

Médecins généralistes

Guide des premiers pas dans l'exercice



Suivez-nous

Édition - 2024



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. Il donne une liberté dans la manière de travailler, 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.

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 découvert au cours de ses études, ou de ses stages. Il présente avec une approche plus professionnelle, l'environnement dans lequel le médecin généraliste, aujourd'hui, va évoluer, et les partenaires avec lesquels il aura à travailler.

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 ses patients P.05

- Le suivi des patients
- La prévention et les dépistages
- La permanence des soins
- L'enseignement

Être acteur de son territoire de santé P.07

- L'exercice coordonné
- Le projet de santé
- Faire partie d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)
- Travailler en équipe : infirmier Asalée, Infirmier de pratique avancé, assistant médical

Faire fonctionner son cabinet P.16

- Tenir sa comptabilité
- Utiliser un logiciel médical
- Télétransmettre les feuilles de soins
- Utiliser une messagerie sécurisée

La vie professionnelle P.18

La représentation professionnelle P.18

- 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.23

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)
- Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

La formation tout au long de la vie P.24

Les Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques, les groupes de pairs
Le FAF-PM
L'ANDPC

La protection sociale P.27

La protection en cas de maladie et d'invalidité
La protection maternité, paternité et adoption
Les accidents du travail
Les allocations familiales
La retraite du médecin libéral



L'entrée dans la vie professionnelle P.35

Le pas-à-pas du médecin remplaçant non thésé P.35

Remplaçant ou collaborateur P.36

Avantages et inconvénients
Démarches



Les démarches d'installation P.39

Rêver son projet P.39

Choisir son lieu d'exercice
Exercer seul ou à plusieurs ?
Concrétiser son installation
Les démarches obligatoires
Les démarches facultatives

Glossaire P.49



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.

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

Le suivi du patient

Le médecin traitant assure le suivi personnalisé de chaque patient, tient à jour son dossier médical, l'oriente dans le système de santé et coordonne son parcours de soins en lien avec les autres professionnels du premier (infirmiers, pharmaciens, kinés etc.), second (spécialistes d'organes) ou troisième recours (établissements hospitaliers et plateaux techniques).

La Convention médicale «reconnait ce rôle dans le suivi au long cours de ses patients » par une rémunération forfaitaire spécifique. Si tous les médecins

peuvent en principe être choisis comme médecins traitants, 96 % des patients ont confié cette mission à leur médecin généraliste.

Les enfants peuvent bénéficier d'un médecin traitant depuis janvier 2017.



+90%

des Français nous font
confiance selon plusieurs
enquêtes.

La prévention et les dépistages

Le médecin généraliste contribue aux actions de prévention et de dépistage de ses patients, notamment du cancer du côlon, de l'utérus ou du sein.

Ces missions de santé publique sont rémunérées, parmi d'autres, par la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) qui est une rémunération forfaitaire conventionnelle basée sur des indicateurs déterminés par les Conseils Nationaux Professionnels (Collège de Médecine Générale nous concernant).

Depuis le printemps 2018, un groupe de travail technique associant les syndicats et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) analyse ces indicateurs, leur pertinence et leurs biais méthodologiques afin d'améliorer le dispositif.

La permanence des soins

Le médecin généraliste participe sur la base du volontariat à la PDSA (Permanence De Soins Ambulatoires) 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 sont définis par les ARS (Agences Régionales de Santé). Suivant les zones géographiques, ces gardes sont assurées, après régulation, par des effecteurs isolés ou exerçant en Maison Médicale de Garde (MMG).

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

L'enseignement

Certains médecins généralistes sont maîtres de stage universitaires (MSU). Par cet engagement, ils contribuent à la formation des jeunes médecins et participent au compagnonnage qui permet d'améliorer la formation à cette spécialité. La maîtrise de stage est reconnue financièrement par la Convention et l'université.



TÉMOIGNAGE

« À chaque rencontre avec un nouveau patient, se pose la question, a-t-il déjà un médecin traitant ? Si oui, pourquoi a-t-il atterri devant nous ? Et le dialogue s'installe. Oui, un médecin traitant, c'est fondamental pour être bien suivi, et il va falloir choisir... »

L'époque du coup par coup pour des épisodes aigus est depuis longtemps révolue. Signer un contrat de médecin traitant, c'est officialiser une relation de confiance entre un médecin et son patient, qui le connaît bien, a fait le tour de ses antécédents, suit sa trajectoire de vie, le vaccine, fait ses dépistages, le soutient face aux aléas de la vie, le conseille lorsqu'il est perdu dans ses démarches médico-administratives, le guide dans son parcours de soin, bref l'accompagne au mieux et dans la durée.

Cette fonction fait la richesse de notre métier. Entre ce nouveau-né que j'ai entre les mains après avoir accompagné sa mère pendant sa grossesse, cette adolescente à qui je fais une consultation de contraception, et ce vieux monsieur pour lequel je lutte de façon acharnée pour lui permettre de passer ses derniers jours dans sa maison, je suis fier d'être leur médecin traitant.

L'indemnisation liée à ce rôle essentiel, permet aussi de sortir du paiement à l'acte exclusif grâce à la reconnaissance de cette fonction si importante. »

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

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

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 (Équipe 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.)

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).

