



Médecins généralistes

Guide des premiers pas dans l'exercice

Édition février 2025



Suivez-nous



QUI SOMMES NOUS ?

Des femmes et des hommes, médecins du premier recours, de la synthèse et de la continuité.

Des médecins généralistes libéraux responsables de leur outil de travail, exerçant au centre d'une équipe de soins primaires, formalisée ou non, acteurs et promoteurs de projets sur leurs territoires de soins.

NOS VALEURS

MG France porte une vision du médecin généraliste pratiquant une médecine centrée sur la personne dans une approche globale: biomédicale, relationnelle et systémique, environnementale.

MG France est le syndicat des médecins traitants. Le médecin généraliste traitant est le garant et le responsable de la santé de son patient dans son parcours de soins. Ce parcours s'organise en premier lieu dans des équipes de soins primaires. Il est coordonné avec les autres acteurs de santé du territoire.

Les actions de MG France ont pour but d'améliorer les conditions d'exercice du médecin généraliste, de rendre sa profession plus attractive et d'améliorer ainsi le service rendu à la population.

NOTRE CONSTAT

Notre métier a profondément changé en 30 ans. Le médecin généraliste soigne de plus en plus de malades chroniques. La santé publique, le dépistage et la prévention prennent une place croissante dans son activité. La pratique du travail en équipe pluri professionnelle sur un territoire devient un cadre d'exercice de plus en plus habituel.

La loi qui a créé le médecin traitant ne lui a pas donné les moyens d'exercer pleinement cette responsabilité sanitaire; elle ne lui permet pas d'apporter une réponse totalement satisfaisante aux besoins de santé de la population. Le médecin généraliste français est très sous-doté par rapport à ses confrères européens. Le déficit démographique de notre profession est une des conséquences du retard d'investissement de notre pays dans les soins primaires de ses habitants.



(E QUE NOUS VOULONS

Un système de santé organisé dans lequel chaque professionnel a sa juste place dans l'équipe de soins primaires, entre premier recours, soins de second recours, et établissements hospitaliers.

Un système de santé solidaire, au service de tous, riches ou pauvres, jeunes ou âgés, dépendants ou handicapés.

Un système de santé équitable, économique et donc durable, qui permet aux professionnels de santé de développer une offre de soins moderne, adaptée aux attentes de la population.



L'exercice de la médecine générale, en particulier en libéral, donne une liberté dans la manière de travailler et de s'organiser que l'on ne retrouve dans aucun autre modèle d'organisation professionnelle. Il permet de choisir son rythme de travail, ses horaires de travail, son lieu d'exercice.

Et pourtant cela génère des questions :

Est-ce que je fais le bon choix ? Vais-je gagner ma vie correctement ? Quelles sont les formalités essentielles ? Quelles modalités choisir pour m'installer ? Seul ? En groupe ? Sous quelle forme juridique ?

Certains d'entre vous préféreront un emploi salarié ou mixte. Tout est possible, y compris les changements !



Ce guide a été élaboré par des médecins libéraux en exercice. Avec l'aide, les suggestions, les questions des étudiants que ceux d'entre nous qui sont maîtres de stage rencontrent au quotidien. Le schéma est souvent le même : quand en arrivant dans nos cabinets vous découvrez la variété de nos domaines d'intervention, l'éventail des missions remplies suscite souvent l'admiration, et un peu d'effroi. Il faut se défaire de ces craintes. L'exercice libéral de la médecine n'est pas si compliqué et offre, par bien des aspects, autant de sécurité que l'exercice salarié.

Ce guide n'est sûrement pas exhaustif. Il reprend des éléments que chacun d'entre vous a découverts au cours de ses études, ou de ses stages. Il présente une approche plus professionnelle de l'environnement dans lequel le médecin généraliste évolue aujourd'hui et des partenaires avec lesquels il travaille.

Allez, bonne lecture. Et bravo pour le choix de l'exercice de la médecine générale. Nous l'avons fait. Nous ne le regrettons pas.

Agnès GIANNOTTI,
Présidente

Sommaire

	L'exercice de la médecine générale	P.05
	Être le responsable de la santé de son patient	P.05
	Le suivi du patient par le médecin traitant	
	La prévention et les dépistages	
	Les soins non programmés	
	L'enseignement	
	Être acteur de son territoire de santé	P.10
	L'exercice coordonné	
	Le projet de santé	
	Faire partie d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)	
	Participer à une CPTS	
	Travailler en équipe : infirmier Asalée, Infirmier de pratique avancé, assistant médical	
	Faire fonctionner son cabinet	P.18
	Tenir sa comptabilité	
	Utiliser un logiciel médical	
	Utiliser une messagerie sécurisée	
	La vie professionnelle	P.20
	La représentation professionnelle	P.20
	Le Conseil de l'Ordre	
	Le Collège de la Médecine Générale (CMG)	
	Les syndicats médicaux	
	Les URPS	
	La protection du médecin contrôlé - L'entretien confraternel	
	La nomenclature	P.25
	La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)	
	Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)	
	La formation tout au long de la vie	P.26
	Les Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques, les groupes de pairs	
	Le FAF-PM	
	L'ANDPC	
	La protection sociale	P.28
	Régime d'assurance maladie	
	La protection en cas de maladie et d'invalidité	
	Le régime invalidité-décès de la CARMF	
	L'assurance « incapacité temporaire totale »	
	L'assurance « invalidité »	
	L'indemnité décès	



L'entrée dans la vie professionnelle

P.35

Démarches en bref pour débiter l'exercice libéral

P.35

Les démarches obligatoires

Les démarches facultatives

Les principales aides en début d'exercice

P.36

Le contrat de début d'exercice

Les aides conventionnelles à l'installation

Remplaçant ou collaborateur

P.38

À vous de choisir

Le remplacement

P.39

Cas particulier pour certaines démarches

Le contrat de remplacement

Dans la pratique

La collaboration libérale

P.40



L'installation - Rêver son projet

P.41

Rêver son projet

P.41

Choisir son lieu d'exercice

Exercer seul ou à plusieurs ?

Succession ou création ?

Les démarches obligatoires - Spécificités

Les démarches facultatives - Spécificités

Fiscalité

P.43

Régime micro BNC

L'impôt à la source

Annexes - Les démarches en détail

P.45

Glossaire

P.50



 **+ 90%** des Français nous font confiance selon plusieurs enquêtes.

L'exercice de la médecine générale

Être le responsable de la santé de son patient

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie consacre le rôle central du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours et dans le parcours de soins du patient.

Si tous les médecins quelle que soit leur spécialité peuvent être choisis comme médecins traitants, 96 % des patients ont confié cette mission à leur médecin généraliste. Les enfants bénéficient d'un médecin traitant depuis janvier 2017.

Les missions du médecin généraliste traitant sont précisées et valorisées dans la Convention médicale.

Le suivi du patient par le médecin traitant

Le médecin traitant assure la prise en charge globale de chaque patient par un suivi personnalisé dans la durée. Il tient son dossier médical à jour.

Première porte d'entrée dans le soin, il l'oriente dans le système de santé et coordonne son parcours de soins en lien avec les autres professionnels du premier recours (infirmier, pharmacien, kiné etc.), du second recours (spécialiste d'organes) ou du troisième recours (établissement hospitalier et plateaux techniques lourds).

La continuité des soins fait ainsi partie intégrante des missions du médecin généraliste traitant. Elle évite la rupture dans la chaîne de soin. Il s'assure du transfert interdisciplinaire des informations concernant le patient.

La Convention médicale « reconnaît ce rôle dans le suivi au long cours de ses patients et dans l'organisation des interventions de second recours » par une rémunération forfaitaire spécifique : **le forfait patientèle médecin traitant (FPMT)**.

Montant du FPMT depuis le 1^{er} janvier 2024
Règlement arbitral Mai 2023

Caractéristique du patient	Précision	Valorisation
Enfant de 0-6 ans	Hors ALD	6 €
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	46 €
Patient de moins de 80 ans et en affection longue durée	Y compris les enfants de 0-6 ans avec ALD	46 €
Patient de 80 ans et plus et en affection longue durée	ALD	70 €
Autres patients	7 à 79 ans Hors ALD	5 €

Une majoration est appliquée lorsque la part de patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) du médecin traitant est supérieure au taux moyen national (7%). Elle correspond à la moitié de la différence entre le taux national et le taux constaté pour la patientèle médecin traitant du médecin.

Exemple : taux médecin 15% - taux national 7% = 8/2 soit une majoration de 4% du FPMT du médecin. Cette majoration est plafonnée à 25%.

La Convention signée en 2024 apporte d'importantes évolutions pour le calcul du forfait lié à la fonction Médecin traitant. Elles entreront en vigueur au 1er janvier 2026 sur la patientèle 2025. Ce nouveau forfait médecin traitant (FMT) prendra en compte l'âge et l'état de santé du patient (pathologie chronique) ainsi que sa situation sociale et son parcours de prévention mais aussi la situation du médecin (âge, zone d'installation).

La rémunération annuelle sera composée :

- d'une part fixe calibrée sur la complexité de la situation du patient et la situation du médecin,
- d'une part à montant variable correspondant à des majorations de prévention versées en fonction d'indicateurs. Cette dernière remplace la ROSP (voir ci-après).



INFO PRATIQUE

Lorsque le médecin traitant désigné est indisponible, peuvent être considérés, dans le cadre du parcours de soins, comme médecin traitant :

- *Le médecin remplaçant qui assure la prise en charge du patient ;*
- *Tout médecin de même spécialité exerçant au sein d'un même cabinet médical ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).*

Part fixe	Part variable
<p>Complexité de la situation du patient (âge, pathologie chronique) : De 15 à 100 € par patient MT</p>	<p>Majoration de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5€ par patient par indicateur validé (même si l'acte a été réalisé par un autre professionnel de santé) - 15 indicateurs Vaccination Grippe ; Covid ; Pneumocoque ; ROR ; Méningocoque C ; HPV - Dépistage Cancers sein - utérus - colorectal Diabète ; Maladie rénale chronique - Suivi Diabète (HbA1c) ; Consultations obligatoires M9 - M24 M25 ; Examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans
<p>Prise en charge des patients en situation de précarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10€ par patient MT bénéficiaire de C2S - Exercice en ZIP ou en QPV 	
<p>Majorations spécifiques à la situation du médecin (cumulables) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Majoration annuelle de 10 % de la partie socle pour les Médecins installés - Majoration annuelle dégressive de 50 à 30% pour les primo installés - Médecins âgés de 67 ans et plus - Majoration de 10 % de la partie socle (quelle que soit leur zone d'exercice) 	

La prévention et les dépistages

Si la prévention et les dépistages sont des missions partagées avec d'autres professions de santé, elles restent des fonctions majeures de la médecine générale car pour être efficiente la prévention doit se concevoir dans la durée avec un suivi personnalisé.

Par ailleurs, le médecin généraliste traitant réalise également cette prévention en informant et proposant des dépistages de façon opportuniste au décours des rencontres avec le patient quel que soit le motif de consultation.

Enfin, le médecin généraliste traitant est un des rares professionnels de santé en capacité d'intégrer les divers niveaux de prévention dans sa pratique : primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire.

Comme indiqué au chapitre précédent, la convention de juin 2024 a supprimé la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) et a créé un volet prévention adossé au nouveau forfait traitant. La rémunération collective de la ROSP est remplacée par une rémunération individualisée par patient selon des indicateurs simplifiés et moins nombreux.

Chaque médecin disposera sur AMELIPRO d'un tableau de bord contenant des données individuelles

de ses patients médecin traitant afin de suivre l'éligibilité et l'atteinte des indicateurs. Ce nouveau dispositif entrera en vigueur en 2026 sur la base de la patientèle médecin traitant 2025.

Afin de développer davantage la prévention en France et inciter les professionnels de santé, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2023 a prévu la mise en place de rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie (entre 18 et 25 ans ; 45-50 ans ; 60-65 ans ; 70-75 ans) afin de permettre à chaque citoyen de devenir acteur de sa santé. Ces « bilans de prévention », pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais, sont adaptés en fonction de l'âge mais aussi des besoins des personnes dans une approche globale de la santé. Ils peuvent être réalisés par les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, les sage-femmes.



INFO PRATIQUE

Code : RDV - Tarif : 30€

Facturable une seule fois par personne et par tranche d'âge - Un seul acte cumulable possible : G ou JKHD001 ou DEQP003.

Soins non programmés

Le médecin généraliste participe sur la base du volontariat à la **permanence de soins ambulatoires (PDSA)** qui permet de répondre à la demande de soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, c'est-à-dire en semaine à partir de 20 heures, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés.

Les secteurs de garde pour l'effectif sont définis par les agences régionales de santé. Suivant les zones géographiques, ces gardes sont assurées, après régulation médicale, par des effecteurs isolés ou exerçant en maison médicale de garde (MMG). Les missions de chaque MMG sont établies conformément aux besoins de son secteur d'implantation et au cahier des charges décidé en concertation avec l'ARS : accueil unique sur un site dédié et/ou visites à domicile. Selon leur statut et leur définition, les MMG peuvent être hébergées au sein d'un hôpital, d'une clinique ou exercer dans un local indépendant.

Dans certaines zones, le médecin de garde est également **Médecin Correspondant du SAMU (MCS)**, mission pour laquelle il a reçu une formation spécifique. Cette mission donne lieu à une rémunération variable suivant les ARS et à des cotations de garde majorées dont le montant est fixé par la Convention.

Pour pallier aux tensions de la démographie médicale, l'accès aux soins non programmés en journée est renforcé par le **Service d'accès aux soins (SAS)**. Il assure pour l'ensemble de la population une réponse aux soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention. Il participe ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Après régulation médicale, plusieurs réponses peuvent être apportées par le SAS pour répondre aux

besoins et à la situation du patient :

- Un conseil médical
- Une prise de rendez-vous pour une consultation de médecine générale dans les 48h maximum après vérification de la non disponibilité du médecin traitant
- L'accès à une téléconsultation
- L'orientation vers un établissement de santé, un service d'urgence
- L'envoi d'un transport sanitaire, d'un VSAV (pompiers...)
- L'engagement d'un SMUR...

Le SAS constitue une réponse supplémentaire à l'offre de soins de premier recours et n'a pas pour objet de se substituer au médecin traitant.

Une nouvelle majoration pour les consultations réalisées à la demande du SAS en dehors de la patientèle du médecin traitant a été créée par la Convention 2024. Depuis décembre 2024, lorsqu'un médecin accepte de prendre en charge un patient en dehors de sa patientèle médecin traitant entre 19h et 21h sur demande de la régulation SAS, il peut coter, en plus de la majoration SNP (15 €), une majoration supplémentaire SHE de 5 €.

Une nouvelle majoration pour les visites réalisées dans un délai court après la demande du SAS s'appliquera à partir de janvier 2026.

L'enseignement

On compte aujourd'hui près de 14.000 médecins généralistes agréés Maîtres de stage universitaires (CNGE – sept 2024). Ils accueillent dans le cadre de stages des externes et des internes en médecine

afin de leur permettre de découvrir la médecine générale de premier recours.

Il existe plusieurs stages :

- Pour les externes : stage ambulatoire de niveau 1
- Pour les internes : stage en médecine générale de niveau 1 ; stage en santé de la femme et en santé de l'enfant ; stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé SASPAS (MG niveau 2); deux stages ambulatoires en médecine générale sur une durée d'un an (MG niveau 3 - nécessite un agrément spécifique).

Par cet engagement, ils contribuent à la formation des jeunes médecins et participent au compagnonnage qui permet d'améliorer la formation à cette spécialité. Être MSU c'est transmettre et partager son expérience, sa vision du métier de médecin généraliste.

La rémunération est de 600 € pour un interne et 600 € pour un stage de troisième cycle par mois de présence de l'interne à partager entre les MSU du lieu de stage, le cas échéant. Lorsque l'interne formé est en mesure de consulter seul, il perçoit une rémunération indirecte, à travers les honoraires de consultation.

La convention 2024 prévoit une meilleure reconnaissance de cette mission à partir de 2026 par la mise en place d'un forfait annuel de 500 euros, valorisé à 800 euros pour les MSU exerçant en ZIP.



INFO PRATIQUE

Pour devenir maître de stage ou obtenir plus d'informations, contactez votre DMG.





TÉMOIGNAGE

« Me voilà installée depuis 10 ans maintenant en maison de santé pluriprofessionnelle. J'aime ce lien de confiance qui s'est tissé avec les patients au fil des années. Ils ne sont pas des anonymes perdus dans le système santé. Je connais leur histoire médicale, parfois leur histoire familiale, ce qui me permet de mieux les comprendre.

