pas rendre ses premières années difficiles et étudier de façon approfondie les conditions, lieu et modalités d'installation de son futur cabinet médical. D'autres régions ou villes, parfois proches, répondront peut-être mieux à ses attentes.

La densité médicale dépasse en moyenne 200 libéraux pour 100 000 habitants (source : Ministère de la santé). 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. Il reste néanmoins un bon indicateur.

La fiche pratique « Choisir son lieu d'installation » (voir infra page 99), présente sous forme de tableaux, les critères socio-économiques et les critères professionnels à prendre en compte avant de s'installer.

Des indications, 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'installations et les exercices particuliers.  
**[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)**,
- les Conseil départementaux de l'Ordre,
- le Ministère de la santé et de la protection sociale  
**[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.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](http://www.insee.fr),

## 4. CONSEILS PRATIQUES

- les syndicats professionnels,
- l'assurance Maladie en ligne : [www.ameli.fr](http://www.ameli.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.

### I.1.2 En fonction des exonérations en matière d'impôts et des aides à l'installation

#### ↳ Les exonérations en matière d'impôts

- **Les exonérations en matière de taxe professionnelle**

Voir supra, p.12.

- **L'exonération dans les Zones Franches Urbaines (ZFU) en matière d'impôt sur les bénéfices**

La loi prévoit une exonération totale d'impôt sur les bénéfices pendant les 5 premières années d'activité, puis d'un abattement dégressif de 60 %, 40 % et 20 % sur les bénéfices sur les 3 années suivantes (sur les 9 années suivantes pour les médecins employant moins de 5 salariés : abattement de 60% les 5 premières années, puis 40% les 6 et 7èmes années, puis 20% les 8 et 9èmes années). Le bénéfice exonéré ne peut excéder 61 000 € au titre de chaque période de 12 mois.

**Sont concernés** par ces dispositions, les médecins libéraux dont le cabinet est implanté :

- dans l'une des 44 ZFU créées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 (dites « de première génération »), ou qui s'implantent dans l'une de ces zones jusqu'au 31 décembre 2007 ;
- dans l'une des 41 nouvelles ZFU au 1<sup>er</sup> janvier 2004 (dites « de deuxième génération »), ou qui s'implantent dans l'une de ces zones jusqu'au 31 décembre 2008.

La condition d'implantation exclusive est cependant assouplie à compter de l'imposition des revenus de 2003 en faveur des médecins (effectuant des visites notamment) qui sont implantés dans une ZFU, mais qui exercent une partie de leur activité hors zone, ces médecins étant réputés exercer en ZFU dès lors :

- qu'ils emploient au moins un salarié sédentaire à temps plein dans les locaux affectés à l'activité,
- ou qu'ils réalisent au moins 25 % de recettes auprès de patients situés dans une ZFU.

**NB** : le plafond de 61 000 € s'applique au niveau des associés, et non de la société.

## 4. CONSEILS PRATIQUES

Pour les entreprises déjà implantées au 1<sup>er</sup> janvier 2004 dans les 41 nouvelles ZFU, la loi impose le respect de la réglementation communautaire relative aux aides « de minimis ». En conséquence, les exonérations sont susceptibles d'être plafonnées dans la mesure où cette réglementation prévoit la limitation de l'ensemble des aides publiques octroyées à ces entreprises à 100 000 € par période de 3 ans (article 53, A-II de la loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003).

Les exonérations prenant effet en 2004 dans les nouvelles ZFU s'appliquent dans la limite des règles communautaires concernant les aides « de minimis ».

### ↳ Les aides à l'installation dans les zones à démographie médicale critique

#### • Les aides à l'installation dans les zones déficitaires en généralistes

Aux termes de la **circulaire n° 2004-153 du 26 mars 2004** relative aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes, **3 au moins des 4 critères suivants doivent être réunis pour caractériser une zone déficitaire :**

- accessibilité au médecin généraliste le plus proche supérieur à un délai raisonnable;
- l'effectif de médecins pour 5 000 habitants est inférieur à 3 ;
- le volume minimum d'activité de 75 % des médecins du secteur est supérieur à 7 500 actes par an ;
- le canton candidat compte au moins l'une des 3 caractéristiques suivantes :
  - une proportion de personnes âgées supérieure à 10 %,
  - une proportion de bénéficiaires de minima sociaux, Couverture Maladie Universelle (CMU) ou affections de longue durée supérieure à 10 %,
  - un territoire relevant de la politique de la ville (ZUS, ZRU, ZFU) ou de revitalisation rurale.

Trois types d'aides ont été prévus (**sous réserve de la publication des décrets déterminant la liste des zones concernées**) :

- des aides de l'assurance maladie : Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale (FORMMEL). (*Sous réserve de la parution du décret fixant les obligations des professionnels de santé bénéficiant de ces aides.*)
- des aides de l'Etat (10 000 euros par an et par médecin pendant cinq ans à compter de leur installation ou de leur regroupement. Aide subordonnée à l'octroi du FORMMEL.
- des aides des collectivités territoriales (voir supra p. 12 exonération temporaire de taxe professionnelle)

**La convention nationale du 03/02/05** organisant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie, prévoit quatre aides à l'installation des médecins dans les zones déficitaires (**sous réserve de la publication des modalités d'application**) :

- **la possibilité d'octroi d'une bourse d'études** aux étudiants en médecine s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire, en complément et/ou en

## 4. CONSEILS PRATIQUES

supplément, de celles qui pourraient éventuellement être offertes par les collectivités territoriales.

- **une offre de services** proposée par l'Assurance maladie, qui permettrait notamment d'aider les médecins à établir une étude de marché de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation.
- **des aides forfaitaires à l'installation.**
- **Les aides à l'installation dans les zones sous-médicalisées**

La **loi relative au développement des territoires ruraux** du 23/02/05, contient des dispositions visant à favoriser l'installation (ou le maintien) des médecins libéraux dans les zones rurales dans lesquelles est constaté un déclin démographique des médecins. Il s'agit d'une exonération temporaire de taxe professionnelle pour les médecins s'installant dans les communes de moins de 2000 habitants ou dans des Zones de Revitalisation Rurales. (Voir supra p. 12/13)

**Le plan Démographie médicale** pour lutter contre les **déserts médicaux**, présenté fin janvier 2006 prévoit notamment une **majoration de 20 % de la valeur des actes des généralistes libéraux exerçant en cabinet de groupe** dans des zones définies comme sous-médicalisées par les missions régionales de santé. Cette hausse de tarif sera intégralement prise en charge par l'Assurance Maladie.

La même majoration devrait s'appliquer aux honoraires perçus lors du remplacement d'un médecin, exerçant en groupe ou non dans ces zones. **(les textes d'application étant toujours en attente de parution au 01/06/2006).**

Situées majoritairement dans les zones rurales ou les banlieues, ces zones sous médicalisées sont définies en fonction de 2 critères :

- Une densité de médecins inférieure de 30 % au moins à la densité nationale,
- Un niveau d'activité des professionnels de santé supérieur de plus de 30% à la moyenne nationale.

### **1.2 LA NEGOCIATION DE LA REPRISE DE CLIENTELE**

#### **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 ;

## 4. CONSEILS PRATIQUES

- 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.

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 devraient diminuer de façon importante dans les prochaines années.

### I.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 doit être établi et il ne faut pas hésiter à faire appel à un cabinet d'experts-comptables.

### I.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.

## 4. CONSEILS PRATIQUES

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 commune sur laquelle figure les noms de chaque associé.

### ***II LA BANQUE***

Il s'agit de l'un des partenaires les plus importants pour l'activité du médecin libéral. La banque doit être réactive et souple pour le conseiller et l'accompagner tout au long de sa vie professionnelle. Elle intervient, essentiellement :

- en proposant une gamme de financement adaptée lors de l'installation mais aussi au cours du développement du cabinet ou de la société.
- en assistant le praticien dans la gestion de son compte bancaire professionnel.
- en proposant des produits financiers adaptés.

#### ***II.1 LES SOLUTIONS DE CREDIT***

##### **↳ Droits de présentation, création d'un cabinet, rachat de parts**

Ils seront financés par un prêt classique destiné au financement de droits incorporels.

##### **↳ Rachat des locaux**

Cela peut permettre de se constituer un patrimoine mais attention, comme pour une résidence principale le prix doit être apprécié en fonction de différents critères : la situation du bien, son état général, la disponibilité d'un parking, les projets d'urbanisme, etc.

Se renseigner sur 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, sur le coût des travaux de copropriété votés et/ou à voter. Les avis d'un professionnel (Notaire) seront utiles et il ne faut pas hésiter à négocier.

##### **↳ Achat ou rachat du matériel**

Pour certaines spécialités, le matériel nécessaire peut être coûteux et devenir rapidement obsolète. Comme pour le local, un audit complet matériel sera de rigueur : ancienneté, fréquence d'utilisation, usure, mode de financement, version, etc.

## 4. CONSEILS PRATIQUES

Deux objectifs : penser à l'échéance de son renouvellement en évitant les achats inutiles.

Le crédit-bail, par sa souplesse, est une formule particulièrement adaptée à l'acquisition de matériel à courte durée de vie tel que le véhicule professionnel et informatique. Sur les plans comptable et fiscal, il présente des avantages (optimisation du bilan et du compte de résultat, déductibilité des loyers de crédit-bail).

### ↳ Fonds de roulement

Le fonds de roulement concerne principalement les cas de création d'une activité. Il représente le montant permettant de faire face aux dépenses générées par l'activité qui ne seront pas couvertes par les honoraires.

Il est indispensable de l'évaluer au plus juste pour faire face au règlement des fournisseurs et s'assurer un minimum de revenus. Pour cela, il est procédé à une projection de l'activité intégrant une quantification des honoraires et des charges (fixes et variables) prévisibles des exercices sur 3 ans.

### ! Amortissement

L'amortissement est une constatation comptable de la dépréciation du bien, il ne donne pas lieu à un décaissement, mais vient en déduction du résultat imposable.

La durée d'amortissement varie selon le type de bien financé. Ainsi, en fonction du prêt choisi, il est d'usage de calculer les remboursements sur les bases d'amortissement comptable suivantes :

- Droit de présentation : 5 à 7 ans ;
- Matériel : 3 à 7 ans ;
- Locaux professionnels, construction : 10 à 15 ans ;

Fonds de roulement : 3 ans.

### ! Déduction fiscale

L'ensemble des intérêts des emprunts professionnels (hors prêt de fonds de roulement) et les éventuels loyers de crédit-bail vient en déduction du bénéfice imposable.

### ! Taux Effectif Global (TEG)

Indicateur du coût global de votre prêt, le TEG tient compte de tous les frais annexes. A la différence du taux nominal il comprend, outre les intérêts du prêt, les frais, commissions ou rémunérations de toute nature liés à l'octroi du crédit (exemples : la prime d'assurance en couverture de prêt, le coût de la garantie choisie, etc.)

## 4. CONSEILS PRATIQUES

### II.2 AUTRE PRODUITS BANCAIRES

#### ↳ Le compte courant

Lors de l'installation, l'ouverture d'un compte bancaire professionnel est indispensable pour deux raisons :

- Dissocier dès le départ, le compte personnel et professionnel pour éviter toute confusion.
- Dans les démarches auprès des différents organismes des coordonnées bancaires devront être fournies (sécurité sociale, complémentaire santé, prévoyance, CARMF...).

Les banques offrent un certain nombre de prestations. Un conseiller aidera utilement à définir les besoins.