À l'heure où nous publions ce guide des discussions sont en cours entre les partenaires conventionnels pour définir un cadre pérenne pour le déploiement des ESP et des ESS (financement, composition, formalités 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

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

- La mise en œuvre d'un projet de santé (protocoles de soins, actions de santé publique, actions de prévention et d'éducation à la santé, médiation sociale etc.)
- Une meilleure qualité de vie pour les professionnels
- Des plages horaires plus larges améliorant la continuité des soins
- Un plateau technique plus performant
- Un secrétariat
- Une coordination en proximité

Le fonctionnement de la MSP répond à un cahier des charges plus exigeant que l'ESP. Il prévoit notamment

la création d'une SISA (Société Interprofessionnelle de soins ambulatoires) pour recevoir et répartir les financements octroyés par la signature de l'ACI (Accord conventionnel interprofessionnel), l'embauche d'un coordonnateur et l'utilisation d'un logiciel partagé entre les professionnels de santé.

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 : professionnels de santé de ville (qu'ils exercent à titre libéral ou salarié), 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 de leur territoire.

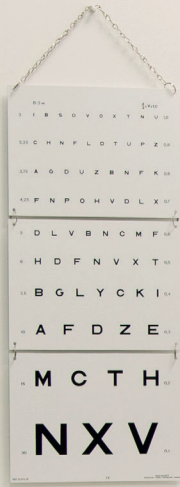
Les MSP et les CPTS peuvent bénéficier, sans obligation, d'un financement pérenne par la signature d'un contrat tripartite Professionnels – CPAM - ARS défini dans les Accords Conventionnels Interprofessionnels MSP ou CPTS.

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 du territoire. Certains peuvent également développer des actions d'éducation thérapeutique.



Retrouvez ces textes conventionnels sur le site de MG France







TÉMOIGNAGE

« Le point de départ de notre projet d'Équipe de Soins Primaires (ESP) est le constat avec deux confrères que nous exerçons dans un petit secteur géographique, que nous travaillons beaucoup avec les autres professionnels de santé pour nos patients (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) mais que les temps de coordination sont insuffisamment valorisés par la Sécurité Sociale.

Nous avons entendu parler des NMR (Nouveaux Modes de Rémunérations) et l'idée est venue de nous engager dans la création d'une ESP afin de structurer sur notre secteur de nouveaux modes de travail centrés sur les échanges, les concertations et les rencontres pluri-professionnelles.

Nous nous sommes investis dans la création d'une ESP « hors murs » avec l'élaboration d'un projet de santé valorisant l'exercice pluriprofessionnel. L'objectif principal était de promouvoir des projets locaux qui contribuent à la santé publique et améliorent la qualité des soins en favorisant les échanges entre les professionnels.

Actuellement, notre ESP est composée d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de sages-femmes, d'orthophonistes, de pharmaciens, de pédicures-

podologues, d'orthoptistes, de dentistes. Ce projet de santé commun validé par les autorités sanitaires a permis une contractualisation avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) et la CPAM. Maintenant, nous percevons des rémunérations.

Ces fonds alloués par la CPAM nous permettent d'indemniser toutes les actions de santé du secteur : réunions pluridisciplinaires sur des situations cliniques complexes, réunions d'organisation sur la continuité des soins, réunions sur des thèmes médicaux concernant plusieurs professionnels (comme le diabète, les pansements, etc.) mais aussi toutes les rencontres pluridisciplinaires s'organisant à domicile, les initiatives de prévention dans les écoles (la protection du dos, les addictions), etc. L'ESP œuvre aussi pour favoriser le contact avec les structures de santé du secteur et accompagner les initiatives locales en lien avec la santé.

Les ESP sont avant tout une belle aventure humaine où tous les professionnels de santé libéraux peuvent s'approprier de nouveaux modes de travail où les échanges, les concertations et les rencontres pluriprofessionnelles enrichissent et améliorent la prise en charge des patients. »

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 des facilitateurs au sein des fédérations régionales des maisons de santé, 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.



OUTILS

N'hésitez pas à utiliser l'outil REZONE mis à disposition par la CNAM



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

L'organisation des soins est une préoccupation majeure dans le contexte de démographie médicale actuel. Il existe plusieurs modèles d'organisation dont la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Les premières MSP sont apparues en 2006, de la volonté de professionnels de travailler ensemble de façon coordonnée. En mars 2023, on dénombre 2.251 MSP.

Créer sa MSP : premiers pas

- La démarche commence par la rencontre avec des 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.
- Et enfin 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. 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 ?* »

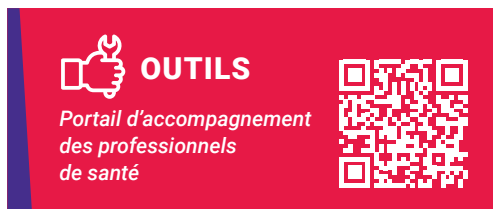
Créer sa MSP : les démarches

Une fois l'équipe constituée et votre projet bien ficelé, un certain nombre d'étapes vous attendent : diagnostic territorial – écriture du projet de santé – constitution d'une structure juridique (association et SISA) – immobilier selon le projet (si installation dans les mêmes murs) – demande de financement (reconnaissance et acceptation du projet par l'ARS, signature d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec la CPAM, etc.).

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

Pour percevoir les financements conventionnels quand on exerce dans une maison de santé il est nécessaire de créer une structure juridique ad hoc car les professionnels de santé n'ont pas le même statut fiscal : certains exercent en société, d'autres sont assujettis à la TVA (pharmaciens) etc. 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 les SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Elles ont été créées par la loi du 10 août 2011 et répondent à plusieurs objectifs :

Les aides éventuelles (pour les démarches, pour le financement public, pour l'accompagnement juridique) dépendent du territoire concerné (rural ou urbain, zone déficitaire ou non).