Mais ma vie de médecin généraliste est plus vaste que celle des consultations : je me forme avec

mon groupe de pairs, avec les formations MG Form, avec les cours organisés par mon hôpital local. Je participe aussi à des projets de ma MSP et de ma CPTS et je suis impliquée dans mon syndicat. Bien sûr, je fais attention à mon équilibre vie professionnelle et vie personnelle pour ne pas m'épuiser. Une vie riche. »

Danièle Chappuis - Médecin généraliste
Arthaz (74)



Les médecins généralistes de demain

Actuellement, de nouvelles modalités d'exercice se dessinent. Elles s'imposent pour adapter l'offre de soins à la démographie, aux attentes des professionnels de santé et aux besoins de la population : évolution des pathologies, des modalités de traitement, accroissement des maladies chroniques.

La chirurgie ambulatoire, les chimiothérapies orales, les sorties précoces de l'hôpital, pour ne citer que quelques exemples, imposent une nouvelle organisation des soins primaires.

D'autres missions entrent de plus en plus dans le champ de l'exercice professionnel du médecin généraliste : l'information, l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique du patient. Tout ceci ne peut plus seulement s'inscrire dans une relation

duelle du patient avec son Médecin Traitant, mais demande une organisation globale pluriprofessionnelle. Ce sont ces nouveaux modes d'exercice que nous détaillerons plus loin. Vous serez sans nul doute les acteurs de ce changement.

Une autre évolution est celle du médecin manager d'équipe. Le seul soin ne devient qu'une partie de l'activité de ces nouveaux médecins généralistes. Des formations spécifiques pour l'acquisition des nouvelles compétences liées à ces fonctions sont en cours de déploiement.

Ces nouveaux modes d'organisation sont autant de possibilités offertes aux médecins généralistes élargissant encore plus la diversité des modes d'exercice et des prises en charge pour les patients.

Être acteur de son territoire de santé

Un territoire de santé est une zone géographique délimitée dans laquelle la population et les professionnels se reconnaissent.

L'exercice coordonné

L'organisation des soins est une préoccupation majeure dans le contexte de démographie médicale actuel.

Quelle que soit sa forme, l'exercice coordonné est une modalité d'exercice qui permet aux professionnels de santé de se coordonner et mieux structurer leurs relations dans un territoire.

Le regroupement a souvent pour but de mettre en commun les compétences et les moyens dans un objectif partagé appelé « projet de santé », que ce soit dans un local commun (dans les murs) ou non (hors les murs ou multisites).

Depuis quelques années, l'exercice coordonné se déploie en France sous différents acronymes :

- ESP (Équipe de Soins Primaires)
- ESS (Equipe de Soins Spécialisés)
- MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle)
- CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)
- DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)

Une ESP, une ESS, une MSP ou une CPTS naissent avant tout de l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes.

L'ESP : une Équipe de Soins Primaires est constituée d'au moins un médecin généraliste et un professionnel de santé paramédical. Ils peuvent être regroupés ou non sur un même site, et se mobilisent autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients (réponse aux demandes de soins non programmés, mise en œuvre d'actions de santé publique, etc.)

Les premières équipes ont souvent été mises en place dans le cadre d'expérimentations comme les ESP CLAP dans les Pays de la Loire. www.esp-clap.org

L'ESS : une Équipe de Soins Spécialisés est un « ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs

spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux ». (L1411-11-1 du CSP). Elles visent à améliorer l'accès au second recours, qui souffre d'une offre insuffisante, dans le cadre d'un parcours coordonné. Elles s'organisent selon leur spécialité pour répondre aux besoins de soins spécialisés identifiés par le médecin généraliste traitant dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient.

La MSP : une Maison de Santé Pluriprofessionnelle est le regroupement de plusieurs professionnels de santé exerçant principalement à titre libéral, dont au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical. Ils peuvent exercer en un même lieu (monosite) ou travailler sur différents sites (multisites). Ils élaborent ensemble un projet de santé établi à partir d'un diagnostic de territoire sur la patientèle des médecins traitants.

Ce regroupement de professionnels permet :

- La mise en œuvre d'actions portant sur l'organisation des soins (protocoles de soins notamment) et d'actions de santé publique (prévention, éducation à la santé, etc.)
- D'améliorer l'accès et la continuité des soins par des plages horaires d'accueil plus larges
- Une meilleure qualité de vie pour les professionnels : plus de souplesse dans l'organisation du temps de travail
- Une mutualisation des frais de fonctionnement du lieu d'exercice, le cas échéant
- Des échanges interprofessionnels en proximité

Pour les patients : une prise en charge la plus globale possible en proximité, une offre de médiation sociale si besoin, une continuité et un parcours de soins améliorés.

La CPTS : une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est une forme de coordination sur un territoire plus étendu comme un bassin de vie, un arrondissement de grande ville, etc. Elle est constituée de l'ensemble des acteurs de santé du territoire : professionnels de santé de ville (libéraux et salariés), établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médico-sociaux, sociaux... qui souhaitent se coordonner pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé identifiés pour la population.

Les MSP et les CPTS peuvent bénéficier, sans obligation, d'un financement pérenne par la signature d'un contrat tripartite Professionnels – CPAM - ARS défini dans les Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) MSP ou CPTS.

Le DAC : le Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes de santé est souvent au niveau départemental. Sa mission est d'assurer un appui aux professionnels de santé pour les situations très complexes et faciliter la coordination entre tous les acteurs médicaux-sociaux et en subsidiarité des acteurs et des organisations comme les CPTS du territoire.



TÉMOIGNAGE

« Notre projet de Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) est né en 2008, porté par des médecins fondateurs à l'écoute des attentes de la population mais aussi des professionnels de santé et notamment des jeunes en formation.

Nous avons intégré le changement de paradigme d'une organisation micro-territoriale qui permet de prendre en charge un bassin de population et pas seulement une patientèle.

Notre établissement favorise l'activité mixte grâce à une organisation structurant la continuité des soins médicaux en cas d'absence du médecin traitant. Nous pouvons sans culpabilité développer une activité complémentaire à notre mission centrale de médecin de famille (travail hospitalier, médecin Co d'EH PAD, équipe mobile soins palliatifs, université, médecine du sport, syndicalisme...) ou tout

Ils peuvent fournir aux médecins généralistes :

- Une information sur les ressources médicales, soignantes et administratives disponibles au sein du territoire pour couvrir l'ensemble de besoins des personnes
- Un appui à l'organisation des parcours, par le biais de conseils ou d'une assistance technique en orientant directement les personnes, et ainsi planifier leur suivi et leur accompagnement par les professionnels adéquats
- Une coordination spécifique pour les prises en charge les plus complexes avec l'organisation d'un plan d'action personnalisé
- Un soutien pour renforcer leur capacité à gérer les situations complexes grâce à une analyse des dysfonctionnements éventuels et des besoins spécifiques.

Certains développent également des actions d'éducation thérapeutique.



INFO PRATIQUE

Les DAC offrent également un appui aux personnes et/ou aux aidants, parlez-en à vos patients.

simplement prendre du temps pour nous.

Ouverte en 2015 notre MSP a bénéficié d'éléments structurants :

Habitudes de travail IDE/médecin généraliste avec historiquement des formations communes (diabète, prise en charge de la douleur, accompagnement de la fin de vie...) - Lieu de stage pour les étudiants en médecine - Infirmière Asalée - Hôpital de Proximité - etc ...

Pour éviter l'écueil de la coquille vide, il me semble important de concevoir une MSP comme un bel outil sur-mesure au service des professionnels de santé pour favoriser l'exercice coordonné dans l'intérêt des patients. »

Dr Maxence Bouvier - Médecin Généraliste
MSP de St Pourçain sur Sioule (Allier)

Le projet de santé

Pour créer une structure d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme, la première démarche à entreprendre est de rencontrer et fédérer les professionnels de santé du territoire concerné.

La deuxième étape est d'élaborer ensemble le projet de santé. Il s'agit d'un élément structurant qui doit être formalisé. Les professionnels de santé y attestent de leur engagement.

Le projet doit être en cohérence avec les priorités identifiées par l'Agence Régionale de Santé; ce qui nécessite un diagnostic, à partir de l'analyse de l'offre en santé et des problématiques du territoire. Vous pouvez vous faire aider pour cela par l'ARS ou l'URPS.

Le projet de santé sera amené à évoluer en fonction des professionnels en exercice, des besoins et de l'offre du territoire.

Une fois le projet de santé validé, la MSP ou la CPTS peut alors signer l'ACI (Accord Conventionnel interprofessionnel) avec la CPAM et l'ARS.

Le projet de santé peut également permettre d'obtenir :

- Une aide financière de l'ARS pour les professionnels de santé d'une MSP
- Des subventions départementales et régionales pour la mairie qui porte le projet immobilier de la MSP (ce qui permet d'abaisser les loyers).

Faire partie d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Les premières MSP sont apparues en 2006, de la volonté de professionnels de travailler ensemble de façon coordonnée. Fin décembre 2023, on en dénombrait 2.501 en France.

Créer sa MSP : les démarches

Tout commence par rencontrer les professionnels de santé autour de soi, motivés pour travailler en équipe autour du patient. Il faut au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical conventionnés. Un (ou des) leader(s) sera(ont) le(s) porteur(s) du projet.

Il faut ensuite constituer une association (loi 1901) avec les professionnels motivés. Vous pouvez si vous le souhaitez constituer directement la SISA.

Puis prendre le temps de se rencontrer pour réfléchir ensemble et écrire le projet de santé qui est le reflet des objectifs que les professionnels de santé se donnent pour répondre aux besoins de santé des patients, à partir du diagnostic territorial.

Comme indiqué ci-contre, le projet doit être conforme aux normes du cahier des charges édité par votre ARS. Il indique les missions spécifiques portées par la structure : soins, prévention, éducation thérapeutique, suivi de pathologie chronique, organisation des prises en charge, etc. Il faut partir de l'existant et des problématiques ressenties par les professionnels : « **Comment puis-je faciliter la prise en charge du patient en travaillant avec les autres ?** ».

Une fois le projet de santé validé par l'ARS, votre MSP est labellisée.

En parallèle, on avance sur le projet immobilier (non nécessaire pour une MSP hors site) et si l'on souhaite signer un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec la CPAM et l'ARS il est nécessaire de constituer une SISA, structure juridique qui permettra de recevoir et redistribuer les financements.

Vous pouvez vous faire aider pour ce projet par :

- l'ARS pour connaître les zones reconnues déficitaires qui ouvrent droit à une aide spécifique ou dans certaines régions obtenir un financement pour la constitution du projet (Grand Est notamment).
- l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) pour une éventuelle aide logistique (personnes à contacter, réalisation de dossier...) voire plus selon les régions.
- les élus locaux (maire, conseil général, conseil régional, communauté de communes etc.) pour demander un soutien financier, logistique, matériel, juridique...

Une SISA ? Qu'est-ce que c'est ?

C'est une structure juridique qui permet de recevoir le financement public de la CPAM dans le cadre des ACI.

Les professionnels de santé n'ont pas tous le même statut fiscal : certains exercent en société, d'autres sont assujettis à la TVA (pharmaciens). Le ministère des Finances a donc dû imaginer un nouveau modèle de société permettant à tous ces professionnels de soins de bénéficier d'un même cadre. C'est ainsi que sont nées en 2011 les SISA (Société

Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Elles répondent à plusieurs objectifs :

- Permettre le regroupement des professionnels de santé de soins primaires au sein d'une même entité juridique,
- Percevoir les financements publics et les redistribuer aux professionnels,
- Exercer dans un cadre fiscal clairement défini.

Pour constituer une SISA, il faut au minimum deux médecins et un infirmier.



INFO PRATIQUE

Peu de juristes et avocats connaissent cette société. Les représentants MG France exerçant en MSP peuvent vous conseiller.

Aide financière conventionnelle

D'abord régi par les ENMR (Expérimentations sur des Nouveaux Modes de Rémunération 2009-2012), puis par le règlement arbitral (2015), l'exercice coordonné est financé depuis 2017 par l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel). C'est un contrat tripartite entre la structure, la CPAM et l'ARS. Le contrat est conclu pour cinq ans dans la limite de la durée de validité de l'ACI.

Il cadre le financement conventionnel. Ce financement est modulé en fonction de l'atteinte d'indicateurs articulés autour de 3 axes :

- Accès aux soins,
- Travail en équipe et coordination,
- Système d'information.

Les ACI permettent de financer tout ce qui est en lien avec la coordination et la coopération. Les professionnels de santé décident où va l'argent. Ce financement est pérenne tant que le cahier des charges est respecté.

Le montant de l'enveloppe varie selon le nombre de patients suivis par les médecins généralistes dans la SISA, le degré de réalisation des engagements (indicateurs) prévus dans le contrat. Certains sont obligatoires et d'autres optionnels apportant des moyens supplémentaires.

Il est également prévu une majoration en fonction du taux de précarité de la structure (en fonction du taux de patients CMUC et AME).

Participer à une CPTS

La CPTS est une forme de coordination des professionnels à l'échelle d'un territoire.

Elle est régie par une association dite Loi 1901 avec une assemblée générale annuelle, un bureau, un conseil d'administration (facultatif), des adhérents répartis en plusieurs collèges.

Elle vise à répondre aux enjeux de santé de la population du territoire couvert. Elle a aussi pour but d'améliorer le lien ville-hôpital.

Comme la MSP, le projet de santé répond à un cahier des charges et elle peut contracter un ACI avec la CPAM et l'ARS pour obtenir un financement.

L'ACI des CPTS est basé sur quatre missions obligatoires dites « socles » :

1. Améliorer l'accès aux soins. Mission dans laquelle on retrouve notamment les indicateurs « Faciliter l'accès à un médecin traitant » et « Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville »
2. Organiser des parcours pluri professionnels autour du patient

3. Développer des actions territoriales de prévention
4. La mission « gestion de crises sanitaires exceptionnelles »

Et 2 missions complémentaires dites « optionnelles » :

1. Réaliser des actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins
2. Réaliser des actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

La mise en application du projet de santé permet de rémunérer les salariés (secrétaire, coordinateur, chargé de projet ...) et les professionnels de santé selon leur implication.

Pour le professionnel de santé, l'implication est plus ou moins importante. Elle peut n'être qu'une adhésion ou la participation à une action ou une implication encore plus active par la coordination de groupes de travail ou la participation au bureau de la CPTS.



INFO PRATIQUE

N'hésitez pas à contacter la CPTS de votre secteur pour connaître les projets en cours.

Travailler en équipe

Travailler avec un infirmier ASALEE

Si la nécessité d'investir dans la prévention n'est plus à prouver, il est nécessaire de donner des moyens aux professionnels de soins primaires afin qu'ils puissent réaliser leurs missions de prévention et d'éducation à la santé dans les meilleures conditions.

Le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) est une des réponses possibles. Les infirmiers ASALEE travaillent en coopération avec les médecins généralistes traitant au sein de leur cabinet et participent à la prise en charge des patients que le médecin leur confie.

Les infirmiers ASALEE réalisent :

- des actions d'éducation thérapeutique chez les patients diabétique, BPCO, avec des risques cardio vasculaire, surpoids etc. en consultation individuelle ou en atelier collectif (groupe de marche, atelier mémoire...)

- de l'accompagnement au sevrage tabac (ETP et prescription de substituts)
- des actions de prévention et de dépistage (test cognitif – spirométrie – monofilament...)
- des actes dérogatoires (ECG, spirométrie, indice de pression systolique...)
- et participent aux campagnes de dépistage (cancer du sein – test colorectal...)

Ils travaillent en lien direct avec le médecin, enrichissent le dossier médical informatisé du patient, et participent à l'évaluation de l'expérimentation par le recueil d'indicateurs de suivi sur le portail informatique ASALEE.

L'organisation

Son accueil au sein du cabinet requiert :

- Un local équipé (table d'examen, balance...)
- Un accès au logiciel médical du médecin
- Une connexion internet pour remplir les éléments sur le logiciel ASALEE

Le cadre administratif et juridique

Un protocole de coopération est signé entre l'ARS, le médecin généraliste et l'infirmier ASALEE. Le médecin doit signaler à son assureur (qui couvre sa responsabilité civile professionnelle (RCP) qu'il travaille avec un infirmier ASALEE.

L'association ASALEE est l'employeur de l'infirmier.

Plus d'informations sur :
www.asalee.org





TÉMOIGNAGE

« Je suis installée dans un quartier populaire d'Ile de France avec beaucoup de patients migrants bénéficiaires de la CMU. Les maladies chroniques, en particulier le diabète, font des ravages dans ces populations et leur prise en charge demande du temps car il faut aussi surmonter les questions d'accès aux soins, la barrière de la langue, les représentations liées à la culture, le mal-être psychologique, familial et social conséquence d'histoires de vie souvent complexes et douloureuses.

Comment assurer une prise en charge globale indispensable face à un temps médical qui se réduit et une salle d'attente qui se remplit. Depuis 3 ans j'ai le bonheur d'avoir un infirmier ASALEE !

- aucune démarche administrative, c'est l'association ASALEE qui se charge de tout,
- un infirmier qui intervient dans mon cabinet médical et avec lequel une véritable coopération s'est installée, un binôme devenu pour moi indispensable,
- des entretiens de 45 minutes offerts à chacun des patients qui le nécessitent,
- des infos que je retrouve dans mon logiciel métier et qui me permettent de suivre l'évolution des prises en charge,
- La coordination avec un réseau d'intervenants sur le quartier (activité physique adaptée, rétinographe, psychologue, etc.).
- la réflexion sur de nouvelles thématiques qui émergent telles que l'obésité de l'enfant.