#### ↳ Lecteur de carte bancaire (Terminal de Paiement Electronique)

Conformément à l'article 53 du code de déontologie (article R.4127-53 du code de la santé publique), permettre au patient de régler les honoraires par carte bleue est possible à condition que cette facilité ne fasse l'objet d'aucune publicité.

Aujourd'hui un grand nombre de personnes n'utilisent plus que la Carte bleue pour effectuer leurs règlements. S'équiper d'un terminal constituera une réelle commodité pour les patients. De plus, certain T.P. E. peuvent lire les cartes Vitale.

## III COMPTABILITE / FISCALITE

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

### III.1 LES REGIMES D'IMPOSITION DES B.N.C.

#### III.1.1 Le régime de déclaration et d'imposition simplifiées, dit régime « micro BNC »

- Possible (à l'exclusion de l'exercice en société) si les recettes annuelles sont inférieures ou égales à 27 000 € H.T. - limite proratisée, le cas échéant, en fonction de la date de début d'exercice professionnel.

*Intérêt* : bénéfice des modalités de calcul simplifié des cotisations dues aux organismes de protection sociale (voir infra, p.56).

⇒ A porter sur la déclaration d'ensemble des revenus n°2042.

## 4. CONSEILS PRATIQUES

- Détermination du bénéfice net imposable par application aux recettes d'un abattement forfaitaire représentatif de l'ensemble des charges égal à 37 % avec un minimum de 305 €

En cas de dépassement de la limite des 27 000 € H.T. 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<sup>ère</sup> année de dépassement, l'abattement de 37 % ne s'appliquant pas alors à la fraction des recettes qui dépasse 27 000 € H.T.

**! A compter de 2007, pour l'imposition des revenus 2006, le taux de l'abattement forfaitaire passera de 37% à 25%, avec un minimum de 305 €**

### III.1.2 Le régime de la déclaration contrôlée

- Obligatoire :
  - au-delà de 27 000 € H.T. de recettes annuelles ;
  - pour les sociétés (quel que soit le montant des recettes annuelles).
- 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.

#### **Intérêt :**

- pour les adhérents des associations de gestion agréées, bénéfice de la réduction d'impôt en sus de l'abattement de 20 % (voir infra, p. 31) ;
- déduction, dans le cadre de la détermination du bénéfice net imposable, des charges réelles.

⇒ A porter sur la déclaration n°2035.

## 4. CONSEILS PRATIQUES

### ! FISCALITE SPECIFIQUE DES MEDECINS CONVENTIONNES 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 si ceux-ci ne sont pas comptabilisés, et qui n'est applicable aux sociétés de personnes que si celles-ci sont exclusivement composées de médecins du secteur I.

Les médecins adhérents d'une association de gestion agréée doivent choisir entre l'abattement de 20 % (voir infra, p. 31) et l'application des autres déductions forfaitaires (avis du conseil d'Etat du 20 octobre 2000). L'administration admet toutefois que l'abattement de 20 % peut être cumulé avec la déduction de 3 % au titre de la 1<sup>ère</sup> année d'adhésion et que l'abattement de 2 % est toujours susceptible de s'appliquer.

#### ↳ Allègements comptables

Ces praticiens, s'ils ne sont pas adhérents d'une association de gestion agréée, sont par ailleurs 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.

## 4. CONSEILS PRATIQUES

### III.2 LES ASSOCIATIONS DE GESTION AGREEES (AGA)

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.

#### III.2.1 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.

#### III.2.2 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.

#### III.2.3 Les avantages fiscaux

En contrepartie des obligations dont 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, dont le plus important prend la forme d'un abattement sur le bénéfice imposable, ce qui rapproche ainsi leurs conditions d'imposition de celles des salariés et corrige donc la discrimination importante opérée entre les salariés et les non-salariés pour la détermination de l'assiette de l'impôt sur le revenu.

#### ↳ L'abattement sur le bénéfice imposable

**Attention** : cet avantage fiscal n'est consenti qu'aux adhérents placés sous le régime de la déclaration contrôlée (soit obligatoirement, soit sur option).

Montant de l'abattement : **20 %** pour la fraction du bénéfice qui n'excède pas 120 100 € pour 2005 (d'où un abattement de 24 020 € maximum).

Sur le cumul, pour les médecins conventionnés du secteur I, de cet abattement avec les abattements spéciaux, voir supra, p. 30.

**Cet abattement est supprimé à compter de l'imposition des revenus 2006** (qui aura lieu en 2007) dans le cadre de la réforme de l'impôt sur le revenu, selon l'art 76 de la Loi de finance 2006.

Cette réforme a mis en place un nouveau barème d'imposition sur le revenu dans lequel sera intégré l'abattement de 20 % qui ne s'appliquait jusqu'alors qu'aux adhérents d'AGA. Mais afin d'éviter que la part des revenus qui n'était pas concernée

## 4. CONSEILS PRATIQUES

par cet abattement se voit appliquer un avantage supplémentaire, des mesures correctives ont été mises en place dont **une majoration de 25% du revenu imposable. Cette majoration ne s'appliquera pas aux adhérents des AGA.**

### ↳ 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. 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 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.

### ↳ 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.

## **4. CONSEILS PRATIQUES**

### **IV LES ASSURANCES**

#### **IV.1 OBLIGATOIRES**

##### **IV.1.1 Assurance responsabilité civile professionnelle**

Voir supra, p. 11.

##### **IV.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.

#### **IV.2 INDISPENSABLES**

##### **IV.2.1 Assurance du local professionnel**

Voir supra, p. 19.

##### **IV.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.

#### **IV.3 TRES FORTEMENT CONSEILLEES**

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).

##### **IV.3.1 Complémentaire frais médicaux**

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

## 4. CONSEILS PRATIQUES

### IV.3.2 Incapacité temporaire de travail

La CARMF laissant les 90 premiers jours sans garantie, la priorité est de combler au moins cette carence.

Au-delà, le besoin est à apprécier par rapport au chiffre d'affaires (cf. le montant de l'indemnité journalière versée par la CARMF).

### IV.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) ;
- l'invalidité interdisant l'exercice de la profession de médecin (cf. le cas du chirurgien qui ne peut plus exercer sa spécialité).

### IV.3.4 Décès

Pour un jeune médecin chargé de famille et sans réserves importantes, ce peut être une priorité (cf. les montants versés par la Sécurité sociale et la CARMF).

### IV.3.5 Epargne-retraite

Au-delà de la prévoyance, prévoir, à terme, un revenu complémentaire à sa retraite ou un capital pour sa famille, sera indispensable afin de ne pas subir une perte de revenus trop importante ; ce complément peut être souscrit :

- soit par un contrat d'assurance vie individuel comportant, au terme, 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.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

L'article 89 du Code de déontologie médicale prévoit expressément « qu'il est interdit à un médecin de faire gérer son cabinet par un confrère. »

Par ailleurs, l'article 87 du Code de déontologie médicale indique qu'« il est interdit à un médecin d'employer pour son compte, dans l'exercice de sa profession, un autre médecin ou un étudiant en médecine ».

Le même texte prévoit cependant que le médecin « peut être assisté dans des circonstances exceptionnelles, notamment en cas d'afflux exceptionnel de population ». Si l'assistant est docteur en médecine, l'autorisation fera l'objet d'une décision individuelle du Conseil départemental ; s'il s'agit d'un étudiant, l'autorisation préfectorale est nécessaire.

Le Code de déontologie médicale reconnaît, dans son article 65 (art. L 4127-65 du CSP), que le remplacement temporaire est autorisé à condition que le remplaçant soit « un confrère ou un étudiant remplissant les conditions prévues par la loi » ; dans ce cas, le médecin titulaire du poste cesse toute activité libérale durant la période de remplacement.

Enfin, la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 a créé un contrat de collaboration libérale permettant à un médecin libéral de s'attacher les services d'un collaborateur libéral au sein du cabinet pour une durée préfixée.

Juridiquement, trois modes d'exercice libéral peuvent être distingués :

- **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.

Des structures de Groupe peuvent être créées en parallèle afin d'assurer la gestion des moyens nécessaires à l'exercice libéral au sein du cabinet ou entre plusieurs cabinets : locaux, matériels, personnel (Société Civile de Moyens, Société Civile Immobilière).

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 ».

## **5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL**

Pour les médecins exerçant en société (SCP, SEL), une ordonnance n° 2005 – 1040 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.

Modèles de contrat sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins :

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

### **I. LES DIVERS MODES D'EXERCICE LIBERAL**

#### **I.1. L'EXERCICE INDIVIDUEL**

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

- de son impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices 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.
- 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<sup>ème</sup> année tant que le revenu global s'avère insuffisant pour permettre sa déduction intégrale.
  - 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 de l'imposition de la plus value à long terme / taux de l'impôt sur les sociétés).

#### **I.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 ;

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

- 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 SOCIETE CIVILE PROFESSIONNELLE (SCP)***

Sont récapitulés dans le tableau infra, les éléments relatifs à l'exercice en SCP.

**La SCP implique la mise en commun des honoraires entre les associés.**

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 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.

Les associés demeurent soumis aux BNC.

### ***1.4. LA SOCIETE D'EXERCICE LIBERAL (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 et ayant donc besoin de capitaux importants pour leurs investissements.

Sont récapitulés dans le tableau infra, les éléments relatifs à l'exercice en SEL :

#### **↳ 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).

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

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.

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.

Les intérêts de crédits nécessaires à l'acquisition des parts de la SEL ne sont pas déductibles fiscalement, alors qu'ils le sont dans le cadre du financement de l'achat de parts de SCP ou d'une installation en exercice individuel.

### ↳ 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.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

### ↳ 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 libératoire de l'impôt sur le revenu au taux de 27 % (fiscalité des revenus mobiliers).

### ↳ 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.

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 l'impact est par contre limité, si ce n'est pour les dirigeants affiliés au régime général pour leur activité de mandataire social comme vu ci-avant, bénéficiant à ce titre d'une retraite de salarié cadre.

## **5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL**

### **II. LES DIVERS MODES DE GESTION DES MOYENS D'EXERCICE LIBERAL**

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 SOCIETE 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.

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 A 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).

## **5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL**

### ***II.3. LA SOCIETE CIVILE IMMOBILIERE (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, les loyers font l'objet d'une déduction forfaitaire en principe de 14 % pour les immeubles urbains ou ruraux (sauf taux particuliers applicables à certaines opérations spécifiques).