Il vous faudra :

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

Vous pouvez vous faire aider dans ce montage selon votre région par l'antenne régionale d'AVECSanté (Avenir des équipes coordonnées) <https://www.avecsante.fr/>

- Permettre le regroupement des professionnels de santé de soins primaires,
- Percevoir les financements publics et les redistribuer aux associés,
- Exercer dans un cadre fiscal clairement défini.

Pour constituer une SISA, il faut au minimum deux médecins et un infirmier. Il n'y a pas de limites autres que statutaires au nombre d'associés. Ces statuts doivent répondre à certaines obligations. Aujourd'hui, les SISA sont à capitaux variables, permettant de façon très simple l'entrée et la sortie de nouveaux associés sans devoir refaire les publications dans les journaux officiels et l'enregistrement en chambre de commerce.

Quels financements possibles ?

Il existe deux types de financement public complémentaires : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et la convention tripartite avec la CPAM et l'ARS dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (ACI MSP).

Le CPOM

Lorsqu'un financement est accordé par l'ARS pour des fonds d'amorçage (fonds FIR), il faut conclure dans la plupart des cas un CPOM avec elle. Ce contrat intervient entre l'ARS et le représentant légal de la structure. Cette enveloppe pourra servir à rémunérer les professionnels de santé qui s'investissent dans la mise en place de la MSP, l'étude de faisabilité ou encore la rédaction du projet de santé notamment, ou encore à embaucher un coordinateur pour les suppléer.

Le CPOM définit les engagements de l'ARS et ceux de la structure.

Une fois la contractualisation finalisée, les structures d'exercice coordonné peuvent également bénéficier, sous certaines conditions, d'une rémunération complémentaire permettant de valoriser certaines activités mutualisées (financement en plus de l'ACI pour la réalisation de tests et de vaccinations lors du COVID par exemple).

La durée du CPOM est généralement de cinq ans mais peut-être adaptée le cas échéant.

L'ACI

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 cadré depuis 2017 par l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel). Il prend la forme d'un contrat tripartite entre la structure MSP, la CPAM et l'ARS.

Il s'agit d'une rémunération conventionnelle versée aux structures, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs articulés autour de 3 axes :

- Accès aux soins
- Travail en équipe et coordination
- Système d'information labellisé par l'ASIP

Charge ensuite aux MSP de redistribuer les sommes aux professionnels de santé concernés via la SISA.

Le montant de l'enveloppe varie selon le nombre de patients suivis par les médecins généralistes, et le degré de réalisation des engagements (indicateurs) prévus dans le contrat. Il est également prévu une majoration en fonction du taux de précarité de la structure (en fonction du taux de patients CMUC et AME).

Ce contrat tripartite est conclu pour cinq ans.

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.

Le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) est une réponse possible. Il s'agit d'un modèle d'organisation de soins primaires centré sur le binôme infirmier-médecin généraliste traitant. Un infirmier délégué à la santé publique (IDSP) permet une prise en charge conjointe d'un patient au sein du cabinet de son médecin généraliste traitant. Une coopération de proximité s'instaure entre ces deux professionnels de santé autour des patients pour lesquels une éducation thérapeutique et/ou la mise en place d'actions de santé publique s'avère nécessaire.

Ainsi, l'infirmier ASALEE reçoit pendant 45 minutes des patients orientés par le médecin généraliste pour évoquer avec eux les dépistages du cancer, ou colliger les éléments de suivi de leurs pathologies chroniques (diabète, pathologies cardio-vasculaires, BPCO, troubles cognitifs). Sur dérogation du médecin, l'infirmier peut réaliser des examens que le médecin n'a pas toujours le temps de faire en consultation : test au monofilament, ECG, index de pression systolique, Mini Mental State, spirométrie, groupes de marche, ETP en groupe... Les médecins généralistes les interprètent ensuite.

Il s'agit d'une véritable collaboration où les échanges entre l'infirmier et le médecin permettent une amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. Les dossiers des patients sont enrichis des éléments notés par

l'infirmier et font l'objet de discussions avec le médecin lors de temps de coordination définis et rémunérés.

En pratique

Le rôle de l'infirmier ASALEE défini conjointement avec le médecin traitant est de :

- Développer le suivi des pathologies chroniques selon les protocoles ASALEE (diabète, facteurs de risque cardio-vasculaires, tabac),
- Développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, majoritairement en consultation individuelle, parfois en sessions du groupe sur ces pathologies,
- Participer au dépistage ou repérage, individuel ou collectif (cancer du sein, du col de l'utérus, du colon, troubles cognitifs),
- Participer à la gestion du dossier médical informatisé du patient, participer à l'évaluation de l'expérimentation.

L'organisation

L'accueil d'un infirmier ASALEE 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.

Il nécessite également que le médecin accepte de libérer du temps indemnisé pour se concerter avec l'infirmier.

Le cadre administratif et juridique

Une Convention est signée entre l'ARS, le médecin généraliste et l'infirmier ASALEE. Le médecin doit signaler qu'il travaille avec un infirmier ASALEE auprès de sa responsabilité civile professionnelle.