Comment est-ce que je faisais avant »

Travailler avec un infirmier en pratique avancé (IPA)

L'IPA est un infirmier diplômé d'État qui a validé un master sur deux années universitaires. Il se spécialise dans un des cinq domaines d'intervention proposés. L'IPA ayant choisi la mention « pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires » est formé pour prendre en charge des patients en situation complexe, notamment sur le plan social.

Il exerce en autonomie dans le cadre du protocole défini avec le médecin traitant. Il peut renouveler le traitement du patient, prescrire les examens utiles au suivi etc. En cas de décompensation ou de non équilibre il en informe le médecin avec lequel il collabore. Il renforce ainsi l'accès au soin dans un cadre de coopération avec le médecin traitant.

Il a également en dehors de sa pratique clinique, des missions de formation et de coordination du parcours des patients.

La loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé dite Loi Rist publiée en août 2023 introduit un accès direct aux IPA exerçant en MSP et la primo-prescription de certains produits ou prestations soumis à ordonnance.

L'IPA peut avoir un statut libéral ou salarié (SISA de la MSP ou ASALEE). En 2023, on dénombrait 1 300 IPA dont 90 IPA au sein d'ASALEE.

Afin d'inciter les médecins généralistes à coopérer avec des IPA, la nouvelle convention met en place à compter du 1^{er} janvier 2025 un forfait annuel versé au médecin traitant. Cette rémunération est calculée en fonction du nombre de patients de la patientèle médecin traitant orientés vers un infirmier IPA qui en assure également le suivi

- Au moins 10 patients : 100 €
- Au moins 35 patients : 400 €
- Au moins 100 patients : 1 000 €

Travailler avec un assistant médical

Travailler avec un assistant médical devient une nécessité pour le médecin généraliste dont les activités professionnelles et administratives augmentent de jour en jour. Il accompagne le patient dans son parcours et le médecin là où il en a le plus besoin. La charge mentale de ce dernier s'en trouve d'autant allégée. Le Président de la République a proposé dans son programme que chaque médecin puisse disposer d'un assistant médical avec un objectif de 10 000 assistants médicaux en 2027.

Les missions de l'assistant s'organisent autour de trois axes :

- Mission de nature administrative en aidant le médecin dans la gestion et la mise à jour du dossier administratif du patient et notamment la constitution du dossier pour un nouveau patient (vaccin – test de dépistage – ATCD etc.)
- Mission de coordination du parcours du patient avec l'aide à la prise des rendez-vous, la coordination avec les autres professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales
- Mission en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation (prise de constantes notamment)


Il s'agit d'un emploi aidé avec une subvention dégressive mais pérenne versée par l'Assurance Maladie. Pour être éligible le médecin doit avoir un nombre minimum de patient médecin traitant (775 patients) sauf pour les jeunes installés qui peuvent bénéficier d'une dérogation. Le médecin s'engage, en contrepartie, à prendre de nouveaux patients médecin traitant. Il doit augmenter sa patientèle et sa file active, dans les trois ans qui suivent l'embauche, d'un pourcentage variable selon son niveau de patientèle au départ.

Quand le médecin a trouvé l'assistant médical avec lequel il souhaite travailler, il contacte sa CPAM pour signer le contrat ad hoc. Un point de suivi avec la CPAM est prévu tous les six mois.

Il peut également faire appel à un groupement d'employeur pour le soulager de toutes les démarches administratives. MG France a créé un groupement d'employeur « le groupement » qui accompagne le projet du médecin et l'ensemble des obligations liées à l'embauche de l'assistant médical.

La convention 2024 a revalorisé les montants de l'aide à l'emploi d'un assistant médical (applicable dès juin 2024) à hauteur de 5% pour les nouveaux contrats et les contrats en vigueur lorsqu'ils arrivent à leur date d'anniversaire.

Elle assouplit également le dispositif : adaptation pour les médecins de 65 ans et plus ; possibilité de bénéficier d'une aide pour l'emploi de plusieurs assistants médicaux (sous conditions) ; les médecins primo-installés ont un délai de 3 ans maximum pour prendre en charge un nombre de patients correspondant à la moyenne nationale d'un médecin généraliste. Votre CPAM peut répondre précisément aux questions portant sur les modalités et les conditions d'embauche de l'assistant médical.

 INFO PRATIQUE : LES MONTANTS EN BREF	Montants maximaux de l'aide		Versements de l'aide
	Option 0,5 ETP	Option 1 ETP	
1 ^{ère} année	19 000 €	38 000 €	Versement intégral quel que soit l'atteinte des objectifs
2 ^e année	14 000 €	28 000 €	
3 ^e année et suivantes	11 000 €	22 000 €	
Montant majorée pour les 3 premières années et les suivantes pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes → Médecins ayant une patientèle les situant entre le P90 et P94	13 000 €	26 000 €	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon atteinte des objectifs
Montant fixe quelle que soit l'année → Médecins ayant une patientèle supérieure à P95	19 000 €	19 000 €	



Le Groupement
d'employeurs est une
association de médecins
généralistes.

Il s'agit du salaire des **assistants médicaux** et les met à disposition des membres de l'association. Le groupement évite au médecin employeur d'avoir à gérer tous les aspects administratifs liés à l'embauche et à la vie du contrat de travail, ceux-ci sont pris en charge par l'opérateur qui embauche l'assistant médical et contractualise avec vous sa mise à disposition.

QUEL EST L'ACCOMPAGNEMENT ?

1 AVANT RECOURS À UN ASSISTANT MÉDICAL

- Analyse de votre situation
- Evaluation des scénarios de financement
- Spécification des principales missions

2 EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MÉDICAL

- Définition du profil retenu
- Identification et choix des candidats
- Signature et démarches liées au contrat de travail

3 DURANT LA COLLABORATION AVEC L'ASSISTANT MÉDICAL

- Support local au management et Hotline RH
- Aide à l'organisation de la formation
- Gestion du contrat, de la paie, des congés et de l'entretien annuel

4 EN CAS DE CHANGEMENT

- Modification du temps de travail
- Aide à la résolution des dysfonctionnements
- Changement d'assistant

5 EN CAS D'ARRÊT DE LA COLLABORATION

- Un terme est mis à la disposition de l'AM
- En tant qu'opérateur, le groupement remplace l'AM ou se sépare de lui



Faire fonctionner son cabinet

L'informatisation du cabinet médical aide le médecin installé à tenir un dossier médical et/ou sa comptabilité, mais devient de plus en plus communicante : télétransmission des feuilles de soins, réception des examens biologiques ou des courriers de correspondants par messagerie sécurisée, utilisation des téléservices de l'Assurance Maladie, ou encore le DMP et Mon Espace santé.

Tenir sa comptabilité

Il existe une obligation de tenir une comptabilité de la structure médicale. Un livre de recettes, de dépenses et un livre de trésorerie (entrées et sorties) devront être tenus.

Vous pouvez vous faire aider pour cela par un comptable. Ce n'est pas une obligation, faire sa comptabilité soi-même est tout à fait possible.

La plupart des logiciels métiers facilitent cette comptabilité, avec une automatisation des retours des tiers-payant (en lien avec la CPAM) et l'établissement de la déclaration fiscale des revenus retirés de l'activité libérale.

Si vous utilisez un logiciel de comptabilité, celui-ci doit être agréé par l'administration fiscale et permettre l'exportation des données en un format précis.

Utiliser un logiciel métier

Leur utilisation n'est pas strictement obligatoire, mais elle est désormais nécessaire pour toucher l'ensemble des rémunérations forfaitaires associées à la fonction de médecin généraliste traitant.

Ils permettent de tenir un dossier médical, de réaliser une synthèse de soins, d'éditer les ordonnances et les courriers, et contiennent une aide et sécurisation de la prescription. Certains intègrent des fonctions d'agenda, de télétransmission et de comptabilité.

Ils doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire à la CNIL et d'un affichage en salle d'attente. Il existe de nombreux logiciels de gestion des dossiers, à chacun de se renseigner en fonction de ses exigences et de ses besoins.

Le Ségur du numérique en santé, lancé en 2021, a apporté de nombreuses nouveautés pour les médecins de ville : intégration du DMP dans Mon Espace Santé, généralisation d'une Identité Nationale de Santé (INS), généralisation du dispositif Pro Santé Connect (PSC) avec l'application mobile e-CPS, ordonnance numérique mais surtout le référencement Ségur des logiciels santé.

Ce référencement permet de bénéficier d'un logiciel modernisé permettant un partage fluide et sécurisé des données de santé avec les autres professionnels de santé d'une part et avec les patients d'autre part, de pouvoir bénéficier du versement de l'intégralité du forfait structure (l'utilisation d'un logiciel référencé Ségur étant un pré-requis depuis 2023) ; de valider les autres volets du forfait structure au titre de l'usage des services numériques ou encore de l'utilisation de l'ordonnance numérique.

Utiliser une messagerie sécurisée

Pour les mails, il faut désormais (en application de la loi) une messagerie sécurisée (via la CPS) et cryptée.


Si un message médical « en clair » arrive, par erreur de mail (erreur d'adressage) chez un non-médecin, le professionnel de santé peut être condamné en cas de plainte (au motif de « rupture du secret médical »**).

L'ASIP Santé a mis en place une Messagerie Sécurisée gratuite (MSS) qui est désormais intégrée



POUR EN SAVOIR PLUS :

Ségur du numérique en santé pour les médecins de ville : esante.gouv.fr/segur/medecin-de-ville

Liste complète des éditeurs référencés : 



aux logiciels médicaux labellisés Ségur. D'autres systèmes existent : par exemple Apicrypt. À chacun de choisir selon sa situation et le contexte local, mais restons sécurisés, pour être en conformité.

****Les peines encourues concernant le secret médical peuvent aller jusqu'à 1 an de prison et 15 000 euros d'amende.**

Comptabilité, production d'indicateurs, partage de données, Ségur numérique, il est important de bien maîtriser son logiciel métier. MG Form propose régulièrement des formations pour débiter ou se perfectionner à son logiciel (Weda, Cégédim, Doctolib ...).

www.mgform.org



CONFIGUREZ VOTRE TABLE EN 3D

Personnalisez votre table médicale en 3D en **sélectionnant un métier** dans la liste ci-dessous. Chaque table médicale propose des instruments et du matériel spécifiques adaptés aux conditions de la profession. En sélectionnant vos options, la table se configure automatiquement pour refléter votre environnement de travail, y compris les outils et équipements pertinents.

 Paramètres du cabinet



Votre contact : 06.75.38.21.23

www.francofils.com



Franco&Fils
CONCEPTION - FABRICATION
DE MATÉRIEL MÉDICAL ET PARA-MÉDICAL

760 AVENUE DE PARIS
58320 POUQUES-LES-EAUX
Tél: 03.86.68.83.22 - info@francofils.com



La vie professionnelle

La représentation professionnelle

Le Conseil de l'Ordre

L'article L. 4121-2 du Code de la santé publique définit ses missions : « *L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1. Ils contribuent à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.*

Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale, de la profession de chirurgien-dentiste ou de celle de sage-femme.

Ils peuvent organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit.

Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils et des chambres disciplinaires de l'ordre. »

Ordre National

Rôle moral

L'Ordre national a la charge du code de déontologie médicale, de l'adapter aux nécessités de la profession en constante évolution technique, économique et sociale, de le faire évoluer dans l'intérêt des malades. Il appartient à l'Ordre national de veiller à son application et à son respect.

Rôle administratif

L'Ordre national dispose d'un pouvoir réglementaire. Il doit établir et tenir à jour un tableau auquel ne peuvent être inscrits que les docteurs en médecine remplissant les conditions légales et les conditions de moralité requises. Il intervient également dans le processus de qualification des spécialistes, dans la surveillance des contrats où il peut imposer des clauses dites essentielles, dans les autorisations de cabinet secondaire etc.

L'Ordre national a une fonction de surveillance des conditions d'exercice de la profession, fonction qui fait de lui, en tant qu'organisme strictement professionnel, le garant d'un service public comme le reconnaissent non seulement des arrêts du Conseil d'État mais aussi les jurisprudences.

Le Conseil d'État contrôle les éventuels excès de pouvoir de l'Ordre national en matière administrative.

Rôle juridictionnel

Le législateur a voulu que les médecins puissent être jugés et éventuellement sanctionnés par leurs pairs connaissant bien les problèmes soulevés par les malades ou par l'exercice de la profession.

Le rôle juridictionnel s'exerce par l'intermédiaire des conseils régionaux en première instance, et en appel par la Section disciplinaire du Conseil National, présidée par un Conseiller d'État.

Ce pouvoir est encadré par des dispositions du Code de la santé publique ; il est contrôlé en ce qui concerne la légalité de ses décisions par le Conseil d'État, haute autorité administrative.

Rôle consultatif

Il est en particulier appelé à donner son avis sur les projets de règlements, décrets ou de lois qui lui sont soumis par les pouvoirs publics.

Les conseils régionaux

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée une instance régionale dite « Conseil Régional de l'Ordre des Médecins ». Limités à un rôle de première instance contentieuse et disciplinaire jusqu'en 2007, ils ont depuis un rôle essentiellement administratif et de régulation des soins médicaux, en phase avec les autres structures administratives régionales et l'organisme gestionnaire du Développement Professionnel Continu.

Ils ont pour missions de :

- Représenter l'Ordre des Médecins au sein de toutes les instances régionales touchant à la santé sous toutes ses formes (libérale, hospitalière, santé publique, ARS...).
- Étudier et délibérer sur les projets et propositions qui lui sont soumis par ces instances.
- Coordonner les conseils départementaux.
- Rôle juridictionnel de première instance.

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins a, par ailleurs, le pouvoir de prendre la décision de suspendre temporairement un médecin du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession

(*article L.4124-3 du Code de la santé publique*). Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins peut être saisi soit par le Préfet, soit par délibération du Conseil Départemental ou du Conseil National.

Le nombre des conseillers est défini en fonction du nombre de médecins inscrits à l'Ordre pour chaque région.

Ils sont élus par les conseillers départementaux.

Les conseils départementaux

Leurs membres sont élus pour 6 ans au suffrage universel par l'ensemble des médecins inscrits au tableau du département. Leur nombre dépend du nombre de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre. Le renouvellement s'effectue par moitié tous les 3 ans. Ils ont de nombreuses fonctions exécutives :

- Gestion du tableau de l'Ordre et des autorisations d'installation ; contrôle du libellé des plaques et des mentions dans les annuaires et sur les ordonnances,
- Organisation de la permanence de soins (tableau de gardes),
- Examen des contrats passés entre deux ou plusieurs médecins, entre médecins et structures privées ou publiques,
- Délivrance des autorisations et licences de remplacement.

Le Collège de la Médecine Générale (CMG)

Structure créée en 2010 qui regroupe de nombreuses structures généralistes organisées en quatre composantes : professionnelle, académique, scientifique et associations.

Il a pour missions de :

- Représenter la médecine générale,
- Promouvoir la qualité de l'exercice professionnel de la médecine générale,
- Promouvoir une démarche de Développement Professionnel Continu,
- Favoriser le développement de la recherche en soins primaires et sa publication,
- Promouvoir et valider des protocoles et recommandations pertinents en médecine générale reposant sur la recherche en soins primaires,
- Promouvoir une formation initiale visant au développement des compétences nécessaires à l'exercice du métier.

Le Collège est le promoteur du Congrès annuel de la médecine générale qui a lieu au Palais des Congrès de Paris au printemps.



INFO PRATIQUE

Venez-nous rendre visite sur le stand MG France pendant le congrès.

Les syndicats médicaux

Ils sont différents selon trois axes qui les définissent :

- 1. L'âge et le statut professionnel de leurs adhérents.**
- 2. La spécialité exercée par leurs adhérents :** on distingue les syndicats mono catégoriels (exemple : MG France qui représente exclusivement les médecins spécialistes en médecine générale), des syndicats poly catégoriels (représentant toutes les spécialités : CSMF, FMF, SML...).
- 3. Leur représentativité :** elle est le résultat d'une enquête de représentativité pilotée par un organisme d'État après chaque élection professionnelle selon plusieurs critères :
 - le score électoral réalisé lors de ces élections,
 - le nombre d'adhérents,
 - la présence du syndicat dans les différents départements,
 - l'historique et la notoriété.

Leurs missions

Ils ont, en tant que corps intermédiaire, des missions attribuées par l'Etat.

Ils sont ainsi légitimes à négocier et à accepter au nom de tous les médecins libéraux la Convention médicale par exemple.



Les URPS

Ce sont des structures régionales qui représentent la totalité des professionnels de santé libéraux, en référence à l'article 123 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ». Elles ont succédé aux URML (unions régionales des médecins libéraux) créées en 1994.