Cette déduction forfaitaire de 14% sera supprimée à compter de l'imposition des revenus 2006 et en compensation un certain nombre de charges seront déductibles 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 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.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

### EXERCICE LIBERAL EN GROUPE (hors SEL)

	GROUPEMENTS DE MOYENS (mise en commun de moyens sans mise en commun de l'activité)			GROUPEMENTS D'EXERCICE (mise en commun totale ou partielle des honoraires)	
	Société civile de moyens (SCM)	Contrat d'exercice à frais communs	Société civile immobilière (SCI)	Société civile professionnelle (SCP)	Convention d'exercice conjoint
<b>Exercice de la profession</b>	par les associés (et non par la SCM)	par les parties au contrat parties au contrat	Par les associés ( et non la SCI)  associés	par la SCP (et non par les associés)	par les parties à la convention
<b>Inscription au tableau de l'Ordre des médecins</b>	associés			associés + SCP en tant que telle	parties à la convention
<b>Responsabilité des associés à l'égard des tiers au niveau des dettes sociales (« obligation au passif social »)</b>	personnelle, indéfinie et conjointe (à proportion de leur part dans le capital social)	responsabilité du professionnel libéral	personnelle, indéfinie et conjointe (à proportion de leur part dans le capital social)	personnelle, indéfinie et solidaire	responsabilité du professionnel libéral
<b>Nombre d'associés au capital social</b>	au moins 2 personnes physiques ou morales	Sans objet	au moins 2 personnes physiques ou morales	au moins 2 personnes physiques	sans objet
<b>Montant du capital social</b>	librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)	Sans objet	librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)	librement fixé par les statuts (pas de minimum exigé)	sans objet
<b>Personnalité morale</b>	oui	non	oui	oui	non
<b>Immatriculation au registre du commerce et des sociétés</b>	oui	non	oui	oui	non

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

### EXERCICE LIBERAL DANS LE CADRE D'UNE SEL (Société d'exercice libérale)

	SELURL	SELARL	SELAFA	SELCA	SELAS
<b>Forme de la société</b>	entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (SARL à associé unique)	société à responsabilité limitée	société anonyme	société en commandite par actions	société par actions simplifiée
<b>Montant du capital social</b>	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
<b>Nombre d'associés au capital social</b>	1 (gérant majoritaire)	au moins 2	au moins 3 (par dérogation au droit commun)	<u>actionnaires commanditaires</u> (qui n'exercent ni ne gèrent) au moins 3 <u>associé(s) commandité(s)</u> au moins 1	1 (SELAS unipersonnelle ou SELASU) ou plusieurs
<b>Statut social du professionnel libéral (retraite et prévoyance)</b>	travailleur indépendant (CARMF)	<u>gérant associé majoritaire</u> travailleur indépendant (CARMF) <u>gérant associé non majoritaire</u> - travailleur indépendant (CARMF) pour l'activité médicale - rattachement au régime général des travailleurs salariés pour l'activité de mandataire social	<u>associé non mandataire social</u> travailleur indépendant (CARMF) <u>Président du Conseil d'administration ou du Directoire</u> <u>Directeur général</u>	<u>actionnaire commanditaire</u> sans objet <u>associé commandité</u> travailleur indépendant (CARMF)	travailleur indépendant (CARMF)
<b>Statut fiscal du professionnel libéral (imposition du revenu)</b>	travailleur indépendant (BNC) <u>si option pour l'impôt sur les sociétés</u> : article 62 du Code général des impôts (*)	<u>gérant associé majoritaire</u> article 62 du Code général des impôts (*) <u>gérant associé non majoritaire</u> assimilation au salarié cadre (traitements et salaires)	assimilation au salarié cadre (traitements et salaires)	<u>actionnaire commanditaire</u> sans objet <u>associé commandité</u> article 62 du Code général des impôts (*)	assimilation au salarié cadre (traitements et salaires)
<b>Régime d'imposition des bénéfices</b>	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

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

### 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.

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 ETRE 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<sup>ème</sup> cycle d'études médicales** (en cours d'études ou diplômés) ;
- thésés ou non ;
- ayant validé, en tout état de cause, des semestres de résidanat ou 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<sup>ème</sup> année à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine.

## **5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL**

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 le week-end ou les vacances.

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

Pendant leur 1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> année de fonctions, 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 permis par la loi du 21 août 2003 : voir infra, p. 81).

### **III.2. QUELLES DEMARCHES 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.

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,
- 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.

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.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

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.

Le médecin remplacé doit également aviser le « service relations avec les professions de santé » de la CPAM dont il dépend.

### ↳ 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.

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. 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.

Exemple : en médecine générale, il faut être inscrit en 3<sup>ème</sup> cycle de spécialité « médecine générale » et avoir validé 3 semestres, dont 1 chez un praticien généraliste agréé.

### ↳ Le contrat de remplacement

Le remplacement doit obligatoirement faire l'objet d'un contrat écrit, 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.

Des contrats type sont fournis par le Conseil de l'Ordre et sont accessibles sur :

**[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)**

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

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.

### 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 effectués par les autres associés.

#### ↳ 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 une journée (non fractionnée) par semaine. Il ne doit pas s'instaurer d'assistantat 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 d'un médecin interdit

Un médecin interdit d'exercer ne peut pas se faire remplacer. 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.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

### ↳ 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 1er 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 également infra : fiche technique n°4 médecin traitant et parcours de soins, p 90).

### **III.3. CONDITIONS D'EXERCICE ET PROTECTION SOCIALE DU REMPLAÇANT**

#### **III.3.1. La situation conventionnelle**

**Le médecin remplacé doit vérifier que le remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice médical dans le cadre de la convention médicale** en vigueur. 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.

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 non-respect des références médicales opposables est imputable au remplaçant pour les actes qu'il effectue. En revanche, la gestion de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales s'impute sur celle du médecin remplacé.

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

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement.

Le remplaçant thésé indique sur les différents supports de facturation son numéro d'inscription à l'Ordre ou, à défaut pour le non-thésé, celui attribué par la CPAM, et précise sa situation de remplaçant.

La CPAM peut demander communication du contrat de remplacement.

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale dans le cadre de la convention médicale en vigueur durant son remplacement. Des dérogations très exceptionnelles peuvent être accordées par le Conseil départemental (par exemple, convalescence de maladie grave ou d'accident, grossesse, etc.).

### III.3.2. Pratique médicale et honoraires

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

Le remplaçant ne doit pas provoquer de changement complet de thérapeutiques et d'habitudes de la clientèle. 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.

#### ↳ 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

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

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.

### ↳ **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.

**Pour les étudiants 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 étudiants thésés :** suite à l'inscription auprès de l'Ordre, faire la demande de CPS pour pouvoir effectuer des remplacements.

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).

#### • **Assurance maladie-maternité**

- Les étudiants et internes en médecine, s'ils ne dépendent pas du régime de Sécurité sociale étudiant, bénéficient du régime des praticiens conventionnés (voir infra, p. 58 et suivantes) ; les cotisations au régime général sont néanmoins à payer si le remplacement dure plus de 30 jours.

L'article D 722 – 7 du Code de la Sécurité Sociale prévoit en cas de cessation d'activité temporaire les dispositions suivantes entre deux remplaçants.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

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, p. 58.

Si cette reprise intervient plus d'un an après la cessation d'activité et dans l'année civile suivante, les cotisations dues pour chacune des périodes d'un an débutant le 1<sup>er</sup> mai des deux premières années civiles qui suivent celles de la cessation d'activité sont calculées sur les bases forfaitaires prévus en cas de début d'activité (voir infra p. 59).

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 p. 59).

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

### • Allocations familiales, CSG et CRDS, CFP et CUM

Le remplaçant, quel que soit son statut, cotise aux allocations familiales dans les mêmes conditions qu'un médecin libéral installé (voir infra, p. 66). Il peut, sur sa demande, obtenir le remboursement de la cotisation acquittée 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 4 243 € en 2005 (minimum soumis à cotisation).

Il est également redevable de la CSG et de la CRDS, ainsi que de la CFP, dans les conditions précisées infra, p. 69 et 70.

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 et étant 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, p. 71 et suivantes.

Il doit déclarer à la CARMF le début de son activité le plus rapidement possible (en principe dans le mois qui suit).

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 (voir infra, p. 53), il peut être dispensé des cotisations à la CARMF. Il perd toutefois ses droits à garantie contre les risques incapacité temporaire, invalidité et décès, et la période de remplacement n'est pas prise en compte pour l'ouverture et le calcul des droits à la retraite.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

Bien entendu, l'intéressé peut demander à être affilié pour obtenir les droits correspondants.

### ↳ Fiscalité du remplaçant

#### • Obligations du médecin remplacé

Le médecin remplacé déclare, au titre de ses recettes, la totalité des honoraires perçus par le remplaçant, déduction faite de la part qui lui a été rétrocédée et des avantages en nature, qui font l'objet d'une déclaration spéciale 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<sup>er</sup> 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 supra, p. 28).

#### 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<sup>er</sup> 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.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

### - **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.

### - **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 supra, p. 31).

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.

### ↳ **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.

## 5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL

### IV. LE COLLABORATEUR LIBERAL

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. Si le nouvel article 87 du code de déontologie médicale a été adopté par le conseil de l'ordre, il n'a pas encore été publié, et le conseil de l'ordre a précisé en novembre 2005 que le recours à la collaboration libérale était néanmoins déjà autorisé.

Il est précisé que la qualité de collaborateur libéral est attachée « au membre non salarié d'une profession (...) qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession ».

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 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.

Le collaborateur libéral 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.

En outre le collaborateur libéral peut 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 est soumis au statut social du travailleur indépendant, il est donc affilié à la CARMF.

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 ses 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,

## **5. LES DIFFERENTS MODES D'EXERCICE LIBERAL**

- 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.

Le statut du collaborateur a pour objectif principal de transmettre en douceur le cabinet au collaborateur futur successeur ou tout au moins 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.

Pour toute information complémentaire voir sur le site internet du conseil national de l'ordre des médecins : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr), Rubrique « l'exercice du quotidien », Contrat.

## 6. LA PROTECTION SOCIALE DU MEDECIN

Le médecin non salarié bénéficie de la protection sociale des professions libérales. A titre dérogatoire, comme certaines autres professions médicales et comme l'ensemble des auxiliaires médicaux libéraux, le médecin peut bénéficier, en adhérant à la convention nationale des médecins, du régime général de la Sécurité sociale.

### **Assiette de cotisations commune à tous les organismes de protection sociale**

Les cotisations, lorsqu'elles sont proportionnelles au revenu imposable, sont calculées sur la base du revenu professionnel servant de base à l'impôt sur le revenu, avant application :

- des allègements fiscaux pour entreprises nouvelles ;
- 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 ;
- de l'abattement institué en faveur des adhérents des associations de gestion agréées (voir supra, p. 31) ;
- de la déduction des investissements Outre-mer ;
- de l'exonération sur les bénéficiaires instituée en zones franches urbaines ou en Corse (sociétés uniquement).

### **! REGLES PARTICULIERES EN DEBUT D'EXERCICE PROFESSIONNEL.**

Les cotisations sont calculées, à titre provisionnel, sur la base d'un revenu forfaitaire, et sont régularisées une fois les revenus réels connus. Sur demande du travailleur non salariés, il n'est exigé aucune cotisation provisionnelle ou définitive pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salarié. Les cotisations définitives dues au titre de cette période peuvent faire l'objet, à la demande du travailleur non salarié, d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20% du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'emporte aucune majoration de retard. 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 d'entreprise.

### **! Médecins relevant du régime déclaratif spécial (*article 102 ter du Code général des impôts*) : revenus de l'année prise en compte n'excédant pas 27 000 €H.T.**

En application de l'article 35 de la loi n°2003-721 du 1<sup>er</sup> août 2003 pour l'initiative économique, ces médecins 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).

## 6. LA PROTECTION SOCIALE DU MEDECIN

### **! Option pour la mensualisation de cotisations**

Il est possible de régler mensuellement toutes les cotisations, même la cotisation d'assurance maladie-maternité du régime général CNAMTS.

- Pour la CANAM, l'option peut être exercée à tout moment : sur demande du formulaire «d'autorisation de prélèvement » à l'organisme conventionné.
- Pour l'URSSAF, l'option doit être exercée avant le 1<sup>er</sup> décembre pour un prélèvement sur l'intégralité de l'année suivante (10 échéances) ; sinon, cette option peut être encore exercée avant le 20 du mois pour un prélèvement le 20 du mois suivant.
- Pour la CARMEF, demande à tout moment de l'année pour un prélèvement le 5 du mois suivant.