L'association ASALEE est l'employeur de l'infirmier. C'est elle qui le rémunère et paye les charges relatives à cet emploi. L'association indemnise également le médecin généraliste pour les temps de coordination avec l'infirmier.

Intéressé.e ?

Prenez contact avec ASALEE : www.asalee.org ou contact@asalee.fr



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 est formé en soins primaires pour prendre en charge des patients atteints de maladies chroniques stabilisés mais aussi 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, mais aussi les infirmiers ASALEE, l'assistant médical et les secrétaires.

En dehors de sa pratique clinique il a également des missions de formation et de coordination du parcours des patients.

Il peut avoir un statut libéral ou salarié (SISA de la MSP ou ASALEE).

En 2023, on dénombre 1 300 IPA dont 90 IPA au sein d'ASALEE.

Travailler avec un assistant médical

Travailler avec un assistant médical devient un besoin vital 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 missions :

- 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,

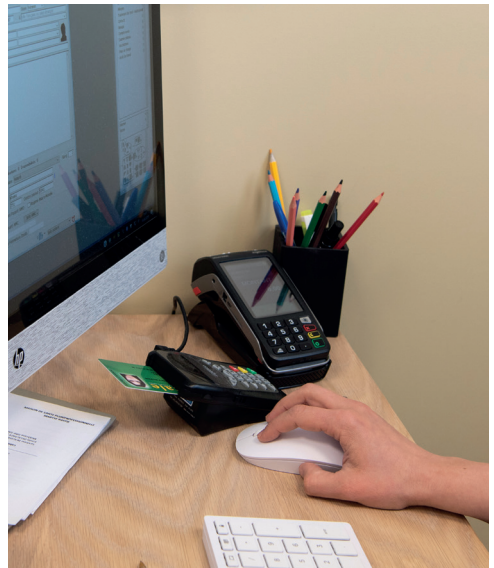
la coordination avec les autres professionnels de santé et les structures sanitaires et médico-sociales,

- 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. Pour être éligible le médecin doit avoir un nombre minimum de patient médecin traitant (640 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.

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.





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



ASSOCIATION LE GROUPEMENT

13 Rue Fernand Léger - 75020 PARIS

Mail : contact@legroupement.org

Tél : 01 43 13 10 99

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 obligatoire, mais fortement conseillée. 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.

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 »).

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
référéncés : →



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

L'ASIP Santé met en place une Messagerie Sécurisée gratuite (MSS) qui sera progressivement intégrée aux logiciels médicaux. 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 15000€ d'amende.**





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.

Pour en savoir plus :

www.lecmg.fr ou contact@lecmg.fr

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) :

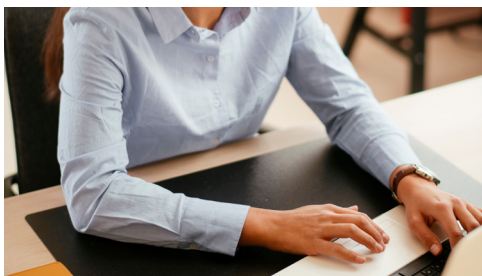
Collège des généralistes : MGF 36,6%, CSMF 17,3%, FMF 17,1%, SML 9,5%, UFML 17%

Collège des spécialistes : AVENIR SPE 39,3%, CSMF 22,3%, SML 12%, FMF 7,5%, UFML 16,6%

Les prochaines élections auront lieu en 2026.

Cotisation

Elle est obligatoire, prélevée par l'URSSAF. Elle représente 0.5 % du revenu d'activité non salariée dans la limite de 232€ pour 2024.



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.

Il faut prévenir son assureur (contrats de responsabilité civile professionnelle, de défense juridique).

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

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.

« 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 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 **MG FRANCE**, C'EST



ÊTRE MIEUX INFORMÉ

- Des informations dédiées locales ou nationales
- Une association de gestion agréée
- 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 ET PROTÉGÉ

- Hotline dédiée.
- Soutien juridique individuel.

La nomenclature

L'exercice de la médecine générale libérale nécessite une facturation au patient des actes exécutés pour sa 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 ou son assurance 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, Gs, 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 : des outils sont disponibles (plaquette éditée par MG France, et une application sur smartphones).

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Elle concerne essentiellement les actes techniques et il est important pour vous 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.

<https://www.mgfrance.org/nomenclature.htm>



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. L'offre est très large. Pour évoquer que l'essentiel.

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.



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 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.



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).

cupations 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.



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 secteur 1.

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. Vous devez justifier d'au moins 12 mois d'affiliation continus dans votre activité pour y avoir droit.

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 46 368 € bruts en 2024. Même si votre revenu d'activité annuel moyen est supérieur à ce plafond, votre indemnité journalière ne pourra pas excéder le montant maximum de 190,55 € bruts fixé au 1^{er} janvier 2024.

L'assurance « incapacité temporaire totale » de la CARMF 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.

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'assurance invalidité du régime complémentaire d'assurance invalidité-décès de la CARMF 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.

Les droits à l'**indemnité décès** varie en fonction de l'âge du conjoint survivant au décès du médecin. L'indemnité décès fait l'objet d'un versement unique et s'élève en 2023 à :

- 63 000 € en cas de décès du médecin ;
- 15 750 € ou 31 500 € en cas de décès du conjoint collaborateur, selon l'option choisie, quart ou moitié de la cotisation du médecin.