Chaque profession de santé dispose de son union régionale : ces unions peuvent être regroupées en fédérations régionales afin de favoriser le développement de l'exercice interdisciplinaire.

Les élections ont lieu tous les 5 ans.

Leurs missions

Au plan national, le résultat des élections aux unions détermine l'audience des organisations représentatives (les syndicats) et leur habilitation à participer aux négociations conventionnelles.

Au niveau régional, les URPS en général et les URPS ML (Médecins Libéraux) en particulier participent :

- À la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé,
- À l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins,
- À l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice,
- À des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique,
- À la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L 1435- 4 du code de la santé publique,
- Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés,
- À la mise en œuvre du développement professionnel continu.

Enfin, l'URPS Médecins Libéraux, avec les neuf autres URPS, peut procéder à l'analyse des données agrégées nationales et régionales issues du système national des données de santé (SNDS) en rapport avec leurs missions.

L'URPS-ML est un interlocuteur privilégié de l'Agence Régionale de Santé.

Fonctionnement

Chaque URPS médecins est administrée par une assemblée unique composée de deux collèges : spécialistes et généralistes, élus pour cinq ans. Selon la taille de la population médicale de la région cette assemblée peut être composée de 10 à 60 membres.

Les élections se font sur des listes électorales présentées par les organisations syndicales de médecins généralistes ou de médecins spécialistes bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions.

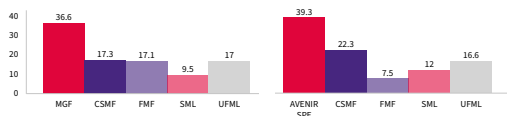
Le bureau (8 membres) est élu par l'assemblée générale en respectant la représentativité des deux collèges.

Résultats des dernières élections

en pourcentage de suffrages obtenus (2021) :

Collège des généralistes

Collège des spécialistes



Les prochaines élections auront lieu en 2026.

Cotisation

La Curps, prélevée par l'URSSAF, existe depuis 2021. Elle représente 0.5 % du revenu d'activité non salariée dans la limite de 236€ pour 2025.

Elle représente la principale source de financement des URPS qui peuvent également contracter avec l'ARS ou l'Assurance Maladie pour des actions régionales.

La protection du médecin contrôlé pour délit statistique

Au niveau de la CPAM, le point de départ d'une procédure de contrôle est principalement informatique avec l'identification de praticiens présentant un écart statistique par rapport à la moyenne régionale (nombre d'indemnités journalières, nombre de prescriptions de transports, etc.). Suite à ce repérage, le médecin reçoit une lettre recommandée avec accusé réception émanant de la CPAM. Ce courrier fait référence aux articles réglementaires et met en cause le médecin sur son exercice (sans que la raison de cette mise en cause soit nécessairement bien explicitée dans ce courrier).

Lorsqu'une instruction est débutée, le médecin contrôlé reçoit plusieurs lettres recommandées avec AR comprenant des tableaux sur lesquels il lui est demandé de se justifier (prescriptions pouvant remonter à plusieurs mois voire plusieurs années).

Dans un premier temps, il faut conserver tous les courriers, toutes les enveloppes avec les dates d'affranchissement. N'appellez pas le médecin conseil dont le numéro est mentionné dans le courrier. Tout doit se faire par écrit en recommandé avec AR en réclamant toutes les pièces nécessaires à la préparation de l'entretien (copies des ordonnances, attestations de patients...) conformément au D.315-2 du code de la Sécurité Sociale) et l'exposé précis des griefs qui sont reprochés.

Si la CPAM persiste à vouloir vous ennuyer, vous recevez un avis de mise sous Mise sous objectif (MSO), obligatoirement en courrier recommandé.

Vous disposez légalement de 14 jours pour vous y opposer par la même voie. Il faut absolument refuser la MSO (sauf si vous avez en réalité triché) car il sera impossible de tenir les objectifs fixés si vous avez une pratique honnête. Vous serez alors pénalisé à coup sûr !

Votre refus contraindra la CPAM à employer une mesure de Mise sous accord préalable (MSAP) de vos prescriptions, vous serez également avisé par courrier recommandé. En pratique, ce n'est pas si contraignant : on prescrit finalement peu d'arrêts maladie et de transports par jour.



INFO PRATIQUE

Vous n'êtes pas redevable de la CURPS si vous êtes médecin remplaçant. Si par erreur, elle apparaît dans vos cotisations vous pouvez demander le remboursements auprès de l'URSSAF.

La prescription se fait normalement. Vous éditez chaque jour un compte rendu de vos prescriptions d'IJ ou d'arrêts pour le médecin conseil désigné par la CPAM pour vous contrôler. Le gros du travail sera pour le médecin conseil qui est médecin comme vous et raisonnera plus médicalement qu'un administratif, c'est à dire qu'il validera le plus souvent vos prescriptions. Ainsi au terme de la période de contrôle si le médecin conseil a validé vos prescriptions il sera presque impossible qu'on continue de vous poursuivre.

Il est important de garder tous les recommandés reçus, de tenir un compte pointilleux des délais de réponse et des délais de procédure. Si la CPAM ne respecte pas la procédure et qu'ultérieurement elle va en justice vous pourrez faire casser la procédure sur ce genre d'erreur donc « à garder au chaud » !

N'oubliez pas de prévenir votre assureur (contrats de responsabilité civile professionnelle, de défense juridique).



Vérifier que vous êtes assuré contre ce risque par votre contrat RCP.

Pour toute rencontre, il faut idéalement être assisté soit par un médecin de son syndicat, soit par un confrère, si possible habitué à ce genre de procédure. Il est recommandé de prévenir son syndicat le plus tôt possible et préparer son dossier en prenant chaque cas et en le documentant de façon précise.



TÉMOIGNAGE

« Demain, je vais à la CPAM. Je suis convoquée car j'ai prescrit un nombre d'indemnités journalières supérieur à la moyenne régionale, rapportée au nombre de consultations effectuées.

Je suis donc attendue dans les locaux de la Sécurité Sociale et j'appréhende ce rendez-vous. Je crains ce regard culpabilisant des autorités sanitaires qui ne prennent pas en compte mes conditions locales d'exercice et les raisons médicales et humaines de mes arrêts de travail.

J'aimerais pouvoir argumenter et leur dire qu'un arrêt de travail n'est pas seulement une indemnité

L'entretien confraternel

Il s'agit d'une rencontre avec un ou deux médecins conseil accompagnés du chef de pôle de contrôle. Les dossiers sont examinés, le médecin contrôlé est interrogé et doit se justifier pour chaque cas.

Si vous ne pouvez pas être accompagné, il ne faut pas hésiter à reporter l'entretien. Il est humainement difficile de faire face, aussi solide soit-on.

Si les documents nécessaires à la défense ne vous ont pas été adressés, il faut le faire notifier.

Le procès-verbal de l'entretien doit être adressé en lettre recommandée avec AR au médecin dans un délai de 15 jours (D.315-2 CSS). Ce dernier dispose d'un délai de 15 jours pour le retourner signé et accompagné de ses remarques. Il faut surveiller les délais (au cas où le pôle contentieux ne les respecterait pas) et examiner le procès-verbal avec soin. Lors du retour, il ne faut pas hésiter à faire des remarques et à mentionner tous les manquements à la procédure constatés dans les phases précédentes.

Ce « contrôle light » n'entraîne pas de sanctions. Les sanctions ne peuvent s'appliquer que si vous êtes accusé de fraude et ou après une procédure de MSO (mise sous objectifs) ou MSAP (mise sous accord préalable). Donc prenez cet entretien au sérieux mais n'ayez pas peur.

journalière, c'est surtout un soin pour un patient qui souffre et qui ne peut assurer son travail, que la souffrance soit physique ou psychique.

Je veux pouvoir me défendre et mes confrères m'ont conseillé de ne pas y aller seule. Je me suis donc rapprochée du délégué MG France de mon département par le biais du site MG France et de l'adresse mail : **services@mg-france.fr**

Demain, je ne serai pas seule car le représentant syndical assurera ma défense mais aussi celle de ma profession avec des arguments techniques que la Sécurité Sociale entendra. »

ÊTRE ADHÉRENT(E) **MG FRANCE**, C'EST



ÊTRE MIEUX INFORMÉ(E)

- Des informations dédiées locales ou nationales
- Une association de gestion comptable
- Un service de télétransmission et de messagerie (sur inscription).



POUVOIR S'EXPRIMER

- Vous participez aux débats du syndicat.
- Vous représentez MG France dans les instances locales ou nationales.



ÊTRE ACCOMPAGNÉ(E) ET PROTÉGÉ(E)

- Hotline dédiée.
- Soutien juridique individuel.

La nomenclature

L'exercice de la médecine générale libérale nécessite une facturation au patient des actes exécutés pour leur prise en charge. Actuellement, en médecine générale, deux systèmes de cotation des actes co-existent (actes cliniques et actes techniques), théoriquement incompatibles. On ne peut les cumuler sauf exceptions. La CPAM et/ou son assurance complémentaire remboursera le patient en totalité ou en partie.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

C'est le système le plus ancien, avec :

- des actes G, VG, APC, VL...
- des majorations
 - Selon le patient : nourrissons, enfants 0-6 ans (MEG),
 - Selon les situations : sortie d'hospitalisation, insuffisance cardiaque (MSH, MIC),
 - Selon le moment de votre intervention : majoration de nuit, de jours fériés (MDN, MDD),
 - Selon le lieu de votre intervention : déplacement, indemnités kilométriques... (IK).

Cela représente 90 % de votre activité et s'acquiert très vite.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Elle concerne essentiellement les actes techniques et il est important de vous l'approprier ainsi que les principales règles et les actes concernant votre pratique.

Prenez le temps de préparer vos logiciels et vos lecteurs de carte, cela vous permettra de gagner du temps, car bien coter permet d'améliorer votre rémunération et la reconnaissance de la diversité des actes que nous réalisons.



INFO PRATIQUE

Un doute ? Une interrogation sur une cotation ? Utilisez les outils MG France : plaquettes et calculette en ligne sur notre site.

La formation tout au long de la vie

Il y a peu de métiers où la formation acquise n'a pas besoin d'être régulièrement mise à niveau. En médecine, la formation continue est fondamentale, non seulement sur le plan déontologique, mais également pour rester un professionnel performant.

Les modalités pour effectuer cette formation sont diverses. Pendant nos études nous avons tous été sollicités par les représentants de l'industrie pour des soirées conviviales, parfois intéressantes. S'agit-il de formation ? En tout état de cause, si c'est le cas, ce genre de manifestations n'est pas exempt de « biais commercial. »

Bien d'autres possibilités s'offrent à nous pour réaliser notre formation continue : collectives, individuelles, en présentiel ou à distance, mono ou pluriprofessionnelles... Pour n'évoquer que l'essentiel. L'offre est très large.

Les Groupes d'Échange et d'Analyse des Pratiques, les groupes de pairs

Le Groupe d'Échange et d'Analyse des Pratiques (GEAP®) est une modalité de formation validée scientifiquement quant à son effet sur nos pratiques. Elle présente l'avantage de se réunir et travailler avec des confrères d'un même territoire. Se rencontrer, se connaître est la plupart du temps intéressant, convivial et fructueux.



MG Form propose le cadre organisationnel pour mettre en œuvre ces formations. N'hésitez pas à nous contacter : <https://www.mgform.org>



Le FAF-PM

Le FAF-PM (Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale)

C'est l'organisme qui finance la formation des médecins libéraux PAR les médecins libéraux. Son organisation, son fonctionnement permettent de répondre de manière à la fois souple et efficace aux besoins de formation des médecins libéraux (ou remplaçants sous certaines conditions).

Le FAF PM, créé par les syndicats de médecins libéraux, et toujours géré par eux, offre une formation continue indépendante et dénuée de biais commerciaux.

Le FAF-PM est financé via les URSSAF par le biais d'un prélèvement, la CFP (Cotisation pour la Formation Professionnelle), effectué en même temps que les cotisations sociales personnelles des médecins libéraux. Son montant est de de 116€ en 2024. (0,25% du PASS).

Le FAF-PM finance des formations sous 2 formes

1) Formations collectives

Le médecin libéral (mais aussi le remplaçant dès lors qu'il a acquitté la CFP) peut s'inscrire auprès d'une association habilitée. Ces associations sont gérées par des médecins libéraux et offrent un catalogue varié dans tous les domaines utiles aux médecins dans leur exercice : formations scientifiques pour approfondir des connaissances ou en acquérir de nouvelles, en informatique médicale, en anglais médical pour ne citer que quelques exemples. MG Form, la branche formation de MG France, ainsi qu'ADESA, sont des associations habilitées. Les intervenants sont des médecins comme vous qui ont suivi une formation particulière pour vous faire partager leur expertise. Ils ont les mêmes préoccupations et la même envie de vous faire partager l'amour du métier de médecin généraliste.

Outre leur contenu, les formations collectives sont l'occasion de rencontrer des confrères, d'échanger, d'approfondir, de confronter des points de vue et de comparer les modes d'exercice. La plupart des médecins qui ont fait le pas de s'inscrire à ces formations ne le regrettent pas, tant est grande la richesse des échanges.

Aussi vaste soit le catalogue des associations, il est possible que certaines formations particulières ne soient pas proposées. C'est pour cela que le FAF PM finance également des formations individuelles.

2) Formations individuelles

Les médecins qui auraient des besoins de formations très spécifiques, dans des domaines où l'offre collective n'est pas disponible, peuvent, dès lors que le thème correspond à un besoin pour l'exercice, s'inscrire à des formations proposées par d'autres organismes, par exemple les universités. Rentrent également dans ce cadre certains frais liés à la participation aux congrès médicaux. Contrairement aux formations collectives, où le participant ne doit rien régler, le remboursement sur une base forfaitaire, se fait *a posteriori*, après réception du dossier complet.

L'ANDPC

L'ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) est un GIP (Groupement d'Intérêt Public) constitué paritairement entre l'État et l'Union Nationale des Caisse d'Assurances Maladie (UNCAM).

Elle assure le pilotage du Développement Professionnel Continu pour les professionnels de santé hospitaliers, autres salariés et libéraux.

Elle a pour principales missions :

- l'évaluation des organismes et structures,
- la garantie de la qualité scientifique et pédagogique des actions et programmes de DPC proposés,
- la mesure de l'impact du DPC sur l'amélioration et l'efficacité du dispositif,
- la promotion du dispositif de DPC (informer les professionnels de santé, les organismes et les employeurs),
- la participation au financement des actions de DPC pour les professionnels de santé pouvant être pris en charge par l'Agence.

Depuis la mise en place du DPC, toute structure commerciale, professionnelle ou associative a pu déposer un dossier pour obtenir un agrément d'organisme effecteur de DPC. Nous sommes donc passés de 90 organismes assurant la formation continue des médecins, à plus de 1200, ce qui a engendré une concurrence sur les programmes proposés beaucoup plus commerciale que qualitative.

Le budget alloué au DPC des professionnels de santé éligibles à la contribution financière de l'Agence est défini, pour 3 ans, par la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) réalisée entre l'État et la Caisse Nationale d'Assurance maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Il est constitué à partir :

- des apports de ses membres (État et UNCAM) ;
- des contributions volontaires d'organismes publics ou privés, autres que les établissements de santé, dans les conditions définies par des Conventions avec ces organismes.

Chaque année l'Agence répartit entre les différentes professions ce budget. Ensuite chaque section professionnelle établit le montant du forfait horaire.

À la différence des formations prises en charge par le FAF-PM, les participants d'un programme DPC bénéficient en plus du financement de leur formation d'une indemnisation personnelle.

Chaque médecin dispose d'une enveloppe personnelle lui permettant d'être indemnisé pour 21 heures de DPC sur l'année. Il peut également accéder à 21 heures de formation supplémentaire tous les 3 ans pour des formations pédagogiques (la maîtrise de stage).

Pour être pris en charge, un programme de DPC doit obligatoirement être rattaché à une des orientations nationales prioritaires qui sont fixées par décret et ont une validité de 3 ans. Pour les médecins généralistes les orientations nationales prioritaires sont proposées au ministère par le Collège de la Médecine Générale, pour les autres spécialités elles le sont par la Fédération de Spécialités Médicales.

Cette possibilité de 21 heures de formation annuelle reste pour autant extrêmement éloignée de la référence reconnue internationalement qui est de 40 heures annuelles.

Tout professionnel de santé est légalement tenu de réaliser triennalement un programme de DPC, et pour les médecins c'est au Conseil National de l'Ordre des Médecins qu'est confiée la mission de vérifier que cette obligation légale est bien respectée.



INFO PRATIQUE

Pour connaître les modalités de prise en charge, vous pouvez consulter la page de l'ANDPC.

<https://www.agencedpc.fr/forfaits-de-dpc>



La protection sociale

Les médecins, comme tous les Français, bénéficient d'une protection sociale obligatoire minimale. Elle n'est actuellement pas suffisante pour garantir tous vos besoins en cas d'arrêt maladie notamment. Le recours à une prévoyance et l'étude prévisionnelle de la retraite sont nécessaires dès l'installation. L'anticipation est de mise dans notre métier.