## 1<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

### ! IMPOT SUR LE REVENU

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

### **I. LE MEDECIN CONVENTIONNE AFFILIE AU REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE (CNAMTS)**

Cette affiliation concerne :

- les médecins du secteur I ;
- les médecins du secteur II n'ayant pas opté pour le régime des travailleurs non salariés (régime des travailleurs non salariés : voir infra, p. 64).

#### **I.1. LES COTISATIONS**

↳ **Assiette** : revenu de l'avant-dernière année (année N-2) tiré de l'exercice de la profession en clientèle privée et dans le cadre de la convention, tel que défini supra, p. 56, sous forme de provision, puis régularisation sur le revenu de l'année N lorsque celui-ci est connu.

↳ **Taux** :

A compter du 12 février 2005 le taux de prise en charge des cotisations sociales des médecins spécialistes du secteur I est modifié et aligné sur celui des médecins généralistes du secteur I.

- Médecins généralistes et spécialistes du secteur I : **0,11 %** du revenu (y compris la majoration de 10 % au titre de la cotisation de solidarité).
- Les médecins du secteur II (n'ayant pas opté pour le régime des travailleurs non salariés) qui **adhèrent à l'option de coordination ouverte au 1<sup>er</sup> juillet 2005** (voir fiche technique « médecin traitant et parcours de soin) :
  - sur la part d'activité en tarifs opposables (parcours de soins) : **0,11 %**
  - sur la part d'activité restante : **9,81%** (0,11% + 9,7% part non prise en charge par la Sécurité sociale).
- Les médecins du secteur II (n'ayant pas opté pour le régime des travailleurs non salariés) et **n'adhérant pas à l'option de coordination ouverte au 1<sup>er</sup> juillet 2005** : **9,81%** du revenu (0,11% + 9,7% part non prise en charge par la Sécurité sociale).

↳ **Période de référence** : du 1<sup>er</sup> mai de l'année conventionnelle au 30 avril de l'année conventionnelle suivante.

# 1<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

## I.2. MODALITES DE PAIEMENT

### ↳ Règle générale

Règlement : à l'URSSAF,

La cotisation est payable d'avance avant le 1<sup>er</sup> juin de chaque année (pour la période du 1<sup>er</sup> mai de l'année au 30 avril de l'année suivante).

Autres modalités de règlement, sur demande à l'URSSAF :

- un paiement semestriel, trimestriel par fractions égales,
- un prélèvement automatique semestriel, trimestriel ou mensuel des cotisations.

Echéances trimestrielles :

- paiement avant le 1<sup>er</sup> juin pour la période du 1<sup>er</sup> mai au 31 juillet,
- paiement avant le 1<sup>er</sup> septembre pour la période du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre,
- paiement avant le 1<sup>er</sup> décembre pour la période du 1<sup>er</sup> novembre au 31 janvier,
- paiement avant le 1<sup>er</sup> mars pour la période du 1<sup>er</sup> février au 30 avril.

Exemple : la cotisation due pour la période du 1<sup>er</sup> mai (année N) au 30 avril suivant (année N +1) est calculée sur la base du revenu de l'année N-2.

### ! REGLES PARTICULIERES EN DEBUT D' EXERCICE PROFESSIONNEL

2 possibilités :

- Les cotisations visées au I. 1 sont calculées sur la base d'un revenu forfaitaire égal à :
  - **pour la 1<sup>ère</sup> 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 15 534 € en 2006) d'où une cotisation annuelle en 2006 de :
    - **17,08 €** pour un généraliste ou un spécialiste du secteur I
    - **1 523,88 €** pour un médecin du secteur II n'ayant pas opté pour la coordination
    - **17,08 €** pour le médecin secteur II option coordination (selon l'urssaf)
  - **pour la 2<sup>ème</sup> année d'activité** : 2/3 du plafond annuel de la Sécurité sociale de l'année d'affiliation (soit 20 712 € en 2006) d'où une cotisation annuelle en 2006 de :
    - **22,78 €** pour un généraliste ou un spécialiste du secteur I
    - **2 031,84 €** pour un médecin du secteur II n'ayant pas opté pour la coordination
    - **22,78 €** pour le médecin secteur II option coordination (selon l'urssaf)
  - **Pour la 3<sup>ème</sup> 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 (2 589 € en 2006) que de mois entiers d'inactivité.

Pour tout renseignement complémentaire :  
[www.urssaf.fr](http://www.urssaf.fr)

# 1<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

## I.3. LES PRESTATIONS

### I.3.1. 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 de choisir un médecin traitant. Le respect du parcours de soins permet au patient d'avoir les taux de remboursement des frais médicaux indiqués ci-dessous. (voir fiche technique : le médecin traitant et le parcours de soin)

- 70 % pour les honoraires des praticiens (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<sup>ème</sup> jour,
- 100% pour l'hospitalisation à partir du 31<sup>ème</sup> jour, ou du 1<sup>er</sup> 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.

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...).

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

**! 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<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

### I.3.2. Les prestations en espèces

**Attention** : aucune prestation en espèces n'est versée en cas d'arrêt de travail (le régime prévoyance de la CARMF prévoit une indemnité à compter du 91<sup>ème</sup> jour : voir infra, p. 83).

#### ↳ 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 (2 589 € en 2006);
  - ♦ en cas d'adoption, à ½ plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 1 294.5 € en 2006) ;

L'allocation est versée en 2 fois : la 1<sup>ère</sup> moitié à la fin du 7<sup>ème</sup> mois, l'autre moitié après l'accouchement.

- d'une indemnité journalière forfaitaire, sans obligation de se faire remplacer pendant l'arrêt de travail, , 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 la parution du décret 2006-644 le 02/06/06 alignant le régime sur celui des salariés**) si l'assurée cesse toute activité rémunérée durant la période d'indemnisation et pendant au moins 8 semaines dont 2 avant l'accouchement ; A partir du 3<sup>ème</sup> enfant, la durée du congé de maternité est de 26 semaines (8 semaines avant l'accouchement et 18 semaines après). Le montant est fixé :
  - ♦ en cas de maternité, à 1/60e du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 43,15 € en 2006, (soit, en 2006, 1 294.5 € = ½ plafond mensuel de la Sécurité sociale pour 30 jours de repos et 647 € par prolongation de 15 jours) ;
  - ♦ 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.

#### **! Cumul activité libérale/activité salariée**

Une femme médecin qui exerce parallèlement à son activité libérale une activité salariée lui ouvrant droit aux indemnités journalières de maternité peut percevoir celles-ci, (y compris si elle poursuit son exercice en clientèle privée).

Conditions :

- cesser l'activité salariée pendant au moins 8 semaines,
- exercer à titre principal l'activité libérale et à titre secondaire l'activité salariée,
- justifier de 6 mois de cotisations à la date présumée de l'accouchement, pour une rémunération au moins égale à 1015 fois le Smic horaire ou avoir travaillé 200 heures au cours des 3 mois précédent la date de l'accouchement. (CSS art L313-1)

(Rép Colin : AN 23-1-1995 Q 18531)

(Cass. Ass. Plen. 20-3-1992 n°338 : RJS 5/92 n°675)

- Les **conjointes collaboratrices** perçoivent, en cas de maternité ou d'adoption :

## 1<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

- 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 (1 397,63 € au 1/7/2006) soit **2 795, 26 €** (selon le Décret 2006-965 du 09/08/05).
- 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 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 vingt-huit 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 à 1/56 d'un montant fixé à deux fois le salaire minimum de croissance (soit **49, 92 €**)
- ◆ 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<sup>e</sup> du plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit 43,15 € en 2006), 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 débiter 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 **une 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 1/56 d'un montant fixé à deux fois le salaire minimum de croissance (soit **49,92 €**).

## 1<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

### ↳ 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 310,68 € en 2006), ni supérieur à ¼ de ce même plafond (7 767 € en 2006).

Il s'ajoute au capital versé par le régime de retraite des médecins de la CARMF (voir infra, p. 84).

Pour tous renseignements complémentaires : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) (l'assurance maladie en ligne)

# 1<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

## **II LE MEDECIN AFFILIE AU REGIME DES TRAVAILLEURS NON SALARIES (CANAM)**

Cette affiliation concerne :

- les médecins du secteur II (honoraires libres) ayant choisi ce régime et opté ou non pour l'option de coordination ;
- les médecins dits du secteur III (hors convention).

### **II.1 LES COTISATIONS**

☞ **Assiette** : la même que celle des cotisations dues au titre du régime général (voir supra, p. 58).

☞ **Taux** : **6,50 %** du revenu professionnel, dont :

- **0,60 %** dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale (31 068 € en 2006) ;
- **5,90 %** dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (155 340 € en 2006).

Soit une cotisation maximale de 9 351,4 € en 2006.

☞ **Période de référence** : du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année suivante.

☞ **Règlement** : paiement d'avance, réparti en deux échéances semestrielles fixées au 1<sup>er</sup> avril et au 1<sup>er</sup> octobre (sauf option pour le prélèvement mensuel : voir supra, p. 58) ; versement à l'organisme conventionné auquel le médecin s'est affilié (voir supra, p. 17).

#### **Exemple de calcul des cotisations dues en 2006**

Hypothèse : assiette de calcul 2004 = 60 000 € - assiette 2005 = 70 000 €

● **1<sup>er</sup> semestre** (1<sup>er</sup> avril 2006 au 30 septembre 2006)

Acompte provisionnel 2004

$$\begin{aligned} &= [(30\,192 \text{ €} \times 0,60 \%) + (\text{revenus } 2004 \times 5,90 \%)] \times 183/365 \text{ (6 mois)} \\ &= (181,15 \text{ €} + 3\,540 \text{ €}) \times 183/365 \\ &= \mathbf{1\,865,67 \text{ €}} \end{aligned}$$

● **2<sup>nd</sup> semestre** (1<sup>er</sup> octobre 2006 au 31 mars 2007)

$[(30\,192 \text{ €} \times 0,60 \%) + (\text{revenus } 2005 \times 5,90 \%)]$

$$\begin{aligned} &= 181,15 \text{ €} + 4\,130 \text{ €} \\ &= \mathbf{4\,311,15 \text{ €}} \end{aligned}$$

Régularisation des cotisations pour 2005 + acompte provisionnel 2006

$$\begin{aligned} &= (4\,311,15 \text{ €} - (1\,865,67 \times 2)) + (4\,311,15 \text{ €} - \text{acompte provisionnel } 2005) \\ &= \mathbf{3\,025,29 \text{ €}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Cotisation totale payée en 2006} &= \text{cotisation } 1^{\text{er}} \text{ semestre} + \text{cotisation } 2^{\text{nd}} \text{ semestre} \\ &= 1\,865,67 \text{ €} + 3\,025,29 \text{ €} \\ &= \mathbf{4\,890,96 \text{ €}} \end{aligned}$$

## 1<sup>ère</sup> partie : L'assurance maladie-maternité

### ↳ Déclaration de revenus

Chaque année, les assurés doivent remplir et renvoyer avant le 1<sup>er</sup> 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 ;
- se voir appliquer une majoration.

### ↳ 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<sup>er</sup> janvier de l'année en cours (soit 12 427,20 € en 2006).

Calculée sur la base de ce revenu, la cotisation minimale s'élève ainsi à 808 € en 2006 (12 427,20\*6,5%).