Cotisation	Revenu N-2 inférieur ou égal à 46 368 € Classe A	Revenu N-2 compris entre 46 368 et 139 104 € Classe B	Revenu N-2 supérieur à 139 104 € Classe C
Cotisation Invalidité - Décès 2023 (Moins de 62 ans)	631 €	720 €	836 €
Indemnités journalières	73,16 €	109,74 €	146,32 €

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 2023, ce revenu de base ne peut être inférieur à un revenu minimum fixé à 20 049,09 €. Le revenu maximum, lui, correspond au plafond annuel de la sécurité sociale, soit 46 368 € pour 2024. 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

 **OUTILS**
Pour la souscrire :



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, il faut avoir des droits CPAM ouverts et être à jour de ses cotisations sociales au moment de la déclaration de grossesse.

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. 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. Le montant des IJ est revalorisé chaque année : 63,52 € par jour en 2024.

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 secteur 1 et secteur 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).

Au 1^{er} janvier 2024. Ré-évaluation annuelle

	Congé prénatal	Congé post-natal	Durée du congé	IJ (montant plafonné)	Forfait	ASM (Temps plein)	Total	Mensualité moyenne
Congés minimum	2 semaines	6 semaines	8 semaines	3 557	3 864	6 200	13 621	6 811
Vous attendez un enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines	7 114	3 864	9 300	20 278	5 070
Vous attendez un enfant et vous avez déjà eu au moins 2 enfants ou avez 2 enfants à charge	8 semaines	18 semaines	26 semaines	11 561	3 864	9 300	24 725	3 804
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines	15 118	3 864	9 300	28 282	3 327
Vous attendez des triplés	24 semaines	22 semaines	46 semaines	20 453	3 864	9 300	33 617	2 923

Congés prénatal et postnatal

Vous pouvez demander à anticiper le point de départ de votre congé prénatal mais la durée du congé postnatal sera réduit 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 débuter dans un délai de 4 mois à partir 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 partie mais les jours doivent être consécutifs. Les indemnités forfaitaires sont :

- 11 jours consécutifs au plus pour un enfant soit 699 € (11 x 63,52) pour 2024
- 18 jours consécutifs au plus pour deux enfants soit 1143 € (18 x 63,52) pour 2024

→ **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 63,52€ en 2024.

Les allocations familiales

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

Revenus	< 51 005 €	de 51 005 € à 64 915 €	> 64 915 €
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 92 et 184 € 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 71 €
- **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 184 € et 277 €.

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 46 368 €* de bénéfices) - taux : 8,23 %
- **Tranche 2** (de 46 368€ à 231 840€**) - Taux : 1,87%
Montants 2024 - * 1 PASS - ** 3PASS

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 < 64 915 € (1,4 PASS) ;

- **1,51 %** pour les revenus $\geq 64\,915$ € et $\leq 115\,920$ € (2,5 PASS) ;
- **1,12 %** pour les revenus $> 115\,920$ €

2. Régime complémentaire

La cotisation est de 10% des revenus professionnels non-salariés nets de l'année n-2 plafonnés à 162 288 € (3.5PASS) pour 2024.

3. Régime des allocations supplémentaires de vieillesse - ASV

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

- **Secteur 1** : 1 874 € versés par le médecin ET 3 748€ versés par l'Assurance-Maladie en 2023
- **Secteur 2** : 5622 € versés par le médecin en 2023

À cela s'ajoute une cotisation additionnelle d'ajustement sur le revenu conventionnel plafonnée à 231 840 € (5 PASS) 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 d'affiliation à 664 € en secteur 1 (participation assurance maladie déduite), et à 844 € 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 2024) interviendra lors de l'appel du solde des cotisations 2025 en fonction des revenus nets d'activité indépendante déclarés au titre de l'exercice professionnel de 2024.

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 15 397 € (en 2023).

ASV : La part forfaitaire s'élève à 5 622 € en 2023. 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 (8 358 € en 1^{ère} et 2^e année en 2023) soit des cotisations de 318 € en 1^{ère} et 2^e année en 2023.

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 2 829€ en juin 2023 (avant prélèvements sociaux).

Vous pouvez obtenir votre relevé de carrière en vous connectant sur le site officiel de l'Assurance retraite
<https://www.lassurance retraite.fr/>

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



Pour plus d'informations :

<http://www.carmf.fr/pagephp?page=retr-sommaire>

Cotisations	1 ^{ère} année et 2 ^e année d'affiliation (médecin de moins de 40 ans)	
	Secteur 1	Secteur 2
Base (provisionnel)	664 €	844 €
Complémentaire	0 €	0 €
ASV forfaitaire	1 874 €	5 622 €
ASV ajustement	106 €	318 €
Invalidité-décès	631 €	631 €
Total	3 087 €	7 415 €



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.

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 des 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

Le pas-à-pas du médecin non thésé

Même si vous n'avez pas encore passé votre thèse, vous pouvez débiter des remplacements si vous remplissez les conditions prévues (art. L.4131-2 du code de la santé publique) :

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

Pour cela, vous devez effectuer un certain nombre de démarches. Nous vous détaillons ce pas-à-pas :

Demande de licence de remplacement, la demander en priorité au Conseil départemental l'Ordre du lieu de sa faculté de médecine ou éventuellement du lieu du centre hospitalier universitaire où vous assurez vos fonctions. Il s'agit d'une attestation, sans valeur juridique, qui constate qu'un étudiant en médecine remplit les critères de formation requis dans la spécialité concernée pour effectuer le remplacement d'un médecin.