Chaque médecin est libre de cotiser plus pour être mieux protégé.

Régime d'assurance maladie

Les cotisations sont recouvrées par l'URSSAF. Nous dépendons du « régime des travailleurs non-salariés (art L.613-1 du code Sécurité Sociale), ce qui explique des différences à la fois de cotisation et de droits.

Le taux applicable à la détermination de la cotisation d'Assurance maladie est de 6,5 % mais les médecins en secteur 1 cotisent à hauteur de 0,1 % et la CNAM prend en charge les 6,4 % restants. Cette prise en charge constitue un avantage conventionnel en échange du respect strict des tarifs conventionnels.

Si vous exercez une double activité libérale et salariée, vous pouvez bénéficier d'une double affiliation au régime des PAMC et au régime général (pour autant que vous répondiez aux critères d'ouverture des droits). Cela n'est pas toujours simple, notamment pour la perception d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie (régime salarié, libéral ou les deux).

Si vous vous trouvez dans cette situation et en arrêt de travail, MG Services vous aide à y voir clair.

Le **régime PAMC** couvre vos dépenses de soins et celles de vos ayants-droits de la même manière que le régime général de la sécurité sociale. En fonction de votre situation il peut être utile d'opter pour une assurance complémentaire maladie.

La protection en cas de maladie et d'invalidité

Depuis le 1^{er} juillet 2021, les arrêts maladie des professionnels libéraux sont indemnisés pendant les 90 premiers jours de leur arrêt par l'Assurance Maladie, comme pour tout assuré, avec un délai de carence de 3 jours (soit 87 jours indemnisés). La CARMF prend ensuite le relai si nécessaire.

Le montant est égal à 1/730^e de votre revenu d'activité annuel moyen. La moyenne de vos revenus pris en compte est plafonnée à 3 fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) soit 3 x 47 100 € bruts en 2025. Même si votre revenu d'activité annuel moyen est supérieur à ce plafond, votre indemnité journalière ne pourra pas excéder le montant maximum de 193,56 € bruts fixé au 1^{er} janvier 2025.

Le régime invalidité-décès de la CARMF

Il couvre trois risques : l'incapacité temporaire, l'invalidité et le décès.

L'assurance « incapacité temporaire totale »

Elle a pour but d'indemniser le médecin ou le conjoint collaborateur en cas de cessation d'activité pour raison de santé le rendant temporairement incapable d'exercer une profession quelconque. Cette indemnisation est accordée à partir du 91^e jour qui suit l'arrêt total de travail sous forme de prestations journalières.

Toute cessation d'activité doit être déclarée par écrit au « Médecin contrôleur de la CARMF » sous pli cacheté, revêtu de la mention « confidentiel » accompagnée d'un certificat médical indiquant la date de la cessation totale d'activité, la durée probable de l'incapacité temporaire et la nature de la maladie ou de l'accident, cause de l'arrêt de travail.

Le montant de l'indemnisation est fonction de votre classe de cotisation, elle-même déterminée selon vos revenus professionnels non-salariés de l'avant-dernière année. Le total du service des indemnités journalières ne peut excéder 36 mois. Elles sont versées mensuellement.

L'assurance invalidité

Elle a pour but d'indemniser le médecin ou le conjoint collaborateur reconnu atteint d'une maladie ou victime d'un accident entraînant une invalidité totale et définitive le rendant inapte à exercer sa profession. Le médecin ou le conjoint collaborateur titulaire de la pension d'invalidité n'est redevable d'aucune cotisation envers la CARMF. Comme pour l'incapacité temporaire, le montant de l'indemnisation est fonction de votre classe de cotisation.

La pension d'invalidité est versée au plus tard, jusqu'au 1^{er} jour du trimestre civil suivant votre 62^e anniversaire.

Il est conseillé de déclarer la cessation d'activité professionnelle le plus tôt possible, même si l'interruption d'exercice est estimée inférieure à 90 jours.

L'indemnité décès

Les droits du conjoint survivant et des enfants à charge varient en fonction de l'âge et de l'activité du médecin ou du conjoint collaborateur.

L'indemnité décès, uniquement versée au conjoint survivant, est attribuée si le médecin ou le conjoint collaborateur était âgé de moins de 75 ans ; affilié à la CARMF et à jour de ses cotisations ; cotisant non retraité ou titulaire de l'allocation d'invalidité.

Elle s'éélève en 2025 à :

- 70 000 € en cas de décès du médecin ;
- 17 500 € à 35 000 € en cas de décès du conjoint collaborateur, selon l'option choisie, quart ou moitié de la cotisation du médecin.

2025 <i>Médecin âgé de moins de 62 ans</i>	Revenu N-2 inférieur ou égal à 47 100 € Classe A	Revenu N-2 compris entre 47 100 et 141 300 € - Classe B	Revenu N-2 supérieur à 141 300 € Classe C
Cotisation Invalidité - Décès <i>(Moins de 62 ans)</i>	623 €	Variable 434€ + (Revenus x 0,32%) + (Revenus x 0,08%)	999 €
Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire <i>(1ère année - ensuite dégressif)</i>	64,52 €	1/730 ^e des revenus	193,56 €

Les montants sont différents pour la classe d'âge 62-69 ans et plus de 70 ans.

Les accidents de travail

Les médecins libéraux ne sont pas couverts en cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle. Si vous souhaitez bénéficier de cet avantage vous devez souscrire à l'assurance volontaire individuelle auprès de votre CPAM.

Les cotisations sont calculées en pourcentage d'un niveau de revenu de remplacement que vous décidez (et non sur vos revenus réels).

Depuis le 1^{er} avril 2024, ce revenu de base ne peut être inférieur à un revenu minimum fixé à 20 971,34 €. Le revenu maximum, lui, correspond au plafond annuel de la sécurité sociale, soit 47 100 € pour 2025. Ces montants sont les mêmes pour le conjoint collaborateur. Le taux de cotisation applicable est déterminé par la caisse régionale (Carsat, Cramif ou CGSS). Il correspond à celui de la profession, diminué de 45 %.

Cette assurance est également ouverte aux conjoints collaborateurs qui exercent une activité régulière dans le cabinet de leur conjoint sans percevoir de rémunération.

Pour le remboursement des frais de santé : les frais de médecine, d'hospitalisation, de pharmacie, d'appareillage, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, liés à un accident du travail ou de trajet ou à une maladie professionnelle, sont remboursés à 100 % sur la base des tarifs conventionnels. Les prothèses dentaires et certains produits d'appareillage font l'objet d'une prise en charge à 150 %, dans la limite des frais réels.

En cas d'invalidité, un taux est attribué. L'assuré a alors droit à :

- Une indemnité en capital, si le taux d'IPP est inférieur à 10 %,
- Une rente, si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10 %.

Elle ne vous donne pas droit à des indemnités journalières.

En cas de décès de l'assuré consécutif à un accident du travail ou de trajet ou à une maladie professionnelle :

- Les frais funéraires et, s'il y a lieu, les frais de transport du corps jusqu'au lieu de sépulture, sont remboursés, sur justificatifs, à la personne qui les a réglés, dans la limite des frais engagés avec un montant maximal fixé à 1 932 € en 2024.
- Des rentes peuvent être versées à ses ayants droit

Maternité et paternité des praticiens libéraux

Les femmes sont les médecins d'aujourd'hui et de demain. Elles sont majoritaires dans les jeunes générations. Et pour beaucoup se pose un jour la question de la maternité : pour une femme médecin libérale, la maternité annonce trop souvent une période d'incertitude voire de précarité.

MG France porte depuis de nombreuses années le projet de reconnaissance de la maternité des médecins généralistes et des acquis ont été obtenus grâce à nos actions.

Maternité des praticiennes libérales

Pour bénéficier d'une protection maternité, vous devez justifier de 6 mois d'affiliation à la date prévue de votre accouchement et être à jour de vos cotisations à cette même date.

Les médecins et les sages-femmes ont à leur disposition un téléservice sur amelipro qui permet de déclarer en ligne la grossesse de leur patiente avec sa carte Vitale. Il permet un envoi unique à l'Assurance Maladie et la CAF.



Allocation forfaitaire de repos maternel

Elle n'est pas soumise à une cessation d'activité. Son montant est revalorisé chaque année. Son montant est de 3 925 € en 2025. Une moitié est touchée à la fin du 7^{ème} mois, le solde après l'accouchement.

→ **Formalités** : envoi de la déclaration de grossesse avant 3 mois de grossesse et du certificat d'accouchement.

Indemnités journalières forfaitaires (IJ)

Elles sont soumises à cessation d'activité pendant au moins 8 semaines, dont 2 semaines avant la date d'accouchement. Leur montant est calculé en fonction de vos revenus cotisés. Il ne peut être supérieur à 64,52 € en 2025.

Elles sont versées durant le congé maternité, dont la durée varie selon le nombre d'enfants que vous attendez et le nombre d'enfants déjà à votre charge. La durée du congé prénatal non pris (2 semaines) ne peut pas être reportée sur le congé postnatal.

→ **Formalités** : déclaration sur l'honneur attestant de la cessation de toute activité, certificat médical attestant de la durée de l'arrêt de travail.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les femmes relevant du régime PAMC bénéficient des mêmes IJ que les autres travailleuses indépendantes pour les arrêts maladie en cas de **grossesse pathologique**. Sous condition

d'une affiliation minimum à la Sécurité sociale de 10 mois à la date présumée de l'accouchement.

Avantage Supplémentaire Maternité (ASM)

Depuis le 29 octobre 2017, l'Avantage Supplémentaire Maternité (ASM) permet aux femmes médecins de bénéficier d'un revenu de remplacement permettant de payer les charges du cabinet. Il s'ajoute au forfait et aux indemnités journalières déjà en vigueur.

Cet avantage conventionnel est accessible pour les médecins installées ou en collaboration libérale travaillant au moins 4 demi-journées par semaine. Les médecins secteur 2 non OPTAM bénéficient des 2/3 de ce qui est prévu pour les secteurs 1 et 2 OPTAM. Il s'applique de la même manière qu'il s'agisse d'une naissance ou d'une adoption.

L'ASM est versé mensuellement avec un premier versement un mois après le début du congé.

→ **Formalités** : envoi du certificat médical d'arrêt d'activité à la CPAM.

Le tableau ci-dessous permet de visualiser quelques exemples (si la situation n'appartient à aucune des propositions citées, faites votre calcul en vous basant sur votre situation et votre temps d'activité pour 1 mois multiplié par la durée de votre congé réel).

Nbre Jours	IJ	Forfait	ASV	Total	Mensualité moyenne
56	3 613	3 925	6 200	13 738	6 869
112	7 226	3 925	9 300	20 451	5 113
182	11 743	3 925	9 300	24 968	3 841
238	15 356	3 925	9 300	28 581	3 362
322	20 775	3 925	9 300	34 000	2 957

Congés prénatal et postnatal

Vous pouvez demander à anticiper le point de départ de votre congé prénatal mais la durée du congé postnatal sera réduite d'autant

Les périodes de congé prénatal qui n'ont pas été prises ne peuvent pas être reportées sur le congé postnatal.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, la date de prise en compte pour le calcul de la durée du congé peut varier. Se renseigner auprès de votre CPAM ou sur ameli.

Paternité des praticiens libéraux

Les praticiens libéraux conventionnés affiliés à la CPAM, ou les personnes qui bénéficient de ce régime en tant que conjoint collaborateur, peuvent bénéficier d'un congé paternité indemnisé à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.

Ils bénéficient aussi de l'ASM. Un homme installé à temps plein en secteur 1 bénéficie de 2 232 € versés en une seule fois.

Le praticien libéral

Le congé doit débiter le jour de la naissance de l'enfant ou de son arrivée dans le foyer en cas d'adoption. En cas d'hospitalisation de l'enfant, il peut être reporté à la fin. Il peut être pris en une seule fois ou scindées en plusieurs parties dont une obligatoire de 7 jours qui débute le jour de la naissance de l'enfant.

Les indemnités forfaitaires sont :

- 5 jours au plus pour la naissance d'un enfant ;
- 32 jours au plus en cas de naissances multiples.

Vous devez justifier de 6 mois d'affiliation à la date de début du congé de paternité et cesser toute activité professionnelle pour percevoir une indemnité journalière forfaitaire.

L'indemnité journalière forfaitaire est de 64,52 € par jour. Elle est revalorisée au 1^{er} janvier de chaque année.

→ **Formalités** : déclarer sur l'honneur l'interruption totale de travail et justifier de la filiation par la copie de l'acte de naissance, du livret de famille, ou l'acte de reconnaissance de l'enfant.

Adoption Praticienne libérale et conjointe collaboratrice

L'allocation forfaitaire de repos maternité est due pour moitié.

L'ASM s'applique de la même manière pour l'adoption que pour la naissance.

Le conjoint collaborateur

Ce sont les mêmes obligations et les mêmes droits, seul le montant de l'indemnité change et quelques formalités supplémentaires :

→ **Formalités** : déclarer sur l'honneur de la praticienne mentionnant :

- que vous êtes conjoint et ayant droit d'une femme praticienne ou auxiliaire médicale conventionnée
- que vous ne relevez pas à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité
- que vous l'aidez effectivement et habituellement dans l'exercice de sa propre activité professionnelle sans être rémunéré pour cela (secrétariat, comptabilité, etc.)

→ **Formalités** : Présentation du double du bulletin de salaire de la personne ayant effectué le remplacement ou une attestation par l'entreprise de travail temporaire.

Le montant de l'indemnité de remplacement est égal au coût réel de votre remplacement, dans la limite d'un plafond journalier fixé à 64,52€ en 2025.

Les allocations familiales

Le taux applicable à la détermination de la cotisation d'allocations familiales est le suivant :

Revenus	< 51 810 €	de 51 810 € à 65 940 €	> 65 940 €
Cotisations	0%	progressive de 0% à 3,10%	3,10 %
Part prise en charge par CPAM	100 %	75 %	60 %

Le montant des allocations varie selon vos ressources.

- **Montant de base** est compris entre 37 et 338 € en fonction de vos revenus et de votre nombre d'enfants

■ **Une majoration** est versée à la famille composée d'un ou plusieurs enfants de 14 ans et plus (sauf s'il s'agit de l'aîné de 2 enfants à charge). Elle est comprise entre 18 et 74 €

■ **Le complément familial** est une prestation versée sous conditions de revenus aux personnes ayant au moins 3 enfants de plus de 3 ans à charge. Le montant est compris entre 193 € et 290 €.

Plus d'informations sur :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N156>

La retraite du médecin libéral

Elle est organisée autour de 3 régimes dont les cotisations sont prélevées par la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France). Rappelons que chaque médecin doit s'y affilier dans le mois qui suit son début d'activité libérale.

Les cotisations

1. Régime de base

La cotisation est proportionnelle selon 2 tranches de bénéfice. Elle est appelée à titre provisionnel en pourcentage des revenus non-salariés nets de l'année « n-2 » régularisée lorsque le revenu est connu.

■ **Tranche 1** (jusqu'à 47 100 €* de bénéfices)
- Taux : 8,23 %

■ **Tranche 2** (de 47 100 € à 235 500 €**)
- Taux : 1,87 %

Montants 2025 - * 1 PASS - ** 5PASS

Pour compenser la hausse de la CSG, les médecins de secteur 1 bénéficient d'une participation de l'assurance maladie (avenant n° 5 de la convention médicale) au financement de leurs cotisations du régime de base.

Cette participation, dans la limite de la cotisation due, correspond à :

■ **2,15 %** pour les revenus < 65 940 € (1,4 PASS) ;

■ **1,51 %** pour les revenus ≥ 65 940 € et ≤ 117 750 € ;

■ **1,12 %** pour les revenus > 117 750 €

2. Régime complémentaire

La cotisation est de 10,20% des revenus professionnels non-salariés nets de l'année n-2 plafonnés à 164 850 € pour 2025.

3. Régime des allocations supplémentaires de vieillesse - ASV

Le montant de cette cotisation forfaitaire est fixé par décret (pour les médecins conventionnés).

■ **Secteur 1** : 1 852 € versés par le médecin ET 3 704 € versés par l'Assurance-Maladie en 2025

■ **Secteur 2** : 5 556 € versés par le médecin en 2025

À cela s'ajoute une cotisation additionnelle d'ajustement sur le revenu conventionnel plafonnée à 235 500 € à hauteur de :

■ **Secteur 1** : 1.2667 % par le médecin ET 2,5333 % par l'Assurance-Maladie

■ **Secteur 2** : 3.80 %

Les cotisations sont appelées en deux fois, en janvier pour l'acompte, et en mai, juin ou juillet en fonction de la réception de la déclaration de revenus pour le solde. Les cotisations doivent être réglées dans les trente jours.

4. Début d'exercice

À partir de la troisième année, les barèmes réels basés sur les revenus n-2, donc les revenus de la 1^{ère} année, s'appliquent. Lorsque les revenus d'activité sont définitivement connus, les cotisations font l'objet d'une régularisation. Il faut anticiper et provisionner.