Exemple : un médecin dont les revenus 2005 ont été de 10 000 € devra s'acquitter :

- d'un acompte semestriel au 1<sup>er</sup> avril 2006 :  $808 \text{ €} \times (183/365) = 405 \text{ €}$
- du solde au 1<sup>er</sup> octobre 2006 :  $808 \text{ €} - 405 \text{ €} = 403 \text{ €}$

### ! REGLES PARTICULIERES EN DEBUT 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 (voir infra, p. 68), soit un **revenu forfaitaire** égal à :

- **pour la 1<sup>ère</sup> année d'activité** en 2006 : 18 fois le montant de la base mensuelle des prestations familiales (BMAF) en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre de l'année précédente (361,37 € en 2005), soit **6 505 €** en 2006 d'où une cotisation annuelle en 2006 de : **423 €** ( $6\,505 \times 6,5\%$ ) ;
- **pour la 2<sup>ème</sup> année d'activité** en 2007 : 27 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre de l'année précédente (367,87 € en 2006), soit **9 932,5 €** d'où une cotisation annuelle en 2007 de **645,6 €** ( $9\,932,5 \times 6,5\%$ ).

Les cotisations feront l'objet d'une régularisation lorsque le revenu réel sera connu.

## II.2 LES PRESTATIONS

Les médecins affiliés au régime des travailleurs non salariés (et leurs conjoints collaborateurs) bénéficient, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, de toutes les prestations d'assurance maladie-maternité du régime général (voir supra, p. 60 et suivantes), à l'exception cependant des prestations en cas de décès. Pour tous renseignements complémentaires : **www.canam.fr**

## 2<sup>ème</sup> partie : L'URSSAF

Les cotisations dues à l'URSSAF (autres que celles visées ci-dessus au titre de l'assurance maladie-maternité) sont de **cinq types** :

- 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).

### **! IMPOT 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**

↪ **Assiette** : revenu de l'avant-dernière année d'activité, tel que défini supra, p. 56.

↪ **Taux** :

- pour les médecins et les spécialistes conventionnés du secteur I, qui bénéficient d'une prise en charge partielle de la cotisation par les CPAM :
  - **0,40 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (soit 124,3 € en 2006)**
  - **2,50 %** de la part de revenu supérieure au plafond annuel de la Sécurité sociale

**! La même cotisation peut également se présenter comme suit :**

- **0,40 % de la totalité du revenu** (part du revenu égale au plafond annuel de la sécurité sociale + part supérieure au plafond)
- **2,10 % (2.50 - 0.4)** de la part de revenu supérieure au plafond annuel de la Sécurité sociale.

- Les médecins du secteur II qui adhèrent à l'option de coordination ouverte au 1er juillet 2005 : (voir fiche pratique 4 en annexe)
  - sur la part d'activité en tarifs opposables (parcours de soins) : **0,40 %** du plafond annuel de la sécurité sociale et **2,50 %** sur la part de revenu supérieure au plafond annuel de la Sécurité sociale,
  - sur la part d'activité restante : **5,4 %** du revenu.
- Pour tous les autres médecins, y compris ceux du secteur II, n'adhérant pas à l'option de coordination ouverte au 1er juillet 2005 :
  - **5,40 %** de la totalité du revenu

↪ **Période de référence** : du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année.

## 2<sup>ème</sup> partie : L'URSSAF

↳ **Règlement** : par échéances trimestrielles, les 15 février, 15 mai, 15 août et 15 novembre de chaque année ou par **échéances semestrielles**, payables au plus tard les 15 mai et 15 novembre (sauf option pour le prélèvement mensuel : voir supra, p. 57)

### **Possibilité de modulation des cotisations sur demande du médecin :**

Les cotisations des médecins sont alors 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. (Ce dispositif est applicable aux médecins, quelle que soit la date de leur début d'activité, *uniquement pour le calcul des cotisations d'allocations familiales, CSG, CRDS*).

- Si le médecin relève du régime déclaratif spécial (Micro-BNC) :

Adresser à l'Urssaf une estimation des revenus pour l'année en cours et une copie de l'avis d'imposition de l'année précédente.

- Pour les médecins ne relevant pas du régime (Micro-BNC) :

Adresser simplement une estimation du revenu de l'année en cours.

### **Modulation des cotisations :**

**! Lorsque les revenus définitifs seront connus, une régularisation sera opérée par l'URSSAF. Si le revenu définitif est supérieur de plus d'1/3 au revenu estimé, une majoration de 10% sera appliquée. Cette sanction ne s'applique pas pour le régime Micro-BNC**

### **! DISPENSE DE COTISATIONS**

Sont dispensés du versement de la cotisation personnelle d'allocations familiales, les médecins dont le revenu professionnel est inférieur au minimum soumis à cotisation, **4 336 € en 2006**. (base annuelle de l'allocation familiale de l'année précédente)

## 2<sup>ème</sup> partie : L'URSSAF

### ! REGLES PARTICULIERES EN DEBUT D'EXERCICE PROFESSIONNEL

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

- **pour la 1<sup>ère</sup> année d'activité** en 2006 : 18 fois le montant de la base mensuelle des prestations familiales (BMAF) en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre de l'année précédente (361,37 € en 2005), soit **6 504.5 €** en 2006 **d'où une cotisation annuelle en 2006 de :**
  - **26 €** pour un médecin du secteur I, ( $6\,504.5 \times 0,4\%$ )
  - **26 €** pour un médecin du secteur II (option coordination)
  - **351,24 €** ( $6\,504.5 \times 5,4\%$ ) pour un médecin du secteur II sans la coordination ou un médecin non conventionné
- **pour la 2<sup>ème</sup> année d'activité** en 2007 : 27 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre de l'année précédente (367,87 € en 2006), soit **9 932.5 €** d'où une cotisation annuelle en 2006 de :
  - **39,73 €** pour un médecin du secteur I ( $9\,932.5 \times 0,4\%$ ),
  - **39,73 €** pour un médecin du secteur II (option coordination),
  - **536,3 €** pour un médecin du secteur II sans l'option coordination ou un médecin non conventionné ( $9\,932.5 \times 5,4\%$ ).

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

### **I.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.urssaf.fr](http://www.urssaf.fr)                      [www.caf.fr](http://www.caf.fr)

## 2<sup>ème</sup> partie : L'URSSAF

### **II LA CONTRIBUTION SOCIALE GENERALISEE ET LA CONTRIBUTION AU REMBOURSEMENT DE LA DETTE SOCIALE (CSG ET CRDS)**

↳ **Assiette** : celle servant au calcul des cotisations d'assurance maladie-maternité et d'allocations familiales (voir supra, p. 58), augmentée des cotisations, déduites fiscalement, d'assurance maladie-maternité, d'assurance vieillesse et d'allocations familiales.

↳ **Taux** (global et unique) : **8 %** au 1<sup>er</sup> janvier 2006, 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. 65).

#### **! DISPENSE DE COTISATIONS**

Sont dispensés du versement de la CSG et de la CRDS, les médecins dont le revenu professionnel est inférieur au minimum soumis à cotisation (4 336 € en 2006).

#### **! REGLES PARTICULIERES EN DEBUT D'EXERCICE PROFESSIONNEL**

La contribution est calculée sur les mêmes bases que la cotisation d'allocations familiales (voir supra, p. 68), soit sur la base d'un revenu forfaitaire égal à :

• **pour la 1<sup>ère</sup> année d'activité** en 2006 : 6 504.5 € (\* 8%)  
d'où une contribution en 2005 de **520,4 €**

• **pour la 2<sup>ème</sup> année d'activité** en 2007 : 9 932.5 € (\* 8%)  
d'où une contribution en 2006 de **794,6 €**

**Les cotisations feront l'objet d'une régularisation lorsque le revenu réel sera connu.**

## 2<sup>ème</sup> partie : L'URSSAF

### **III LA CONTRIBUTION A LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

↪ **Taux** : **0,15 %** du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année précédant la mise en recouvrement (soit 45.3 € en 2006).

↪ **Règlement** : avant le 15 février 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 au titre de 2005**, exigible en 2006, les personnes dont les revenus professionnels sont inférieurs à 4 336 € (plafond annuel 2005 de calcul des allocations familiales).

### **IV LA CONTRIBUTION AUX UNIONS MEDICALES (CUM)**

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

La contribution est calculée à titre prévisionnel sur le revenu N - 2 puis régularisée lorsque les revenus de l'année N sont connus.

En cas de début d'activité, la « Cum » est calculée sur une base forfaitaire (plafond annuel de la sécurité sociale de l'année en cours)

↪ **Taux** : **0,50 %** du revenu dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier (soit une contribution maximale de 155 € en 2006).

↪ **Règlement** : avant le 15 mai de chaque année.

## 3<sup>ème</sup> 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, expertise...), même s'ils exercent, par ailleurs, une activité salariée.

### **CARMF**

46 rue Saint-Ferdinand, 75841 Paris Cedex 17

Tél. : 01.40.68.32.00 - Fax : 01.45.72.11.87

Serveur vocal : 01.40.68.33.72

[www.carmf.fr](http://www.carmf.fr)

**! Depuis la loi du 2 août 2005 en faveur des Petites et Moyennes Entreprises, l'affiliation au régime de base d'assurance vieillesse, au régime complémentaire et à l'assurance invalidité décès est obligatoire pour le conjoint collaborateur.**

### **I. LES COTISATIONS**

#### **! IMPOT SUR LE REVENU**

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

↳ **Assiette** : revenus non salariés nets de l'avant-dernière année d'activité.

↳ **Règlement** : Les cotisations sont exigibles annuellement et d'avance. 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 février,
- versement du solde avant le 31 juillet.

(sauf option pour le prélèvement mensuel : voir supra, p. 58).

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

#### ***I.1 RETRAITE (ASSURANCE VIEILLESSE)***

Les taux, montants et modes de calcul de chaque régime sont récapitulés dans le tableau infra, p. 74.

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

### I.1.1 Régime de base

La loi Fillon du 21 août 2003 portant réforme des retraites, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, a institué 2 tranches, chacune affectée d'un taux spécifique de cotisation :

- tranche 1 : **8,6 %** du revenu dans la limite de 85 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (26 408 € en 2006), soit un maximum de 2 271 € (26 408 \* 8,6%).
- 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 (155 340 € en 2006), soit un maximum de 2 063 € ((155 340 – 26 408)\*1,6%).

#### **! Dispenses, réductions et exonérations de cotisations**

La loi du 21 août 2003 a supprimé, à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- la dispense de début de carrière (pour la 1<sup>ère</sup> 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<sup>er</sup> janvier de l'année considérée (8,03 € au 01/01/06), soit 1 606 € pour 2006.

Elle est calculée sur la base de ce revenu et s'élève ainsi à 138 € en 2006 (1 606 \* 8,6 %) ce qui permet de valider 1 trimestre par an.

#### **! REGLES PARTICULIERES EN DEBUT D'EXERCICE PROFESSIONNEL en 2006**

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

- **pour la 1<sup>ère</sup> année d'activité** (en 2006): 18 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-1 (361,37 € en 2005), soit **6 505 €**  
d'où une cotisation annuelle en 2006 de **559 €** (6 505 \* 8.6%)
- **pour la 2<sup>ème</sup> année d'activité** (en 2007) : 27 fois le montant de la BMAF en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-1 (367,87 € en 2006), soit **9 932.5 €**  
d'où une cotisation annuelle en 2007 de **854,2 €** (9 932.5 \* 8,6 %)

### I.1.2 Régime complémentaire

Les moins de 40 ans sont dispensés de cotisations les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années d'activité.  
(Pour avoir plus d'information, voir infra p. 74, tableau récapitulatif des cotisations)

## **3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires**

### **I.1.3 Régime supplémentaire (ASV)**

La cotisation est due :

- par les médecins conventionnés uniquement ;
- dès la 1<sup>ère</sup> année d'activité.

(Pour avoir plus d'information, voir infra p. 74, tableau récapitulatif des cotisations)

### **I.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 ;
- à compter de la 2<sup>ème</sup> année d'activité seulement.