Renvoyer le questionnaire de demande de licence (disponible auprès du Conseil départemental ou en ligne) accompagné des pièces justificatives :

- preuve de la validation du 2^e cycle
- justificatif d'inscription en 3^e cycle ou de mise en disponibilité pour l'année universitaire en cours avec précision du motif
- relevé des semestres de stage validés délivré par

la faculté de médecine ou l'Agence régionale de santé.

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.

La licence de remplacement est valable pendant un an, renouvelable chaque année si vous poursuivez vos études médicales et sous condition de respect du délai maximal réglementaire soit 3 ans à partir de la fin de l'internat (Temps imparti pour passer sa thèse).

Enregistrement auprès de l'Assurance Maladie

C'est obligatoire. Vous devez signaler chaque remplacement effectué en précisant les coordonnées du cabinet dans lequel vous allez exercer. La caisse d'assurance maladie pourra vous demander une attestation de remplacement.

Inscription à l'URSSAF (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales)

Vous devez demander votre immatriculation dans les 8 jours qui suivent le premier remplacement. Vous pouvez faire les démarches en ligne auprès du Guichet unique pour effectuer les formalités administratives relatives à votre activité professionnelle.

<https://formalites.entreprises.gouv.fr/>

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...

L'offre simplifiée dédiée aux médecins remplaçants est réservée aux médecins effectuant des remplacements de façon exclusive (thésé ou non).

- Vous n'avez qu'un seul interlocuteur (l'URSSAF) pour les cotisations et les paiements
- Vous déclarez la rétrocession d'honoraires uniquement si vous en percevez
- Vous payez vos cotisations 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
- Un taux unique pour les cotisations maladie-maternité, CSG – CRDS, retraite de base et retraite complémentaire : 13,50 % jusqu'à 19 000 € encaissés (honoraires bruts rétrocédés) ; 21,20 % au-delà de 19 000 € et dans la limite de 38 000 €
- Cotisation invalidité-décès (excepté pour les retraités) : un forfait de 631 € avec une possibilité de réduction de 75 % (soit 158 €) mais qui réduit d'autant les garanties de la CARMF

Inscription à la CARMF (Caisse autonome de retraite des médecins de France)

Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'affiliation à la CARMF est obligatoire pour les étudiants en médecine effectuant des remplacements libéraux.

Souscription d'une assurance en Responsabilité Civile Professionnelle

Obligatoire, elle doit être contractée avant même de commencer à effectuer les remplacements car elle couvre les

dommages corporels, matériels et immatériels causé à des tiers.

Jusqu'à votre thèse, la RCP étudiante est suffisante, mais il faut penser à signaler tout changement d'exercice à votre assureur. Une attestation d'inscription peut être réclamée lors de l'inscription à l'ordre.

Ouverture d'un compte bancaire dédié

**** Pour plus de détails sur l'ensemble des démarches, voir le chapitre Démarches d'installation**



Remplaçant ou collaborateur : avantages et inconvénients

Remplaçant

- Il a la liberté de gérer son temps de travail.
- Il peut faire plusieurs remplacements réguliers (parfois limités par le Conseil de l'Ordre, les politiques appliquées sont très différentes selon les départements).
- Il adopte le secteur conventionnel du médecin remplacé (éventuellement secteur 2).
- Il sera engagé par des clauses de non concurrence souvent prévues aux contrats de remplacement (limitant les lieux d'installation pendant une durée de 3 à 5 ans, au bout de 3 mois de remplacement, même discontinus). Ces clauses peuvent être discutées ou annulées lors de la rédaction du contrat de remplacement.
- Un contrat doit être fait avec chaque médecin remplacé, une demande d'autorisation de remplacement pour chaque période de remplacement.

Collaborateur libéral

- Il bénéficie de l'installation et d'une partie de la patientèle du médecin installé, tout en se constituant la sienne, en contrepartie d'une redevance en fonction des moyens mis à disposition.
- Une seule démarche (contrat de collaboration) auprès du Conseil de l'Ordre par le médecin installé (possibilité d'avoir plusieurs collaborations)

- Il peut exercer en même temps que le titulaire et effectue les actes en son nom propre.
- Il utilise ses feuilles de soins, ses ordonnances (à son nom)
- Il relève à titre personnel de la convention médicale et peut donc adopter un secteur d'exercice différent
- Il peut faire état de sa qualité de médecin collaborateur sur la plaque professionnelle apposée à l'entrée du cabinet.
- Il perçoit directement ses honoraires auprès de la patientèle
- Une ou plusieurs journée(s) fixe(s) régulière(s)
- La collaboration peut être à durée déterminée ou indéterminée (avec préavis).
- Statut qui reste le plus souvent provisoire dans la mesure où le titulaire peut mettre fin au contrat en respectant les termes prévus dans celui-ci (à la fin du délai déterminé, préavis...).

Les démarches

Pour le détail des démarches, reportez-vous au chapitre suivant. *Le remplacement*

	Protection sociale				Contrat de début d'exercice	Fiscalité	
	Inscription à l'Ordre	Cotisations	CARMF	URSSAF		BNC	Régime simplifié
Remplaçant	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Collaborateur Libéral	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗

Le remplacement

Il est formalisé par l'autorisation de remplacement et la signature d'un contrat de remplacement validés par le Conseil Départemental de l'Ordre.

La demande d'autorisation de remplacement.