Régime de base : Les cotisations s'élèvent en 1^{ère} année et en 2^e année civile pour les médecins de moins de 40 ans à 701 € en secteur 1 (participation de l'assurance maladie déduite) et à 890 € en secteur 2.

Les cotisations de 2^e année seront recalculées en fonction des revenus nets d'activité indépendante n-1 lorsque ceux-ci seront connus.

Exemple : La régularisation de la cotisation de la première année (affiliation en 2025) interviendra lors de l'appel du solde des cotisations 2026 en fonction des revenus nets d'activité indépendante déclarés au titre de l'exercice professionnel de 2025.

Régime complémentaire vieillesse : Les cotisations des deux premières années d'affiliation ne sont pas dues, sauf si vous êtes âgé de plus de 40 ans au début de votre activité libérale. Dans ce cas, la cotisation est proportionnelle aux revenus nets d'activité indépendante n-2 plafonnés, sans régularisation ultérieure, avec une cotisation maximale de 16 553 € en 2024.

ASV : La part forfaitaire s'élève à 5 421 € en 2024.

La part d'ajustement est assise pour les deux premières années civiles d'affiliation, sur les mêmes bases forfaitaires retenues pour le régime de base (8810 € en 1^{ère} et 2^e année en 2024) soit des cotisations de 335 € en 1^{ère} et 2^e année en 2024.

Les deux tiers de la cotisation (part forfaitaire et part d'ajustement) des médecins en secteur 1 sont financés par les caisses maladie. Les médecins en secteur 2 règlent la totalité de la cotisation : part forfaitaire et part d'ajustement.

À partir de la troisième année. Les barèmes réels basés sur les revenus de n-2 donc les revenus de la 1^{ère} année s'appliquent. Lorsque les revenus d'activité sont définitivement connus, les cotisations font l'objet d'une régularisation. Il faut anticiper et provisionner.

Les droits à la retraite

Le régime de base représente 22% de notre retraite, l'ASV 33% et le RCV 45%.

En moyenne le montant de la retraite mensuelle des médecins généralistes libéraux est de 2 925 € en juin 2024 (avant prélèvements sociaux).

Pour le régime de base, le départ est possible après 172 trimestres travaillés pour bénéficier du taux-plein.

Votre vie professionnelle de médecin libéral a commencé le jour de votre premier remplacement



TÉMOIGNAGE

« J'ai 65 ans et demain je quitterai mon cabinet et mes patients. Depuis deux ans, je cherche à me préparer à ce moment. J'ai d'abord cherché un successeur. Ce ne fut pas facile car j'exerce dans une petite ville et nombre de mes confrères aux alentours sont partis sans en avoir trouvé. Ayant accueilli régulièrement des étudiants au cours de mes années d'exercice, j'ai pu trouver plus aisément un jeune médecin intéressé par l'exercice libéral.

J'ai instauré avec celui-ci une présentation progressive avec des remplacements réguliers qui sont devenus petit à petit plus importants.

libéral. Avant cette activité libérale vous avez été salarié d'un hôpital et peut-être avez-vous travaillé ailleurs au cours de vos études. Vous avez donc cotisé dans au minimum 2 régimes : le régime des travailleurs salariés (régime général), le régime des médecins libéraux (CARMF). Le nombre de trimestres de cotisation de ces régimes s'ajoutera.

Pour les régimes complémentaires et ASV, seules les cotisations sont prises en compte, il n'existe pas de critère de durée de cotisations comme dans le régime de base. Vous pouvez demander vos retraites complémentaires et ASV dès l'âge légal de la retraite qui est de 64 ans.

Cotisations 2024	1 ^{ère} année et 2 ^e année d'affiliation (médecin de moins de 40 ans)	
	Régimes	Secteur 1
Base (provisionnel)	701 €	890 €
Complémentaire	0 €	0 €
ASV forfaitaire	1 807 €	5 421 €
ASV ajustement	112 €	335 €
Invalidité-décès	631 €	631 €
Total	3 251 €	7 277 €

Pour plus d'informations :

<http://www.carmf.fr> - Rubrique Retraite

Ma patientèle a pu investir à son rythme mon jeune confrère. Quant à moi, j'ai pu me préparer sereinement à mon départ.

Demain soir, je verrai mon dernier patient. Ma carrière se terminera avec le sentiment d'un beau travail accompli mais aussi sûrement de tristesse. Mes pensées iront à toutes ces personnes qui m'ont fait confiance et m'ont permis de les accompagner au cours de ces 38 années. Toutes les générations, toutes les pathologies, les rires, les pleurs, les joies, les peines... Tout ce qui est la richesse de la médecine générale... »



L'entrée dans la vie professionnelle

Démarches pour débiter l'exercice libéral

Que ce soit pour un remplacement, une collaboration ou une installation.

Les démarches obligatoires en bref

* *Démarches détaillées en annexe*

Ordre des médecins

- Vous n'êtes pas thésé : pour obtenir la licence de remplacement
- Vous êtes thésé : pour demander l'inscription sur le tableau de l'Ordre.

Assurance maladie

- Pour le remboursement de vos patients (choix de secteur notamment)
- Pour votre protection sociale

URSSAF

Dans les 8 jours qui suivent le début de votre activité libérale (ou avant).

Pour les remplaçants en activité exclusive (thésés ou non) : possibilité de choisir entre le régime normal et le régime simplifié

CARMF

Pour tout médecin exerçant une activité libérale même à temps partiel (remplaçant ou collaborateur par exemple) ou une activité mixte.

À faire dans le mois qui suit le début de votre activité libérale en ligne ou par courrier.

Assurance en Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)

Avant même de commencer à exercer (remplacement ou installation) car elle couvre les indemnités liées à des dommages corporels, matériels et immatériels causés à des tiers.

Jusqu'à votre thèse, la RCP étudiante est suffisante si vous ne faites pas de remplacement.

Banque

Ouverture d'un compte bancaire dédié à l'activité libérale.

Plaque et tampon professionnels

Pour les médecins installés et les collaborateurs, acheter une plaque professionnelle et un tampon avec votre numéro professionnel RPPS et votre numéro Adeli.

Les démarches facultatives en bref

L'Assurance Volontaire Individuelle (AVI)

- Pour les accidents du travail et maladies professionnelles

- Pour une meilleure prise en charge des soins et une indemnisation en cas d'incapacité permanente.
- À souscrire auprès de votre CPAM

Une prévoyance pour les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail

Et quand on est installé : pour couvrir les charges du cabinet en cas d'arrêt de travail

Une mutuelle santé

En tant que profession libérale, vous pouvez bénéficier d'avantages fiscaux grâce à la mutuelle loi Madelin

Un complément retraite

Certes, il n'y a pas d'urgence, mais plus tôt c'est fait, moins cela coûte, le montant se répartissant sur de nombreuses mensualités. Cela peut être un plan d'épargne retraite en loi Madelin, un investissement immobilier.



INFO PRATIQUE

Créés en 1994, les contrats Madelin permettent aux travailleurs indépendants d'améliorer leur protection sociale dans les domaines de la retraite, la prévoyance, la santé, et la couverture du risque perte d'emploi, sous certaines conditions. Ce dispositif permet de déduire les cotisations de ces contrats de votre revenu professionnel imposable dans la limite d'un plafond fiscal.

Depuis 2020, le contrat Madelin retraite est englobé dans les contrats PER (Plan d'épargne retraite). S'il n'existe plus en tant que tel, les avantages restent les mêmes.

N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre assureur ou de votre banque.

Les principales aides en début d'exercice

Le contrat de début d'exercice

Pour qui : Depuis le 1^{er} janvier 2024 uniquement pour les remplaçants ne bénéficiant pas des aides conventionnelles.

- Remplaçant inscrit à l'Ordre depuis moins d'un an
- Médecin non thésé (depuis moins de trois ans) qui s'installe pour la première fois en libéral à condition que son inscription en libéral à l'Ordre date de moins d'un an.

Exerçant dans des zones fragiles : zones d'intervention prioritaire (ZIP) et zones d'action complémentaire (ZAC).

Pour quoi : Il ouvre droit à une rémunération complémentaire la première année pour laisser le temps au médecin de se constituer une clientèle.

Autres avantages :

- Un droit au congé maladie équivalent à environ 70€/jour à partir du 8^{ème} jour d'absence (uniquement si le médecin n'est pas éligible à la perception des IJ de la CPAM – Voir Chapitre Protection sociale)
- Une aide complémentaire en cas de congés

maternité/paternité/adoption aux médecins remplaçants, équivalent à environ 100€/jour

- Un accompagnement à la gestion entrepreneuriale et administrative du cabinet

Comment : Le contrat est conclu pour une durée de 3 ans non-renouvelable avec l'ARS.

Pour en bénéficier, le médecin signataire doit

- Atteindre un seuil de rémunération minimale
- Effectuer au moins 23 jours par trimestre pour un temps plein (5 demi-journées par semaine) dans la zone objet du contrat de début d'exercice. L'ARS le vérifie en se référant au tableau récapitulatif que le signataire adresse chaque trimestre, précisant les jours de remplacement et le médecin remplacé
- Exercer au moins 29 jours par trimestre
- Exercer à tarif opposable (vérifier le secteur d'exercice du médecin remplacé)
- Avoir prévu dans son projet professionnel de s'installer dans une zone en tension

Le montant de l'aide est égal à la différence entre le montant du plafond mensuel garanti par le contrat et la rémunération perçue par le médecin signataire.

Les montants diffèrent selon que le médecin est généraliste ou spécialiste installé ou remplaçant. Vous devez adresser chaque trimestre une déclaration sur l'honneur des honoraires perçus à l'ARS. Le paiement par la CPAM de l'éventuel complément de rémunération intervient le mois suivant.



INFO PRATIQUE

En cas d'exercice dans une zone isolée avec des afflux saisonniers de population, vous pouvez demander l'annualisation du calcul et du versement de la rémunération complémentaire.

Tableaux présentant les seuils à atteindre et le montant garanti par le contrat :

Médecin généraliste				
Temps de travail dans la zone couverte par le contrat	Médecin généraliste métropole		Médecin généraliste Outre-Mer	
Nombre de demi-journées par semaine	Seuil de rémunération mensuel requis	Montant plafond mensuel garanti	Seuil de rémunération mensuel requis	Montant plafond mensuel garanti
5	2 350 €	4 700 €	3 050 €	6 100 €
6	2 850 €	5 700 €	3 675 €	7 350 €
7	3 350 €	6 600 €	4 275 €	8 550 €
8	3 775 €	7 550 €	4 900 €	9 800 €
9 (temps plein)	4 250 €	8 500 €	5 500 €	11 000 €

Médecin remplaçant				
Temps de travail dans la zone couverte par le contrat	Médecin remplaçant toute spécialité métropole		Médecin remplaçant toute spécialité Outre-Mer	
Nombre de journées réalisées au cours du trimestre	Seuil de rémunération mensuel requis	Montant plafond mensuel garanti	Seuil de rémunération mensuel requis	Montant plafond mensuel garanti
Entre 29 et 34 journées	6 675 €	8 325 €	8 600 €	10 300 €
Entre 35 et 40 journées	8 000 €	10 000 €	10 325 €	12 350 €
Entre 41 et 46 journées	9 350 €	11 675 €	12 050 €	14 400 €
Entre 47 et 52 journées	10 675 €	13 325 €	13 775 €	16 450 €
53 et plus	12 000 €	15 000 €	15 500 €	18 500 €

Les aides conventionnelles à l'installation

Contrat d'aide à l'installation – CAIM

Aide financière accordée une seule fois et versée aux médecins en 2 fois : 50 % dès l'installation en zone fragile et 50 % après 1 an. Elle vise à vous aider à faire face aux frais d'investissement liés au début de votre activité (locaux, équipements, charges diverses...).
 Contrat de stabilisation et de coordination des médecins – COSCOM : contrat de 3 ans avec tacite reconduction qui octroie une aide forfaitaire annuelle de 5 000 € à laquelle peuvent s'ajouter :

- une majoration de 1 250 € par an si une partie de l'activité libérale a été effectuée au sein d'un hôpital de proximité ;

- une rémunération complémentaire de 300 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (stagiaires internes de niveau 1 et externes) : rémunération proratisée si le stagiaire est accueilli à temps partiel.

Contrat de transition – COTRAM

Il ne s'adresse pas à vous directement mais peut vous intéresser dans le cas d'une reprise de cabinet. Il a pour but de soutenir les médecins qui exercent dans les zones « sous-denses » et préparent leur cessation d'activité en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Il octroie une aide annuelle de 10 % des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique réalisée en zones « sous-denses » dans la limite de 20 000 € par an. En contrepartie, le médecin s'engage à accompagner un confrère, nouvellement installé, dans son cabinet pendant une durée de 3 ans et, selon les besoins, dans ses démarches liées à l'installation en libéral, à la gestion du cabinet, à la prise en charge des patients.

Contrat de solidarité territoriale médecin – CSTM

Contrat de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction, qui octroie une aide annuelle de 25% des honoraires de votre activité conventionnée clinique et technique

réalisée en zones « fragiles » (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), dans la limite de 50 000 € par an, calculée par année civile. De plus, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge de vos frais de déplacement engagés sur ces zones.

Il existe des majorations par les ARS pour ces contrats, pour les zones particulièrement déficitaires en Médecins notamment.

Pour plus de précisions sur les aides et les contre-parties, consultez la page Aides financières sur ameli.

EN PRATIQUE

L'adhésion aux contrats démographiques issus de la Convention 2016 est maintenue jusqu'au 31 décembre 2025.

À partir du 1^{er} janvier 2026, les majorations pour les médecins exerçant en ZIP s'appliqueront automatiquement (→ *Infos à venir dans la version 2026 du Guide*).

Remplaçant ou collaborateur

À vous de choisir

Remplaçant

- Vous pouvez faire plusieurs remplacements réguliers (parfois limités par le Conseil de l'ordre).
- Vous adoptez le secteur conventionnel du médecin remplacé (éventuellement secteur 2).
- Un contrat doit être fait avec chaque médecin remplacé pour chaque période de remplacement.
- Vous pouvez être engagé par des clauses de non concurrence dans les contrats de remplacement.
- La comptabilité est plus simple.

Collaborateur libéral

- C'est une installation sans la gestion du cabinet, sans engagement sur le long terme.
- Vous pouvez créer votre patientèle et toucher les forfaits médecin traitants et ROSP.
- Vous devez signer un contrat de collaboration avec le médecin installé, à faire valider par le Conseil de l'Ordre (possibilité de collaborer avec plusieurs médecins installés).
- Vous pouvez exercer en même temps que le médecin installé et effectuer les actes en votre nom propre.

- Vous utilisez vos propres feuilles de soins, vos ordonnances (à votre nom).
- Vous relevez à titre personnel de la convention médicale et pouvez donc adopter un secteur d'exercice différent.
- Vous pouvez poser votre plaque.
- Vous percevez directement vos honoraires auprès de la patientèle et vous recevrez les forfaits (médecin traitant, structure, ...) de la CPAM.
- La collaboration peut être à durée déterminée ou indéterminée (avec préavis de 6 mois).



INFO PRATIQUE

*Vous pouvez également être **adjoind** (pour les non thésés) ou **assistant (thésé) temporaire**. C'est comme un remplacement mais le médecin installé travaille en simultané. Ce statut est proposé dans les zones touristiques. Il sera nécessaire de faire un contrat (disponible sur le site du CNOM).*

Le remplacement

Cas particulier pour certaines démarches

URSSAF

En tant que remplaçant, il peut être plus simple au début de choisir le régime simplifié de l'URSSAF sur <https://www.medecins-remplacants.urssaf.fr>.

Il s'applique pour l'ensemble des cotisations sociales auxquelles sont soumis les médecins remplaçants mais aussi URSSAF et CARMF.

Avantages de ce régime réservé aux remplaçants en activité exclusive :

- Vous n'avez qu'un seul interlocuteur (l'URSSAF) pour l'ensemble des cotisations et les paiements,
- Vous déclarez la rétrocession d'honoraires uniquement si vous en percevez,
- Vous payez vos cotisations en ligne au fur et à mesure sur les honoraires déclarés. Aucune régularisation n'est effectuée par la suite, excepté si vous modifiez le montant de vos honoraires.

Lors de votre première connexion au service de l'URSSAF, vous choisissez le rythme de vos déclarations de résultat. Il peut être mensuel ou trimestriel. Sachez qu'il est toutefois impossible de modifier cette périodicité en cours d'année.

- Vous bénéficiez d'un taux unique pour les cotisations maladie-maternité, CSG-CRDS, retraite de base et retraite complémentaire (calculé sur les honoraires bruts rétrocédés encaissés).
→ 13,50 % jusqu'à 19 000 € ; 21,20 % au-delà et dans la limite de 38 000 € (au-delà vous basculerez sur le régime URSSAF normal).
- Vous pouvez choisir entre 2 options pour la cotisation annuelle forfaitaire Risque Invalidité Décès (RID) : 158 € ou 631 € correspondant à une couverture respectivement de 25% ou 100% sur les indemnités du risque incapacité temporaire/invalidité/décès
- Vous ne payez pas la cotisation à la Formation Professionnelle mais les droits à la formation professionnelle FAF-PM ne sont pas ouverts.