Elle est calculée, pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années d'activité, sur la base d'un revenu forfaitaire égal à respectivement 25 % et 50 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

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

### **I.2 PREVOYANCE (ASSURANCE INVALIDITE-DECES)**

La cotisation est due dès la 1<sup>ère</sup> année d'activité.

## COTISATIONS C.A.R.M.F. 2005 : 4 PREMIERES ANNEES

	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année (2006)	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année (2006)	Cotisations 3 <sup>ème</sup> année (2006)	Cotisations 4 <sup>ème</sup> année (2006)
<b>Régime de base</b> (commun à toutes les professions libérales) cotisation proportionnelle aux revenus	<b>559 €</b> sur demande du médecin, aucune cotisation n'est appelée pendant les 12 premiers mois d'exercice  le paiement peut être étalé sur 5 ans maximum sans majoration de retard	<b>854.2 €</b>	<b>8,6 %</b> des revenus non salariés nets de 2004 dans la limite de 26 408 € + <b>1,6 %</b> de la part de revenu supérieure à cette 1 <sup>ère</sup> tranche dans la limite de 155 340 € (cotisation maximale : 4 334 €)  cotisation minimale : 138 €	
<b>Régime complémentaire</b> (obligatoire pour tout médecin libéral) cotisation proportionnelle aux revenus	<b>0</b> (pour les moins de 40 ans)		<b>9 %</b> des revenus non salariés nets de 2004 dans la limite de 107 200€ (cotisation maximale : 9 648 €)	
<b>Régime supplémentaire (ASV)</b> (médecins conventionnés secteurs I et II) cotisation forfaitaire	secteur I : <b>1 200 €</b>  secteur II : <b>3 600 €</b>			
<b>Régime invalidité-décès</b> (obligatoire pour tout médecin libéral) cotisation forfaitaire	<b>600 €</b>			
<b>Régime allocation de remplacement de revenu (MICA)</b> (médecins conventionnés secteurs I et II) cotisation proportionnelle aux revenus	<b>0</b>	<b>20 €</b>	<b>40 €</b>	<b>0,255 %</b> du revenu conventionnel net de 2004
<b>TOTAL SECTEUR I</b>	<b>2 359 €</b>	<b>2 674 €</b>	<b>à calculer selon revenus</b>	
<b>TOTAL SECTEUR II</b>	<b>4 747 €</b>	<b>5 074 €</b>	<b>à calculer selon revenus</b>	

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

### II LES PRESTATIONS

La loi du 21 août 2003 a modifié, à effet du 1<sup>er</sup> 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 (\*)** :

- 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<sup>ème</sup> 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. 81).

**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.

#### **Montant de l'allocation annuelle**

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

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

### II.1.1 La retraite de base

Valeur du point de retraite de base : **0,502 €** en 2006

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

- **450** maximum sur la 1<sup>ère</sup> tranche de cotisation,
- **100** maximum sur la 2<sup>nde</sup> tranche de cotisation.

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<sup>er</sup> janvier 2004 doit être multiplié par 100.

<u>Revenu annuel</u>	<u>Nombre de points de retraite attribués par an</u>
< 25 663 €	revenu x (450 / 25 663)
= 25 663 €	450
> 25 663 € et < 150 960€	450 + (revenu – 25 663) x [(100 / (150 960- 25 663))] = 450 + (revenu – 25 663) x (100 / 125 597 )
≥ 150 960 €	450 + 100 = 550

Exemple : un médecin débutant son activité libérale à 30 ans en 2006 et percevant, par hypothèse, un revenu annuel constant de 60 000 € jusqu'à ses 65 ans, aura acquis, sur la base des valeurs 2006 :

$450 + (60\,000 - 25\,663) \times (100 / 125\,957) = \mathbf{477 \text{ points}}$

et percevra une retraite annuelle en 2040 de :

$0,502 \text{ €} \times 477 \text{ points} \times 35 \text{ ans} = \mathbf{8\,381 \text{ €}}$

**Attention** : la loi du 21 août 2003 a supprimé, à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2004, la majoration de l'allocation de base pour conjoint à charge.

#### ↪ Points supplémentaires

La loi du 21 août 2003 a prévu qu'il soit accordé :

- **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.

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

### ↳ 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.

-

Cependant, cette disposition ne concerne jusqu'à présent que les assurés âgés de moins de 60 ans et d'au moins 54 ans.

**Deux options sont proposées :**

- **Le rachat de trimestres**

Il 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.

### **Régime de Base : barème du versement de rachat de trimestres en 2005**

Âge en 2005	Revenu visé au 3° de l'article D 643-6 du code de la Sécurité Sociale						
	< ou = 22 644 €	> 22 644 € et < 24 154 €	> 24 154 € et < 25 663 €	> 25 663 € et < 27 173 €	> 27 173 € et < 28 682 €	> 28 682 € et < 30 192 €	> 30 192 €
55	2 044 €	2 072 €	2 181 €	2 317 €	2 323 €	2 329 €	2 336 €
56	2 094 €	2 122 €	2 233 €	2 373 €	2 379 €	2 385 €	2 392 €
57	2 142 €	2 171 €	2 285 €	2 428 €	2 435 €	2 441 €	2 448 €
58	2 191 €	2 220 €	2 337 €	2 483 €	2 490 €	2 496 €	2 503 €
59	2 239 €	2 269 €	2 388 €	2 537 €	2 544 €	2 551 €	2 558 €
60	2 286 €	2 317 €	2 438 €	2 591 €	2 598 €	2 605 €	2 612 €
61	2 229 €	2 259 €	2 378 €	2 526 €	2 533 €	2 540 €	2 546 €
62	2 169 €	2 198 €	2 314 €	2 458 €	2 465 €	2 471 €	2 478 €
63	2 106 €	2 134 €	2 247 €	2 387 €	2 393 €	2 400 €	2 406 €
64	2 041 €	2 068 €	2 177 €	2 313 €	2 319 €	2 325 €	2 331 €

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

### • 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

Âge en 2005	Revenu visé au 3° de l'article D 643-6 du code de la Sécurité Sociale						
	< ou = 22 644 €	> 22 644 € et < 24 154 €	> 24 154 € et < 25 663 €	> 25 663 € et < 27 173 €	> 27 173 € et < 28 682 €	> 28 682 € et < 30 192 €	> 30 192 €
55	3 030 €	3 070 €	3 232 €	3 434 €	3 443 €	3 452 €	3 461 €
56	3 103 €	3 144 €	3 309 €	3 516 €	3 526 €	3 535 €	3 545 €
57	3 175 €	3 217 €	3 387 €	3 598 €	3 608 €	3 618 €	3 627 €
58	3 247 €	3 290 €	3 463 €	3 680 €	3 689 €	3 699 €	3 709 €
59	3 318 €	3 362 €	3 539 €	3 760 €	3 770 €	3 780 €	3 790 €
60	3 388 €	3 433 €	3 614 €	3 840 €	3 850 €	3 860 €	3 870 €
61	3 303 €	3 347 €	3 523 €	3 744 €	3 754 €	3 764 €	3 774 €
62	3 214 €	3 257 €	3 429 €	3 643 €	3 653 €	3 662 €	3 672 €
63	3 121 €	3 163 €	3 329 €	3 537 €	3 547 €	3 556 €	3 566 €
64	3 024 €	3 064 €	3 225 €	3 427 €	3 436 €	3 445 €	3 455 €

#### ↳ Pension de réversion au conjoint survivant

**! Réforme :** La réforme de la retraite par la loi « Fillon », a aligné la réversion de la retraite du régime de base des professions libérales sur celle du Régime Général des salariés. Suite à de nombreuses protestations, et à l'avis du Conseil d'Orientation des Retraites, deux décrets en date du 23 décembre 2004, ont adouci les conditions de ressources par rapport aux décrets du 24 août 2004.

A la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales, le ministère a accepté d'aménager le calendrier d'abaissement de la condition d'âge qui doit disparaître progressivement d'ici le 01/01/2011.

Depuis le 1<sup>er</sup> 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.**

**La pension de réversion, ne peut être inférieure au montant minimum de base,** fixé à **254 €** par mois au 1/1/2006, lorsqu'elle correspond à une durée d'assurance d'au moins 15 années (soit 60 trimestres). Lorsque la durée d'assurance est inférieure à 60 trimestres, le montant minimum de base est réduit proportionnellement au nombre trimestres effectivement réalisés.

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

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 2006 sera égale à :

$$254 \text{ €} \times (60-10)/60 = 211.67 \text{ €}$$

- Conditions d'âge  
Jusqu'en 2010, le conjoint survivant est soumis à une condition d'âge minimal, qui diminue progressivement selon le calendrier suivant,
  - 65 ans pour les pensions prenant effet au plus tard le 30/06/2005,
  - 60 ans le 30/06/2006,
  - 52 ans le 30/06/2007,
  - 51 ans le 30/06/2009,
  - 50 ans le 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 **16 702,4 €** au 01/01/2006,
  - s'il vit en couple : 1,6 x le plafond applicable aux personnes seules (ci-dessus), soit **26 723,4 €** au 01/01/2006.

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 (4 175,6 € pour une personne seule, ou 6 680,96 € en cas de ménage), les revenus pris en compte sont ceux des 12 derniers mois civils comparés au plafond annuel (16 702,4 € pour une personne seule, ou 26 723,4 € en cas de ménage).

### II.1.2 La retraite complémentaire

Valeur du point de retraite complémentaire : **70.85 €** en 2006.

Nombre de points de retraite complémentaire attribués par année de cotisation :  
**1 pour 10 720 € de revenus, 10 maximum**

Exemple : un médecin débutant son activité libérale à 30 ans en 2006 et percevant, par hypothèse, un revenu annuel constant de 60 000 € jusqu'à ses 65 ans, aura acquis, sur la base des valeurs 2006 :  
 $60\,000 \text{ €} / 10\,720 \text{ €} = \mathbf{5,6 \text{ points par an}}$ .  
et percevra une retraite annuelle complémentaire en 2041 de :  
 $70.85 \text{ €} \times 5,6 \text{ points} \times 35 \text{ ans} = \mathbf{13\,888.5 \text{ €}}$  (sur la base de la valeur du point 2006)

## **3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires**

### **↳ Majoration de l'allocation complémentaire**

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

### **↳ Achat et rachat de points**

Peuvent racheter des points, **dès l'âge de 45 ans**, les affiliés qui sont à jour des cotisations obligatoires et qui :

- n'ont pas acquis 4 points de retraite par année d'affiliation ; coût d'achat 2006 par point : **1 500,80 €**
- ou, pour les femmes médecins, ont eu des enfants après leur installation (2 trimestres par enfant né pendant l'activité) ; coût de rachat 2006 par point : **964,80 €**
- ou ont accompli leur service militaire, pour la durée de la période passée sous les drapeaux, même si celle-ci est intervenue avant le début de l'activité libérale ; coût de rachat 2006 par point : **964,80 €**

### **↳ 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,
- 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.

### **II.1.3 La retraite supplémentaire (ASV)**

Valeur du point de retraite supplémentaire : **15,55 €** au 01/01/2006 (taux actuel avant application de l'article 77 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006, selon lequel la valeur du point sera fixée par décret)

Nombre de points de retraite supplémentaire attribués par année de cotisation : **27** (au 01/01/2006 avant l'application de l'art 77 de la LFSS selon lequel le nombre de points sera fixé par décret)

Lorsque la période de cotisation est inférieure à une année, les points sont attribués au prorata du nombre de trimestres cotisés.