Pour les remplacements par un étudiant remplaçant ou les remplacements longs ou réguliers, le médecin qui désire se faire remplacer doit adresser au président de son conseil départemental de l'Ordre une demande d'autorisation de remplacement en indiquant le nom du remplaçant et la durée du remplacement, accompagnée de la licence de remplacement s'il est non thésé.

L'autorisation de remplacement est délivrée par le conseil départemental de l'Ordre qui en informe les services de l'État, pour une durée maximum de trois mois renouvelable dans les mêmes conditions.

Le contrat de remplacement 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).

Vous devez signaler à l'Assurance Maladie chaque remplacement effectué en précisant les coordonnées

du cabinet dans lequel vous allez exercer. La caisse d'assurance maladie pourra vous demander une attestation de remplacement.

Lors du remplacement, aux yeux de l'administration, et notamment concernant le parcours de soins, 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 ; au préalable, le médecin remplacé aura initié votre session de remplacement dans son logiciel
- Vous n'avez pas à cocher la case « médecin traitant remplacé » sur les feuilles de soins



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) :

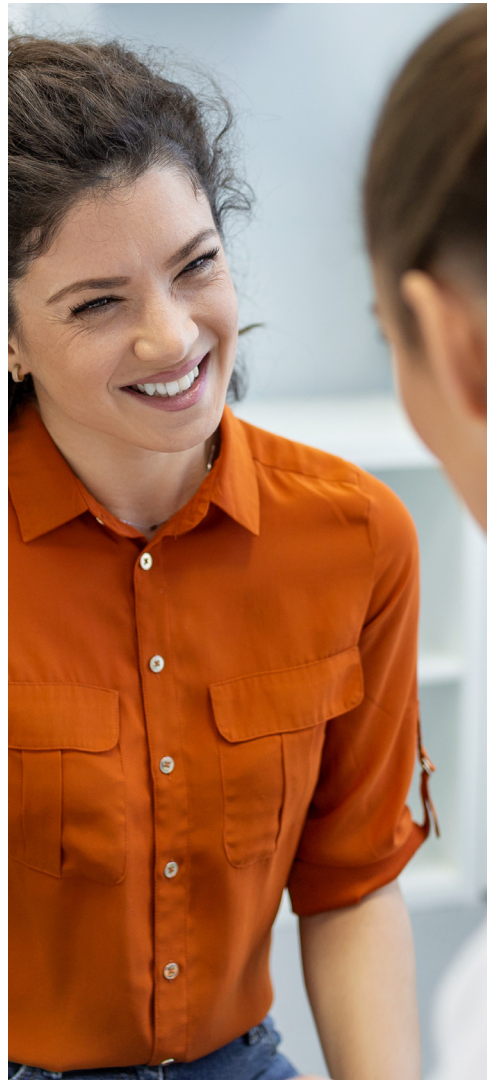
- Sa durée, indéterminée ou déterminée, en mentionnant dans ce cas son terme et, le cas échéant, les conditions de son renouvellement
- Les modalités de la rémunération : le montant exact de la redevance, la fréquence des versements, généralement chaque mois, les modalités de révision de la redevance
- Les conditions d'exercice de l'activité et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle : nombre de demi-journées ou de journées par semaine ou par mois durant lesquelles le collaborateur peut se consacrer au développement de sa clientèle personnelle
- Les conditions et les modalités de sa rupture, dont un délai de préavis
- Les modalités de sa suspension afin de permettre au collaborateur de bénéficier des indemnités prévues par la législation de la sécurité sociale en matière d'assurance maladie, de maternité, de congé d'adoption et de congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Il peut également prévoir

- La durée de la présence du collaborateur en demi-journée par semaine. Il peut être utile de préciser les jours et heures de consultation
- Le(s) lieu(x) d'exercice
- La durée des congés et les conditions de leur planification
- La présentation par le titulaire des documents comptables au collaborateur libéral pour justifier le montant des frais

Il peut être utile de prévoir 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.

Côté fiscalité, le collaborateur libéral exerce son activité sous le statut social de travailleur non salarié (TNS). Il est soumis à l'impôt sur le revenu, dans la catégorie des BNC.





Les démarches d'installation

Rêver son projet

Choisir son lieu d'exercice

Il est d'abord nécessaire d'évaluer la démographie médicale, la population (selon 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/>

- Portails des ARS et des CPAM : donnent des informations sur les aides géographiques et financières



OUTILS

Guichet unique des professionnels de santé pour vos démarches en région les jeunes diplômés qui souhaitent s'installer ou non mais aussi les médecins en exercice qui souhaitent rejoindre une MSP, une CPTS, s'informer sur la formation continue etc.
<https://www.paps.sante.fr/>

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

Les URPS peuvent également vous renseigner ou encore la CPTS locale si elle existe.

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 son temps personnel et la continuité des soins et il existe un risque d'isolement professionnel (avec parfois des difficultés à trouver un remplaçant).

En 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.

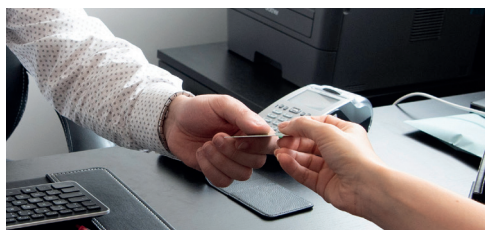
En association, la vigilance portera sur la cohérence des projets professionnels de chacun et la compatibilité des membres du groupe. Une installation en association fera souvent suite à des remplacements ou à une collaboration. L'association de fait est fortement déconseillée car en cas de problème, elle peut être requalifiée en association réelle avec solidarité entre les personnes.