Ce régime fiscal n'est pas obligatoire, vous pouvez aussi faire le choix de vous inscrire au régime normal de l'URSSAF.

Rappel CURPS : En tant que remplaçant elle n'est pas due. Vérifiez si vous avez choisi le régime normal qu'elle n'apparaît pas dans vos cotisations. Dans le cas contraire, demandez son remboursement auprès de l'URSSAF.

CARMF

Comme indiqué ci-dessus vous pouvez opter pour le régime simplifié plutôt que le régime normal. Dans ce dernier cas, vous avez un mois après votre début d'exercice pour vous affilier.

(→ Voir Annexes pour les démarches détaillées)

Une demande de dispense est également possible si votre activité médicale libérale se limite à des remplacements, de la régulation, des expertises, à condition que le montant estimé de vos revenus nets d'activité indépendante ne dépasse pas un plafond fixé à 13 250 € pour 2024 et de ne pas être assujéti à la contribution économique territoriale – CET.

Point d'attention : La période durant laquelle vous aurez effectué ces activités sans avoir demandé votre affiliation ne sera jamais prise en compte pour le décompte des trimestres pour le calcul de vos droits à la retraite.

Responsabilité Civile Professionnelle

Elle est obligatoire dès que vous faites des remplacements, que vous soyez thésé ou non. Dans ce cas, le contrat RCP étudiants n'est plus suffisant. Pensez à prévenir votre assurance en amont.

Le compte bancaire dédié à votre activité libérale

Un compte courant avec la mention « EI » pour entreprise individuelle est généralement suffisant pour les remplaçants.

Le contrat de remplacement

Il est rédigé en 3 exemplaires : un pour vous, un pour le médecin installé, et un pour le conseil départemental de l'Ordre (contrat type disponible sur le site du CNOM). Dans le contrat type, l'article 8 aborde la clause de non-concurrence (limitant les lieux d'installation pendant une durée de 3 à 5 ans, au bout de 3 mois de remplacement, même discontinus) : choisissez de la mettre ou pas.



INFO PRATIQUE

Gardez bien vos contrats. L'assurance maladie peut vous les demander même quelques années après lors d'un contrôle. De plus, ils vous seront utiles pour justifier des 30 jours de remplacement nécessaires pour bénéficier du congé maternité/paternité

Dans la pratique

Lors du remplacement, aux yeux de l'administration, vous êtes « ce médecin » :

- Vous avez le même secteur d'exercice que lui (secteur 1 ou 2 ou non conventionné)
- Vous utilisez ses ordonnances en indiquant votre qualité de remplaçant et votre nom
- Vous utilisez ses feuilles de soins en indiquant votre qualité de remplaçant et votre nom
- Pour transmettre des feuilles de soins électroniques (FSE), vous devez utiliser votre propre carte CPS ou carte CPF (particulièrement si le médecin remplacé est en arrêt) ; au préalable, le médecin remplacé aura initié votre session de remplacement dans son logiciel et réalisé une démarche sur améli pro.
- Vous n'avez pas à cocher la case « médecin traitant remplacé » sur les feuilles de soin.



INFO PRATIQUE

Pensez à rencontrer le médecin installé pour visiter le cabinet, connaître son logiciel et discuter du déroulement du remplacement.

La collaboration libérale

Elle est formalisée par la signature d'un contrat écrit (contrat type disponible sur le site du CNOM) envoyé au Conseil de l'Ordre du lieu d'exercice.

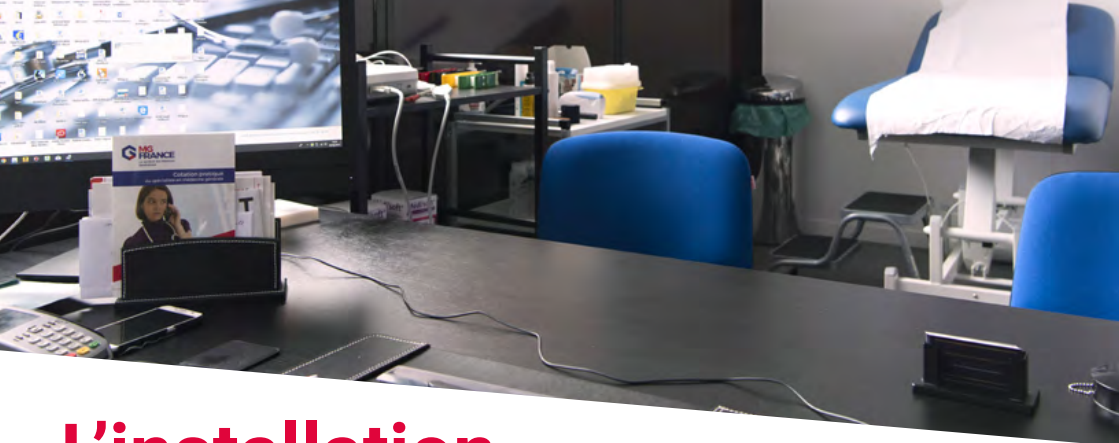
Il précise obligatoirement (sous peine de nullité) :

- Sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement
- Les modalités de la redevance : le montant exact ou le pourcentage de la redevance, la fréquence des versements, généralement chaque mois, les modalités de révision de la redevance
- Les conditions d'exercice de l'activité : nombre de demi-journée par semaine, les vacances, lieu d'exercice...
- Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis de 6 mois.

La redevance devra tenir compte des frais réels engagés par l'utilisation du cabinet et correspondre aux frais professionnels pris en charge par le médecin installé. Ces frais doivent d'ailleurs être justifiables sur demande du médecin collaborateur par la présentation de documents comptables. Le pourcentage de redevance pourra être fixé sur la base des revenus prévisionnels attendus.

La redevance peut prendre la forme également de versements forfaitaires (trimestriels ou annuels), à la convenance des parties, dès lors que ces versements correspondent à des frais réels et justifiés.

Il peut être utile de prévoir une période d'essai (maximum 6 mois) pour pouvoir se libérer rapidement si on se rend compte au début du contrat qu'on ne s'entend pas avec l'autre partie.



L'installation

Rêver son projet

Choisir son lieu d'exercice

Il est d'abord nécessaire d'évaluer la démographie médicale, la population (âge, catégorie socio professionnelle etc.) ainsi que l'environnement économique (emplois, pôles d'activités etc.) et sanitaire (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, professionnels de santé paramédicaux) de l'endroit où l'on souhaite s'installer. N'oubliez pas de vous renseigner sur le fonctionnement local de la permanence des soins.

Des outils d'aide à l'installation sont disponibles :

- Outil d'aide à l'installation locale (ODIL) sur le site de l'INSEE www.insee.fr : cartographie socio et économique démographique.
- Le guichet unique des professionnels de santé : cartographies sur la consommation des soins, densités professionnelles et activité moyenne des confrères : www.paps.sante.fr

REZONE : permet de visualiser les caractéristiques d'un territoire et les aides à l'installation ou au maintien dans les zones sous-denses qui y sont disponibles. REZONE identifie également les zones éligibles à des aides à l'installation et au maintien à l'activité. <http://rezone.ameli.fr/rezone/>

Des offres sont faites régulièrement par les collectivités locales (mairies). Vous pouvez aussi les démarcher directement.

N'hésitez pas à contacter la CPTS de votre territoire et/ou l'URPS de votre région pour vous accompagner.

Exercer seul ou à plusieurs ?

C'est une affaire de choix personnel avec des conséquences durables et significatives.

En exercice isolé, il peut être difficile d'organiser le suivi des patients sur toute la semaine et pendant vos vacances. Vous pouvez vous organiser avec les collègues à proximité (avec parfois des difficultés à trouver un remplaçant).

En cabinet de groupe, c'est une solution plus confortable avec partage des frais professionnels, mais parfois on assiste à des problèmes de cohabitation. D'où l'intérêt de commencer par une collaboration.

L'exercice en groupe implique souvent d'être associé avec ses collègues. La société la plus fréquente est la SCM (Société Civile des Moyens), pour le partage des frais professionnels (loyer, rémunération du personnel etc.).

Chacun paie selon une clé de répartition décidée au préalable.

D'autres sociétés moins courantes existent comme la Société Civile Professionnelle (SCP) ou Société d'Exercice Libérale (SEL).

Si vous choisissez de ne pas rédiger un contrat d'association, une simple Convention de partage des frais (contrat d'exercice et de mise en commun de moyens) reste nécessaire. Elle a pour objectif de répartir les dépenses professionnelles communes à plusieurs professionnels de santé libéraux.

En maison de santé

(→ Voir Chapitre MSP pour plus de détail)

En centre de santé

avec un exercice salarié.

Succession ou création ?**Prendre un cabinet (succession)**

Avantages : l'outil de travail est disponible (locaux, matériel, accueil, personnel), et la patientèle immédiatement « présente ».

En outre, en cas de besoins de financements, les prêts bancaires peuvent être facilités par la présentation des dernières déclarations du prédécesseur.

Inconvénients : un droit de « présentation de patientèle » peut être attendu par le cédant. C'est de plus en plus rare, du fait du nombre important de départs à la retraite.

Une déperdition de patientèle peut être observée, mais rapidement compensée par la demande de soins croissante. Et vous n'êtes pas obligé de reprendre tous les patients.

Il convient d'être vigilant sur la reprise des contrats de travail des salariés du cabinet, sur les normes d'accessibilité et sur le rachat éventuel des parts de SCM ou de SCI (amortissables mais non déductibles fiscalement).

Créer son cabinet**Choisir son local professionnel : propriétaire ou locataire ?**

Il est nécessaire dans tous les cas de respecter les règles de déontologie (parfois non-installation après un remplacement si précisé dans le contrat de remplacement) et de vérifier la possibilité d'exercer dans une copropriété (lire le règlement de copropriété et faire la demande préalable au choix retenu).

En cas d'achat : le médecin peut être propriétaire en nom propre ou via une Société Civile Immobilière (SCI).

En cas de location : choisir son bail (bail professionnel de 6 ans, bail commercial possible de 9 ans, Bail mixte - professionnel et habitation principale 3 ou 6 ans).

On ne peut pas s'installer dans un local d'habitation sans l'accord de la copropriété ou transformer un

logement en local professionnel sans une autorisation du maire dans les communes de plus de 200.000 habitants.

**INFO PRATIQUE**

En tant qu'établissements recevant du public (ERP) de catégorie 5, vous devez respecter les règles légales d'accessibilité qu'il s'agisse d'un ERP neuf ou créé dans un cadre bâti existant. Le CNOM a participé à l'élaboration du guide « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » publié par la Délégation ministérielle à l'accessibilité. Il est disponible sur le site du CNOM dans la rubrique Mon exercice.

Les démarches obligatoires - Spécificités

Il est prudent de prévoir une durée de 3 mois pour l'ensemble des démarches d'installation.

Outre les démarches précitées :

- Ouverture d'un compte bancaire professionnel avec lecteur de CB.
- Choisir un logiciel médical. Prévoyez un rendez-vous pour paramétrer le logiciel et créer les ordonnances à votre nom. Il existe de nombreux logiciels médicaux, n'hésitez pas à comparer.
- Acheter une plaque professionnelle et un tampon avec votre numéro professionnel RPPS et votre numéro Adeli.

Les démarches facultatives - Spécificités

L'assurance locative pour la perte d'exploitation - Une démarche facultative mais vivement conseillée.

Suite à un incendie, à un dégât des eaux etc., votre local professionnel peut ne pas vous permettre d'y exercer. Les frais fixes restent dus (loyer, téléphone, secrétariat).

L'objectif de cette assurance « perte d'exploitation » est de couvrir ce risque (à estimer au plus juste pour ne pas payer plus que les frais réels).



TÉMOIGNAGE

« Dès la fin de mon internat en 2021, j'ai voulu m'installer dans mon propre cabinet. Pendant près de quatre ans j'ai effectué plusieurs remplacements dans des structures et des zones géographiques très différentes : maison de santé, cabinet individuel, en ville, en milieu rural... Cela m'a permis de mieux cerner mes envies, mes besoins et mes attentes pour ma future activité de médecin généraliste.

Je me suis installé en juillet 2024 après six mois de collaboration dans une petite structure regroupant deux médecins généralistes, un cabinet d'infirmières et une ostéopathe. J'ai pris la suite d'un confrère qui partait à la retraite : sa pratique médicale correspondait à mes attentes et à mon idée d'exercice de la médecine. Je me suis également très bien entendu avec le second médecin généraliste du cabinet.

Le contact avec les patients m'a particulièrement plu. Je me suis d'ailleurs formé à l'infectiologie, domaine pour lequel ce médecin avait développé une compétence particulière. L'installation a tissé et consolidé un lien de confiance avec mes patients : je me sens valorisé et utile au quotidien.

Si les remplacements m'ont permis de choisir mes périodes d'activité, l'installation m'a donné davantage de liberté au quotidien : j'organise mon propre agenda, mes horaires, j'ai choisi le logiciel qui me

convient, mon matériel, je structure le cabinet à mon image. En cela, j'ai trouvé une plus grande liberté dans l'installation qu'en étant remplaçant. J'ai également retrouvé un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle : je me rends au cabinet et effectue les visites à domicile en vélo. Ne plus prendre la voiture pour aller au travail est un véritable confort de vie.

Toutefois, j'avais peut-être sous-estimé la gestion administrative, à laquelle j'ai été confronté au début de l'installation et pour laquelle nous ne sommes pas formés lors de nos études. L'activité libérale implique une grande autonomie et une grande indépendance dans la gestion du quotidien : au début, j'ai eu quelques difficultés à trouver mon rythme de travail. Il a fallu que j'expérimente, tente, tâtonne et parfois fasse quelques erreurs d'organisation avant de trouver la cadence qui me convient.

Heureusement, j'ai eu la chance d'être très bien accompagné par le médecin du cabinet dont je prenais la suite, par le second médecin du cabinet et par des consœurs et confrères, rencontrés lors de mon parcours et via MG France. Tout ce parcours m'a d'ailleurs motivé pour monter et rejoindre des projets sur des thématiques qui me plaisent. »

Dr Anthony Devoucoux - Médecin Généraliste
Tours (37)

Fiscalité

Les revenus du praticien libéral relèvent de la catégorie des bénéficiaires non commerciaux (BNC).

Pour les premières années, vous pouvez opter pour le régime Micro BNC.

C'est simple, il suffit d'additionner les recettes et d'inscrire le total dans votre déclaration complémentaire de revenus (n°2042-C Pro) dans la partie intitulée « revenus non commerciaux professionnels / Régime micro BNC ». Le centre des impôts déduira automatiquement 34% de charges. Dans le cadre du régime Micro BNC, il suffit de porter le montant des recettes perçues dans la déclaration

Attention : noter quand même toutes vos dépenses, car si elles sont supérieures à 34%, cela vaudra la peine de passer en régime contrôlé.

À partir de la 3^{ème} année, si une des 2 années précédentes, vous avez gagné plus de 77 700 euros, vous devez remplir la 2035 (déclaration contrôlée) et mettre le total des dépenses professionnelles, pour faire ressortir le BNC Bénéfice Non Commercial (chiffres d'affaires – dépenses = BNC). Ce BNC sera à reporter sur la 2042.

La déclaration doit être dématérialisée.

Il existe des **logiciels de comptabilité en ligne** qui vous permettent de remplir facilement ensuite la 2035. Vous pouvez aussi vous faire aider d'un comptable.

Prélèvement de l'impôt à la source

- Pour les salariés : l'impôt sera prélevé sur le salaire par l'employeur qui le reversera aux services fiscaux.
- Pour les honoraires : il sera versé mensuellement par un acompte. Cet acompte sera calculé d'après la déclaration d'impôts de l'année précédente. Ainsi les médecins libéraux déjà mensualisés ne verront que peu de différence, si ce n'est que les acomptes seront calculés sur 12 mois au lieu de 10 et que les déductions n'interviendront qu'au moment du calcul réel effectué après réception de votre déclaration).

Donc, lors de la mise en route d'une nouvelle activité libérale, les services fiscaux n'ayant pas les renseignements, ne sont pas en capacité de calculer un montant d'acompte mensuel.

Le piège est de dépenser l'argent gagné et d'attendre sans rien faire ! Cela donnerait le scénario suivant :

- Année n : démarrage de l'activité libérale,
- Année n+1 : déclaration d'impôts au mois de Mai et imposition à partir de septembre de deux années en même temps !

Pour peu que vous ayez une diminution de revenus dans l'année n+2, c'est la catastrophe.