Ce nombre a diminué avec les années : 37,52 points avant juillet 1972 ; 30,16 points avant janvier 1994 ; 27 depuis.

Exemple : un médecin débutant son activité libérale à 30 ans en 2006 aura acquis à 65 ans, sur la base des valeurs 2006 :

27 points x 35 ans = **945 points**

Il percevra une retraite annuelle supplémentaire en 2041 de :

15,55 € x 945 points = **14 694,75 €**

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

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 élevé au moins 3 enfants jusqu'à l'âge de 16 ans.

### ↳ Pension de réversion au conjoint survivant

La retraite est réversible à **50 %** au bénéficiaire 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.

## 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<sup>er</sup> janvier 2004, la possibilité d'exercer une activité médicale libérale plafonnée (procurant des revenus annuels nets inférieurs à un seuil fixé par décret).

Le médecin peut cumuler sa retraite des trois régimes (base, complémentaire et supplémentaire) avec une activité libérale sous quelque forme que ce soit, à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond annuel de la Sécurité Sociale (31 068 € en 2006). Cette limite n'est pas appliquée aux revenus tirés de la participation à la permanence des soins.

Si cette limite est dépassée, le versement de la retraite de Base est suspendu pendant au plus une année civile. Si le dépassement est supérieur, l'excédent éventuel est retenu sur les retraites Complémentaire et ASV à due concurrence et au plus pendant une année.

### ↳ Seuil de revenu

Le seuil de revenus annuels nets (calculés hors participation à la permanence des soins) est fixé à 1 plafond annuel de Sécurité sociale (31 068 € pour 2006).

### ↳ 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'inaptitude**, qui ne peuvent exercer aucune activité ;

## **3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires**

- 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.

### **↳ 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. 7 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.11).

### **↳ 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, mais sans le régime invalidité-décès (prévoyance), à l'exception cependant des cotisations proportionnelles, pour le calcul desquelles il est prévu de limiter l'assiette du revenu à 1 plafond annuel de la Sécurité sociale (31 068 € en 2006).

**! Les médecins retraités non assujettis à la taxe professionnelle (revenus inférieurs à 7 622 € voir supra p. 53) pour leurs remplacements 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.**

## **II.2 LA PREVOYANCE**

### **! IMPOT 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 ;

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

- déclarer l'interruption d'activité au plus tard le 60<sup>ème</sup> jour après le début de l'arrêt (toute déclaration tardive conduit à fixer le droit à cette prestation, non plus à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail, mais à partir du 31<sup>ème</sup> jour suivant la date de la déclaration) ;
- être à jour de ses cotisations (à défaut, les droits sont ouverts au 31<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail total.

Son montant s'élève en 2006 à **85 € 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 2006 à **44,20 € par jour**.

### ↳ 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. (\*)

(\*) 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.

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.

## 3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires

### ↳ Montant de la pension

Il varie de **6 609 €** à **15 421 €** par an en 2006 : 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<sup>ème</sup> 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 (le PACS n'ouvre pas droit à cette prestation) ;
- **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 **5 727,80 €** en 2006.

### ↳ 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, voir supra p. 78 ).
- 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 2006 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

## **3<sup>ème</sup> partie : Retraite et prévoyance obligatoires**

Le montant de la rente au conjoint survivant varie de **4 830 € à 10 867,50 € par an** en 2006 : 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 **6 399,75 €** par an en 2006 ou, s'il est orphelin de père et de mère, une rente de **7 969,50 €** par an en 2006.

### **↳ 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 poursuivre des études supérieures).

## FICHE PRATIQUE 1 : CONVENTIONNE - NON CONVENTIONNE ?

Le choix d'adhérer ou non à la **convention nationale des médecins généralistes du 4 décembre 1988** a de nombreuses conséquences sur la protection sociale du médecin ainsi que sur sa pratique professionnelle.

Les médecins spécialistes, eux, sont régis, en l'absence de convention médicale, par un règlement conventionnel minimal résultant d'un arrêté du 13 novembre 1998, modifié par les arrêtés des 12 août 1999, 22 septembre 2003 et 19 décembre 2003.

	SECTEUR I CONVENTIONNE Secteur I et II : pour la part option coordination parcours de soins	SECTEUR II Pour la part hors coordination du parcours de soins CONVENTIONNE HONORAIRES LIBRES	NON CONVENTIONNE									
<b>Conséquences sur la protection sociale personnelle du médecin</b>												
<b>REGIME OBLIGATOIRE MALADIE-MATERNITE</b>	<b>CNAM</b> régime général de la Sécurité sociale	<u>Choix du praticien</u>										
<b>Cotisations</b>	0,11 % du revenu imposable*	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">CNAM</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">CANAM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9,81 %</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6,50 %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">du revenu imposable</td> <td></td> <td style="text-align: center;">du revenu imposable</td> </tr> </table>	CNAM	↑	CANAM	9,81 %		6,50 %	du revenu imposable		du revenu imposable	<b>CANAM</b> régime des travailleurs non salariés 6,50 % du revenu imposable*
CNAM	↑	CANAM										
9,81 %		6,50 %										
du revenu imposable		du revenu imposable										
<b>Prestations</b>	taux exprimés en % du tarif de convention de la Sécurité sociale, notamment : 70 % honoraires médicaux - 80 % à 100 % hospitalisation											
<b>BRANCHE FAMILLE</b>	<b>URSSAF</b> 0,4 % du revenu imposable** 2,1 % du revenu imposable supérieur à 1 PASS**	-	-									
<b>REGIME OBLIGATOIRE VIEILLESSE</b>	<b>C.A.R.M.F. (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France)</b> - régime de retraite de base obligatoire - régime de retraite complémentaire obligatoire - régime de prévoyance obligatoire  régime de retraite supplémentaire ASV obligatoire		néant									
<b>Conséquences sur l'activité professionnelle du médecin</b>												
<b>HONORAIRES</b>	<b>tarifs fixés par la convention</b> (sauf dépassements exceptionnels et patients hors parcours de soins)	<b>tarifs fixés par la convention avec dépassements autorisés</b>	<b>honoraires libres</b>									
<b>FISCALITE</b>	relevé de la Sécurité sociale récapitulant les honoraires perçus transmis aux impôts fiscalité des professions libérales au titre des BNC  le cumul de l'abattement AGA de 20 % est autorisé de façon permanente avec l'abattement de 2 %, mais interdit : - avec la déduction de 3 % au-delà de la 1 <sup>ère</sup> année d'adhésion - avec la déduction dite du groupe III de façon permanente (max. 3 050 €)	fiscalité des professions libérales au titre des BNC	fiscalité des professions libérales au titre des BNC									

\* tel que défini supra, p. 56

\*\* tel que défini supra, p. 66

## FICHE PRATIQUE N° 2 : C.A.R.M.F. (CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES MEDECINS DE FRANCE)

	Régime de base obligatoire	Régime complémentaire obligatoire	Régime supplémentaire (ASV)	Assurance invalidité /décès obligatoire
<b>taux</b>	<p><b>Cotisation 2006, appelée en % du revenu professionnel net de 2004 avant régularisation sur le revenu 2006</b>  <b>8,6 %</b> des revenus professionnels dans la limite de 26 408 €                      +  <b>1,6 %</b> de la part de revenus supérieure à 26 408 € et inférieure à 155 340€ pour les revenus 2004                      cotisation maximale : <b>4 334 €</b>                      cotisation minimale : <b>138,11 €</b></p>	<p><b>Cotisation 2006, appelée en % du revenu professionnel net de 2004 avant régularisation sur le revenu 2006</b>  <b>9 %</b> des revenus professionnels                      plafond : <b>107 200€</b>                      (soit une cotisation maximale de <b>9 648 €</b>)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Médecins conventionnés uniquement</b></p> <p>- secteur I : <b>1 200 €</b>                      - <u>secteur II</u> : <b>3 600 €</b></p>	<p>fixée selon indice des actes professionnels les plus courants :                      en 2006 : <b>600 €</b></p>
<b>assiette</b>	<p>revenu professionnel <b>retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu</b> avant application des déductions pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. entreprises nouvelles</li> <li>. adhésions contrats loi Madelin ou facultatifs des caisses vieillesse</li> <li>. adhésion à des associations de gestion agréées</li> <li>. investissements outre-mer</li> <li>. zones franches urbaines ou Corse (pour les sociétés)</li> </ul>	voir le régime de base obligatoire	néant (cotisation forfaitaire)	<p>néant (cotisation forfaitaire)</p> <p>le non-paiement des cotisations entraîne la suspension des garanties pour l'année en cours, et les cotisations restent dues</p>
<b>paiement</b>	avant le 30 septembre sous peine de calcul sur la base de l'assiette maximale	voir le régime de base obligatoire	voir le régime de base obligatoire	voir le régime de base obligatoire
<b>liquidation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. de plein droit à 65 ans ou 60 ans si 40 années d'assurance</li> <li>. entre 60-65 ans avec coef. mino. 5 % par année</li> <li>. 60 ans : inaptitude, invalidité de guerre...</li> <li>. après 65 ans, avec coef. majoration 3 % par année</li> </ul> <p>- <b>être à jour de ses cotisations</b>                      - <b>avoir cessé toute activité libérale</b> (sauf cumul permis par la loi du 21 août 2003)</p>	voir le régime de base obligatoire	voir le régime de base obligatoire	
<b>montant</b>	<p>nombre de points acquis : 550 max. par an :                      - <b>450 max. sur la 1<sup>ère</sup> tranche de cotisation</b>                      - <b>100 max. sur le 2<sup>nde</sup> tranche de cotisation</b></p> <p>points acquis x valeur du point (<b>0,502 €</b> en 2006)</p> <p>minoration ou majoration selon l'âge, le cas échéant (cf. coefficients ci-dessus)</p>	<p>nombre de points acquis : 10 max. par an                      (<b>1 point par 1/10 du plafond</b>, soit 10 720 € en 2006)</p> <p>points acquis x valeur du point : (<b>70.85 €</b> en 2006)</p> <p>majoration pour enfants : 10 % si 3 enfants</p>	<p>nombre de points acquis : <b>27</b> par an* au 01/01/06                      *(avant la parution du décret fixant la valeur et le nombre de points : art 77 du PLFSS 2006)</p> <p>points acquis x valeur du point (<b>15,55 €</b> au 01/01/06)*</p> <p>majoration pour enfants : 10 % si 3 enfants</p>	<p><b>1. décès :</b>                      capital au conjoint survivant = <b>38 000 €</b> en 2006                      + rente de conjoint/orphelin</p> <p><b>2. incapacité temporaire :</b>  <b>85 €</b> par jour en 2006</p> <p><b>3. invalidité totale et définitive</b> interdisant toute activité professionnelle :                      pension = entre <b>6 609 €</b> et <b>15 421 €</b> en 2006                      majorations pour conjoint/enfant/tierce personne</p>

## FICHE PRATIQUE N° 3 :COTISATIONS SOCIALES 2006 - 1<sup>ERE</sup> ET 2<sup>EME</sup> ANNEES D'INSTALLATION

Secteur conventionnel	Sécurité sociale / URSSAF			CARMF			Total 1 <sup>ère</sup> année	Total 2 <sup>ème</sup> année	
	Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année en 2006	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année en 2006	Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année en 2006	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année en 2006			
<b>GENERALISTE ET SPECIALISTE</b>	<b>I</b>	maladie-maternité	17.08 €	22,78 €	base	559 €	854.2 €		
		allocations familiales	26 €	39.73 €	complémentaire	0	0		
		CSG + CRDS	520.4 €	794.6 €	supplémentaire (ASV)	1 200 €	1 200 €		
		CFP	45.3€	45.3 €	invalidité/décès	600 €	600 €		
		CUM	155 €	155€	MICA	0 €	20 €		
		<b>763,78 €</b>	<b>1057.41€</b>		<b>2 359 €</b>	<b>2674,20 €</b>	<b>3 122.78 €</b>	<b>3 730.97 €</b>	

Secteur conventionnel	Sécurité sociale / URSSAF			CARMF			Total 1 <sup>ère</sup> année	Total 2 <sup>ème</sup> année	
	Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année	Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année			
<b>GENERALISTE ET SPECIALISTE (OPTION COORDINATION)</b>	<b>II</b>	maladie-maternité	17.08 €	22,78 €	base	559 €	854.2 €		
		allocations familiales	26 €	39.73 €	complémentaire	0	0		
		CSG + CRDS	520.4 €	794.6 €	supplémentaire (ASV)	3 600 €	3 600 €		
		CFP	45.3 €	45.3 €	invalidité/décès	600 €	600 €		
		CUM	155 €	155 €	MICA	0 €	20 €		
		<b>763,78 €</b>	<b>1057.41€</b>		<b>4 759 €</b>	<b>5 074.2 €</b>	<b>5 522.78€</b>	<b>6 131.61 €</b>	

## FICHE PRATIQUE N° 3 : COTISATIONS SOCIALES 2006 - 1<sup>ERE</sup> ET 2<sup>EME</sup> ANNEES D'INSTALLATION

	Secteur conventionnel	Sécurité sociale / URSSAF			CARMF			Total 1 <sup>ère</sup> année	Total 2 <sup>ème</sup> année
		Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année	Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année		
<b>SPECIALISTE</b>  N'AYANT PAS OPTE POUR LA COORDINATION	<b>II</b>	maladie-maternité	1 523.88 €	2031.84 €	base	559 €	854.2 €		
		allocations familiales	351.24 €	536.3 €	complémentaire	0	0		
		CSG + CRDS	520.4 €	794.6 €	supplémentaire (ASV)	3 600 €	3 600 €		
		CFP	45.3 €	45.3 €	invalidité/décès	600 €	600 €		
		CUM	155 €	155 €	MICA	0 €	20 €		
				<b>2 595.82 €</b>	<b>3 563.04 €</b>		<b>4 759 €</b>	<b>5 074.2 €</b>	<b>7 670.02 €</b>

	Secteur	CANAM / URSSAF			CARMF			Total 1 <sup>ère</sup> année	Total 2 <sup>ème</sup> année
		Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année	Régime	Cotisations 1 <sup>ère</sup> année	Cotisations 2 <sup>ème</sup> année		
<b>GENERALISTE OU SPECIALISTE</b>	<b>III</b>	maladie-maternité	423 €	645.6 €	base	559 €	854.2 €		
		allocations familiales	351.24 €	536.3 €	complémentaire	0	0 €		
		CSG + CRDS	520.4 €	794.6 €	supplémentaire (ASV)	néant	néant		
		CFP	45.3 €	45.3 €	invalidité/décès	600 €	600 €		
		CUM	155 €	155 €	MICA	néant	néant		
				<b>1 494.94 €</b>	<b>2 176.8€</b>		<b>1 159€</b>	<b>1 454.2 €</b>	<b>2653.94</b>

## FICHE PRATIQUE 4 : MEDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS COORDONNE

### ↳ Le parcours de soins coordonné

#### - Rôle du médecin traitant

Les patients sont incités à choisir depuis le 1<sup>er</sup> 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 4 : MEDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS COORDONNE**

### **↳ La nouvelle feuille de soins**

Pour s'adapter à ce parcours, la nouvelle feuille de soins précise depuis le 1er 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.

## **FICHE PRATIQUE 4 : MEDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS COORDONNE**

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 4 : MEDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS COORDONNE

### ↳ 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<sup>er</sup> 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 4 : MEDECIN TRAITANT ET PARCOURS DE SOINS COORDONNE

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 5 : 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, Etablissements scolaires, crèches, PMI, maisons de retraite, entreprises ou centres commerciaux.  
(zone de passages fréquents, présence de structures susceptibles d'envoyer des patients,...)

#### Où se renseigner ?

A 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 ?

A 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 ?

A la Mairie, (service d'urbanisme)

##### ♦ Accessibilité

Transports en communs  
Stationnement  
Plan de circulation  
Accès handicapés

#### Où se renseigner ?

A la Mairie (service urbanisme)

##### ♦ Habitants du quartier

Age  
Catégories socioprofessionnelles  
Actifs/ inactifs  
Train de vie

#### Où se renseigner ?

A 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 :

- **L'Annuaire des Pages Jaunes :**  
[www.pagesjaunes.fr](http://www.pagesjaunes.fr)
- **Annuaire de médecins et professionnels de santé :**  
[www.mondocteur.fr](http://www.mondocteur.fr)
- **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](http://www.conseil-national.medecin.fr)
- **Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France :**  
[www.carmf.fr](http://www.carmf.fr)

## FICHE PRATIQUE 5 : CHOISIR SON LIEU D'INSTALLATION

### 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 ?)

###### ♦ Environnement médical

Hôpitaux, Cliniques, Centres de santé  
Laboratoires, Para- médicaux  
Pharmacies  
(institutions médicales proches du cabinet)

###### ♦ Mode d'exercice des médecins installés

Individuel / groupe  
Ancienneté  
Conventionnement  
Accessibilité du cabinet  
(construire son positionnement)

###### ♦ 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 National et Départemental de l'Ordre des Médecins (annuaire des médecins), Conseil de l'Ordre des autres professions de santé, DASS, CARMF, INSEE, Etude de la DREES et IRDES, CPAM (service relation avec les professions de santé) ...

##### Où se renseigner ?

Conseil de l'Ordre, DASS, INSEE, Mairie, GMSIH (liste d'hôpitaux), Pages jaunes

##### Où se renseigner ?

Confrères, Conseil départemental de l'Ordre des Médecins,

##### 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](http://www.gmsih.fr/tiki-view_tracker.php?trackerId=11)
- **IRDES** (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- **Site de l'Assurance Maladie en ligne** : [www.Ameli.fr](http://www.Ameli.fr)  
Etudes régionales, nationales sur l'offre de soins, pathologies.

# INDEX

- Affection longue durée (ALD), 92, 95**
- Allocation de remplacement de revenu (ADR), 75**
- Allocations familiales**
  - cotisations, 68
  - cotisations en début d'activité, 70
  - dispense de cotisations, 69
  - modulation des cotisations, 69
- Associations de gestion agréées, 15, 33**
- Assurance maladie régime général**
  - capital décès, 65
  - cotisations, 60
  - cotisations en début d'activité, 61
  - cotisations mensualisation, 59
- Assurance maladie, régime des non salariés, 66**
  - cotisation minimale, 67
  - cotisations, 66
  - cotisations en début d'activité, 67
  - cotisations mensualisation, 59
- Assurances**
  - automobile, 35
  - complémentaire frais médicaux, 35
  - Epargne-retraite, 36
  - garanties de prêts, 35
  - incapacité temporaire de travail, 36
  - Invalidité, décès, 36
  - local professionnel, 22
  - responsabilité civile professionnelle, 11
- Bénéfices non commerciaux (BNC), 30**
- Bureau central de tarification, 12**
- Cabinet secondaire, 9, 17**
- CAMPLIF, 19**
- CAMPLP, 19**
- CANAM, 15, 20, 59, 66, 88, 91**
- CARMF, 20, 21, 36, 45, 53, 59, 63, 65, 73, 84, 85, 90, 91**
- carte de professionnel de santé, 52**
- Centre de Formalités des Entreprises, 15**
- Changement de résidence, 11**
- collaborateur libéral, 56**
- Conseil national de l'Ordre des médecins, 6**
- Contribution à la formation professionnelle (CFP), 72**
- Contribution aux unions médicales (CUM), 72**
- convention d'exercice conjoint, 38**
- convention nationale des médecins, 19**
- cotisation ordinale, 8**
- CSG et CRDS, 71**
  - cotisations en début d'activité, 71
  - dispense de cotisations, 71
- Déclaration de revenus, 67**
- Déclaration Unique d'Embauche, 20**
- Dossier médical personnalisé (DMP), 97**
- Exercice multi sites, 9**
- Feuilles de soins électronique, 17, 96**
- Feuilles de soins pré-identifiées, 16**
- FORMMEL, 25**
- FSE Voir Feuilles de soins électroniques**
- Imposition**
  - régime de la déclaration contrôlée, 31
  - régime déclaratif spécial, 58
  - régime Micro BNC, 30
- IMPOT SUR LE REVENU, 60, 68, 73, 84**
- Impôt sur les bénéfices**
  - exonération, 24
- Installation, 23**
  - Aides, 25
  - critères démographiques, 23
  - critères professionnels, 23
  - critères socio-économiques, 23
  - local professionnel, 21

**Installations en chirurgie esthétique, 11**

**Installations radiologiques, 11**

**Local professionnel, 21**

**Maternité, 64**

**activité libérale/activité salariée, 63**  
allocation forfaitaire de repos  
maternel, 63, 64

**conjointes collaboratrices, 64**  
indemnité de remplacement, 64  
indemnité journalière forfaitaire, 63

**Mécanisme d'incitation à la cessation  
d'activité (MICA), 75**

**Médecin correspondant, 92**

**médecin référent, 94**

**médecin thermaliste, 17**

**médecin traitant, 93**

**Médecin traitant, 92**

formulaire de déclaration, 94  
moratoire jeunes médecins, 96  
vacances, urgences, 96

**Médecins thermalistes, 10**

**Option de coordination, 60, 68, 96**

**Ordonnances sécurisées, 10**

**Parcours de soins, 92**

feuille de soins, 93

**Paternité**

indemnité journalière forfaitaire, 64

**Prévoyance**

indemnité décès, 86  
indemnités journalières, 84  
pension d'invalidité, 85

**Remplacement, 46**

aide temporaire, 50  
assurances, 55  
carte de professionnel de santé, 52  
Chef de clinique, assistant des  
hôpitaux, 47  
**contrat, 48**  
étudiants, 46  
exercice en groupe, 49  
fiscalité, 54  
honoraires, 51  
licence, 48

non-concurrence, 51

protection sociale, 52

remplacement d'un médecin décédé,  
49

remplacement d'un médecin interdit,  
49

remplacement de week-end, 49

remplacement du médecin traitant, 50

remplacement régulier de courte  
durée, 49

situation conventionnelle, 50

**Reprise de clientèle, 26**

**Retraite, 73**

conditions de liquidation, 77

cotisation minimale, 74

cotisations en début d'activité, 74

cumul avec une activité libérale, 83

pension de réversion, 80

Point supplémentaires, 78

rachat de points, 79

rachat de trimestres, 79

**Retraite complémentaire, 81**

cotisations, 74

pension de réversion, 82

rachat de points, 82

**Retraite supplémentaire(ASV), 82**

cotisations, 75

pension de réversion, 83

**Société civile professionnelle, 39**

**Société d'exercice libéral (SEL), 39**

plus-values sur cession de parts, 41

**taxe professionnelle, 12, 25, 26, 38,  
53, 55, 84**

exonération, 12

**Transfert de résidence  
professionnelle, 9**

**Urssaf, 68**

cotisations mensualisation, 59

**Zone à démographie médicale  
critique, 25**

**Zones de Redynamisation Urbaine, 14**

**Zones Franches Urbaines, 14**

**Zones rurales sous-médicalisées, 26**

**Zones Urbaines Sensibles, 14**