Au démarrage d'une activité non salariée, le choix est le suivant :

- soit mettre de côté 50 % des honoraires ce qui permettra de payer les charges sociales et les impôts à venir avec les ajustements,
- soit estimer le revenu mensuel et prendre contact avec les services fiscaux pour commencer à verser les acomptes le plus tôt possible. L'ajustement des mensualités aux recettes réelles pourra se faire par la suite.

Les médecins salariés ne se poseront pas ces questions : tout sera fait par l'employeur.

Le médecin libéral est son propre employeur. Personne ne complète ses cotisations. Il est libre de majorer ses droits par des assurances complémentaires facultatives.

Vous devez déclarer votre revenu professionnel sur le site impots.gouv.fr.

PARCE QUE VOTRE TEMPS EST PRÉCIEUX À L'EXERCICE DE LA MÉDECINE...

Déchargez-vous de vos obligations administratives avec MG 2035



MG 2035 est née de la transformation de l'Association France AGA, devenue Cabinet d'Expertise Comptable sous forme associative.

Membres fondateurs :

- le Syndicat MG France
- le Syndicat MG Ile-de-France.

Conformément à ses statuts, MG 2035 a pour objet la réalisation de toute prestation de services en matière de comptabilité, de gestion, de conseil et de formation et, plus généralement, toutes activités économiques liées à l'accompagnement des personnes physiques, morales ou assimilées dans l'accomplissement de leurs obligations comptables, fiscales, sociales et juridiques.

ORDRE DES
EXPERTS-COMPTABLES
Région Paris Ile-de-France

Ses missions :



Pour nous contacter : contact@mg2035.org / 01 43 13 10 93

Annexes

Les démarches en détail

L'Ordre

Autorisation d'exercice pour les médecins thésés, remplaçants ou installés

Inscrivez-vous sans trop tarder au tableau de l'ordre du département où vous habitez. C'est la première démarche à faire.

Pour cela, envoyez la « demande d'inscription au tableau de l'ordre » complétée (téléchargeable sur le site du CNOM <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/questionnaireinscriptionordremedecins.pdf>) par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Puis prenez rendez-vous pour finaliser la procédure d'inscription. Vous trouverez à la fin du formulaire d'inscription, l'ensemble des pièces justificatives à préparer et à apporter lors de ce rendez-vous.

Le Conseil départemental dispose d'un délai de trois mois maximum, à compter de la réception de votre **dossier complet**, pour statuer sur votre demande. Passé ce délai, si aucune décision ne vous est notifiée, il s'agit d'une décision de refus implicite, que vous pourrez contester devant le Conseil régional de l'Ordre compétent.

La décision d'inscription ou de refus d'inscription vous est notifiée dans la semaine qui suit la décision du Conseil, par LRAR. L'information est également transmise au CNOM et à l'ARS.

Après votre inscription, le conseil départemental :

- Procède à l'enregistrement de votre diplôme.
- Vous délivre une attestation d'inscription au tableau de l'Ordre, sur laquelle figurent notamment votre n° RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) et votre (vos) lieu(x) d'exercice. Ce numéro se conserve durant toute la vie professionnelle, quels que soient les lieux et modes d'exercice.

Une carte de professionnel de santé (CPS) vous est automatiquement envoyée par l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé). En cas d'exercice sur plusieurs sites (exemple Maison Médicale de garde), chacun sera identifié sur votre CPS.

Licence de remplacement pour les médecins non thésés

Pour la demander, vous devez remplir les conditions suivantes :

- Avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle,
- Être inscrit en troisième cycle de médecine générale,
- Avoir effectué trois semestres d'internat dont un chez un praticien généraliste agréé.

Contactez en priorité le Conseil départemental l'Ordre du lieu de votre faculté de médecine ou éventuellement de votre lieu de résidence.

Renvoyez le questionnaire de demande de licence (disponible auprès du Conseil départemental ou en ligne) accompagné de pièces justificatives de scolarité que vous délivrera la faculté de médecine (parfois petit délai nécessaire ou attention au délai).

Une fois votre demande validée, vous recevrez votre licence de remplacement, puis votre carte de professionnel de santé en formation et enfin vos codes d'activation.

Cette licence de remplacement est valable jusqu'au 15 novembre de l'année suivante, renouvelable chaque année jusqu'à 6 ans après le début de votre internat.



L'Assurance maladie

Elle permettra à l'Assurance maladie d'effectuer le remboursement des prestations du régime général obligatoire à vos patients. Cette inscription ouvre également vos droits au régime PAMC en tant qu'assuré social.

Chaque CPAM dispose d'un service dédié aux relations avec les professionnels de santé : prenez directement rendez-vous avec le Conseiller de l'Assurance-maladie de votre lieu de résidence. Il vous indiquera les pièces justificatives à fournir.

Ce rendez-vous a pour but de :

- Vous présenter l'utilisation de la carte CPS.
- Vous présenter les différents services mis à votre disposition par l'Assurance maladie, notamment la ligne téléphonique dédiée et le portail amelipro qui permet d'effectuer des téléprocédures (arrêt de travail, déclaration médecin traitant ...) ou encore accéder à des services liés à votre activité (paiement, liste patients médecin traitant etc.).
- Vous proposer d'adhérer à la convention, et vous présenter les options conventionnelles le cas échéant.
- Vous présenter les modalités de la convention médicale concernant les remplaçants
- Vous accompagner pour les formalités liées à votre protection sociale personnelle : inscription à l'Urssaf via le guichet unique et, en fonction de votre situation, pour votre affiliation au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC).

Les différents secteurs conventionnels :

- **Secteur 1 ou conventionné** : la plupart du temps pour les médecins généralistes. Vos tarifs correspondent à ceux fixés par la convention médicale. Vous n'effectuez pas de dépassement sauf cas exceptionnels (exigence de temps ou de lieu du patient. Être conventionné vous permet d'être affilié au régime PAMC et de n'avoir qu'une très faible cotisation sociale à payer.
- **Secteurs 2 ou conventionné à honoraires libres**. Vous fixez librement le tarif de vos consultations, dans des limites modérées. Vos patients sont remboursés selon les tarifs conventionnels.

L'accès au S2 est très encadré. Vous pouvez être au régime PAMC mais seulement lors de votre 1ère installation.

- **Secteurs 3 c'est-à-dire hors Convention**. Vous fixez librement vos tarifs. Vos patients sont remboursés sur la base d'un tarif dit d'Autorité par l'Assurance Maladie (de 0,43 euros à 0,61 euro pour une consultation de médecine générale). Vous êtes affilié au RSI.



INFO PRATIQUE

Si vous changez d'activité professionnelle (ex : passage d'un exercice en cabinet isolé à un exercice en groupe, passage d'une activité libérale exclusive à une activité mixte ...) vous devez prévenir la CPAM dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

L'URSSAF

L'Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales est le centre des formalités des professions libérales. C'est un peu comme la déclaration préalable d'embauche pour les salariés...

La déclaration d'activité professionnelle ouvre des devoirs (cotisations) et des droits (allocations familiales et protection sociale maladie).

L'URSSAF récupère les cotisations et contributions obligatoires suivantes :

- cotisation d'assurance maladie;
- cotisation d'allocations familiales;
- contribution sociale généralisée (CSG) et contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS);
- contribution aux unions régionales des professionnels de santé (Curps);
- contribution à la formation professionnelle (CFP);
- cotisation d'indemnités journalières (IJ).

Vous pouvez faire les démarches en ligne auprès du **Guichet unique** <https://formalites.entreprises.gouv.fr/>

Bien plus simple, une seule déclaration suffit pour accomplir toutes vos démarches administratives, juridiques, sociales et fiscales pour l'ensemble des organismes concernés : Insee, organismes sociaux, Urssaf, centre des finances publiques...

Suite à votre immatriculation auprès du guichet unique, l'Insee vous attribue un numéro d'identification unique par établissement : le **siret** (14 chiffres). Notez ce numéro il vous sera souvent demandé.



INFO PRATIQUE

Lors des deux premières années d'activité libérale, vous cotiserez à titre de provisions selon des chiffres forfaitaires, les charges sociales étant calculées de manière définitive après deux ans.

Cette base s'élève à 19 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (Pass) soit 8 809 € en 2024.

Un exemple en régime normal : vous vous installez en 2024. En 2026, vous aurez un ajustement en plus ou en moins des cotisations versées pour les revenus 2024, et un ajustement des provisions faites pour 2025 et 2026. Attention à la troisième année d'exercice. Dès que vous connaissez votre revenu réel de l'année, n'hésitez pas à provisionner le différentiel : ces sommes vous seront réclamées !

La CARMF

Si vous n'êtes pas en régime simplifié, vous devez faire votre déclaration à la CARMF dans le mois qui suit le début de votre activité libérale

En ligne en 3 étapes : demandez un identifiant provisoire ; créez votre espace personnel eCARMF avec cet identifiant ; remplissez votre déclaration en vue d'affiliation dans votre espace personnel eCARMF

OU

Par courrier en retournant la déclaration d'affiliation téléchargeable sur le site de la CARMF (www.carmf.fr/doc/formulaires/cotisants/declaration-en-vue.pdf) complétée et contresignée par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Votre affiliation est prononcée au premier jour du trimestre civil suivant le début de l'exercice non-salarié.

La Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) et la protection juridique

Obligatoire depuis 2002 (*Loi Kouchner*), elle doit être contractée avant même de commencer à exercer que vous soyez installé ou remplaçant pour être effective dès votre premier jour d'exercice.

Non seulement vous êtes passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 45 000 euros et une possible interdiction d'exercer si vous ne le faites pas mais surtout elle couvre les dommages corporels, matériels et immatériels causés à des tiers lorsque la responsabilité médicale du médecin est engagée.

La responsabilité médicale n'est engagée que si les trois conditions suivantes sont réunies :

- Faute du praticien : erreur de diagnostic ; dans un acte médical ; choix du mauvais traitement ; mauvais suivi du patient.
- Le patient a subi un préjudice physique ou moral.
- La preuve de causalité entre le préjudice et la faute du praticien est apportée par le patient lui-même ou par un proche en cas de décès, de perte d'autonomie ou d'atteinte lourde à sa santé.

Une fois la responsabilité civile médicale engagée, votre RCP a pour mission de :

- Rechercher des solutions amiables, en tout premier lieu.
- Assurer la défense du professionnel de santé et prendre en charge les frais de procès devant toutes les juridictions (civile pour fautes, pénale pour infractions) ou devant l'instance ordinaire.
- Prendre en charge les frais de procédures.
- Assurer la réparation financière du préjudice dans la limite du plafond de garantie choisi.

Le tarif de la responsabilité civile professionnelle médicale est conditionné à l'activité, l'âge, le statut d'exercice (libéral ou salarié), au niveau des garanties souscrites et au plafond d'indemnisation, mais aussi de prise en charge des frais de procédure.

Cas particuliers : les activités d'expert, de maître de stage et d'enseignement peuvent être couvertes. Vérifiez bien les garanties.

Etudiants en stage et exercice salarié. Elle n'est pas obligatoire, car l'établissement est obligatoirement assuré, mais fortement conseillée.

■ **Externe** : il n'a pas le droit de prescrire mais il peut effectuer des actes médicaux de pratique courante et il est associé au service de garde. Dans le cadre d'un stage hospitalier, sa responsabilité médicale est couverte par la RCP de l'établissement ; lors d'un stage chez un médecin généraliste libéral, c'est celle du maître de stage qui est recherchée.

■ **Interne** : plus autonome, il participe activement aux soins et a le droit de prescrire. Votre responsabilité médicale peut être recherchée en cas de plainte d'un patient même si vous agissez par délégation du maître de stage. Il est donc conseillé de souscrire une assurance à titre individuelle.

Rappel : les internes qui font des remplacements ont eux l'obligation de souscrire une RCP.

■ **Médecin salarié** : votre employeur prendra en charge les fautes dites « de service » que vous êtes susceptible de commettre, c'est-à-dire les fautes involontaires. Il n'a pas l'obligation de prendre à sa charge la « faute détachable » c'est-à-dire toute faute ne pouvant être rattachée au fonctionnement du service ou à des missions confiées au médecin par l'établissement. De même souscrire une RCP si vous êtes salarié vous protégera pour les actes effectués en dehors de l'établissement, actes gratuits prodigués à vos proches ou ceux réalisés dans le cadre d'une assistance à personne en danger.



INFO PRATIQUE

Des contrats spécifiques existent, n'hésitez pas à vous renseigner.

L'assurance protection juridique accompagne souvent la précédente. Elle assure une aide juridique et

financière quand un litige survient entre le médecin et un fournisseur ou autre intervenant comme l'assurance maladie.

MG France a négocié un contrat sur mesure à un tarif intéressant pour ses adhérents. Pour tout renseignement : services@mg-france.fr

Le compte bancaire dédié à votre activité libérale

Cela peut être un compte courant (avec la mention « EI » pour entreprise individuelle) ou un compte professionnel (plus cher, pas d'intérêt quand on est remplaçant).

Ce compte vous permettra de :

- Déposer vos recettes et régler vos dépenses professionnelles,
- Provisionner vos cotisations URSSAF et CARMF,
- Recevoir directement les paiements des caisses : tiers payants, accidents de travail, règlements des astreintes de la permanence de soins, ROSP, FPMT, forfait structure, etc.



MÉDECIN GÉNÉRALISTE

**VOTRE RESPONSABILITÉ CIVILE ET VOTRE
PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLES**



OFFRE SPÉCIALE

1^{ER} CONTRAT LIBÉRAL

TARIF DE **203€₄₆ TTC/AN⁽¹⁾**

Ce contrat comprend :

RCP	Couverture jusqu'à 8 millions d'€ par sinistre et 15 millions par année d'assurance.
	Prise en charge intégrale des frais de défense.
	Assistance d'une équipe spécialisée en responsabilité médicale.
PJ	Défense de vos intérêts lors de litiges professionnels.



+ Une garantie e-réputation vous protégeant sur **internet et les réseaux sociaux.**



PARTOUT EN FRANCE, UN CONSEILLER EXPERT

À VOTRE ÉCOUTE 01 40 54 54 54

DU LUNDI AU VENDREDI - DE 8H30 À 18H

(1) Tarif de 203,46 € TTC/an les 2 premières années au lieu de 375,13 € TTC valable pour les médecins généralistes avec ou sans actes techniques. Ce tarif technique de base est susceptible d'être majoré suivant nos règles de tarification et les réponses aux questionnaires de souscription. Les conditions de souscription vous seront présentées par votre conseiller. Contrat distribué par GPM Courtage, Société par actions simplifiée de courtage d'assurance au capital de 221 812 euros régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS Paris n° 380 431 445, immatriculée à l'ORIAS pour l'activité de courtage d'assurance sous le n° 07 023 091, (vérifiable sur le site internet www.orias.fr dont le Siège social est sis 1 boulevard Pasteur 75015 Paris,

Assuré par Relyens Mutual Insurance, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes - Entreprise régie par le Code des assurances - 779 860 881 RCS LYON Organisme de formation professionnelle déclaré sous le n° 82690051369 auprès du Préfet de région N°TVA Intracommunautaire FR 79779860881

et PANACEA Assurances SA - Société anonyme au capital de 50 000 000 euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 507 648 087 RCS PARIS, dont le siège est situé 1 boulevard Pasteur 75015 PARIS.

GPM partenaire de



**GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ**



www.groupepasteurmutualite.fr
www.gpm.fr

Glossaire

ACI Accord Conventionnel Interprofessionnel

ANDPC Agence nationale du Développement Professionnel Continu

ARS Agence Régionale de Santé

ASIP Santé Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

CARMF Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français

CCAM Classification Commune des Actes Médicaux

CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CMG Collège de la Médecine Générale

CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL Commission Nationale Informatique et Libertés

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS Carte Professionnelle de Santé

CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CROM Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

DMP Dossier Médical Partagé

DPC Développement Professionnel Continu

FAF PM Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale

FPMT Forfait Patientèle Médecin Traitant

GeaP Groupe d'Échanges et d'Analyse de Pratiques

HAS Haute Autorité de Santé

MCS Médecin Correspondant du Samu

MT Médecin Traitant

MSP Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NGAP Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PAMC Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés

PAPS Portails d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PDSA Permanence Des Soins Ambulatoires

RCP Responsabilité Civile Professionnelle

ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RPPS Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé

SCI Société Civile Immobilière

SCM Société Civile de Moyens

SCP Société Civile Professionnelle

SEL Société d'Exercice Libéral

SIE Service des Impôts des Entreprises

SISA Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

UNCAM Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (CNAM + MSA + RSI)

URPS Unions Régionales de Professionnels de Santé

URSSAF Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales



Les fondamentaux des professionnels de santé

MG FORM membre du

COLLÈGE de la MÉDECINE GÉNÉRALE



LE SPÉCIALISTE DE LA FORMATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE



+ de 700 FORMATEURS



+ de 70 CONCEPTEURS DE PROGRAMMES



+ de 400 FORMATIONS ASSURÉES



+ de 4000 MÉDECINS FORMÉS



+ de 200 DOSSIERS DE FORMATIONS



01 43 13 13 13



01 43 13 13 19



mgform@mgform.org



www.mgform.org