L'exercice en groupe n'implique pas forcément la rédaction d'un contrat d'association, mais une simple Convention de partage des frais (contrat d'exercice et de mise en commun de moyens ou « société de fait ») reste nécessaire. Elle a pour objectif de répartir les dépenses professionnelles communes à plusieurs professionnels de santé libéraux.

L'exercice en groupe implique souvent d'être associé avec ses collègues dans le cadre d'une SCM (Société Civile des Moyens) pour le partage des frais professionnels (loyer, rémunération du personnel etc.). D'autres sociétés moins courantes existent comme la Société Civile Professionnelle (SCP) ou Société d'Exercice Libérale (SEL).



Si vous mariez, pensez à faire un contrat de séparation des biens. Pour les femmes, mieux vaut garder son nom de jeune fille pour exercer.



Autres formes de groupement de professionnels avec un projet de santé

En maison de santé « dans les murs » ou « hors les murs », le statut juridique sera celui de la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) qui permet de recevoir des subventions de l'Assurance Maladie pour financer la coordination entre ses membres. (voir chapitre Faire partie d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)).

Succession ou Création ?

La différence repose sur le report supposé de patients du médecin cédant ou des médecins déjà installés vers le médecin qui s'installe.

Prendre un cabinet (succession)

Avantages : l'outil de travail est disponible (locaux, matériel, accueil, personnels), 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. Il devient de plus en plus rare, du fait du nombre important de départs à la retraite et donc de l'offre et la demande.

Une déperdition de patientèle peut être observée, mais rapidement compensée par la demande de soins croissante.

Il convient d'être vigilant sur la reprise des contrats de travail des salariés du cabinet, sur les normes d'accessibilité aux handicapés du cabinet 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).



Le respect des règles d'accessibilité reste à étudier sur <https://www.ecologie.gouv.fr/laccessibilite-des-etablis-sements-recevant-du-public-erp>

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).

Contactez la Mairie du lieu de votre futur cabinet pour demander « une autorisation d'installation » (uniquement pour les nouveaux cabinets). Contactez le service « direction du logement et de l'habitat ».

Points d'attention. *Si médecin généraliste peut en principe s'installer où il le souhaite, il est toutefois obligatoire de respecter la non-concurrence. Ainsi, un médecin qui a remplacé un confrère pendant plus de trois mois ne peut pas s'installer en concurrence avec lui. De même, on ne peut pas s'installer dans un immeuble où exerce déjà un confrère sans l'accord de celui-ci.*

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.

Les démarches obligatoires

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

- Obtenir son attestation de DES (Diplôme Études Spécialisées) par la faculté de médecine
- Inscription au CDOM (Conseil Départemental Ordre des Médecins)
 - o Attribution de numéro RPPS
 - o Attribution de la carte de professionnel de santé (CPS)
- Démarches auprès de la CPAM : enregistrement, signature de la convention
- Déclaration d'activité à l'URSSAF
- Déclaration d'activité à la CARMF (Caisse Autonome Retraite Médecin Français)
- Souscrire un contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)
- Ouverture d'un compte bancaire dédié à l'activité professionnelle
- Achat d'un logiciel médical et un rendez-vous pour paramétrer le logiciel et créer les ordonnances à votre nom
- Acheter une plaque professionnelle et un tampon avec son numéro professionnel



Facile, pas facile de s'installer ? Des expériences différentes.



TÉMOIGNAGES

« Je m'appelle Christophe, j'ai 39 ans et je me suis installé en juillet 2018 à Paris.

J'ai trouvé les démarches administratives lentes et impersonnelles. À chaque fois que j'ai contacté une administration j'avais l'impression que c'était la première fois qu'ils voyaient un médecin s'installer. Mais heureusement je n'étais pas seul et j'ai profité des conseils et de l'appui de mes amis médecins qui s'installaient aussi, des

médecins généralistes du quartier et des conseils du syndicat. Ainsi ... mes codes d'accès à l'espace pro que j'avais demandé depuis le 3 juillet sont arrivés le 15 janvier, 10 jours après en avoir parlé au syndicat départemental...

Donc mon conseil : Faites-vous aider, prenez contact avec les collègues de votre territoire et avec les représentants du syndicat. »

« Quelques mots pour vous raconter mon installation en cabinet.

En 2017, après 4 ans de remplacements, une thèse enfin soutenue, me voici tenté par une installation en cabinet libéral.

Première étape : Cibler une ville qui me correspondait, j'ai donc jeté mon dévolu sur Pantin pour son côté dynamique et cosmopolite.

Seconde étape : Trouver un local vacant. **Tous les moyens sont bons :** annonces immobilières en ligne, sites d'annonces médicales, site des URPS. C'est finalement sur ce dernier que j'ai pu trouver un espace libre dans un cabinet pluriprofessionnel de santé.

Une fois le local trouvé, je me suis rendu à la permanence d'installation des URPS afin de récolter un maximum d'informations sur les démarches et subventions éventuelles. Je dois reconnaître que cette permanence **est vraiment bien pensée.**

Troisième étape : les démarches administratives. Pour le phobique administratif que je suis, c'est une

épreuve que j'appréhendais énormément.

En réalité, ce fut extrêmement simple et rapide.

En somme mon installation était bouclée en 1 mois...

Plaque vissée, matériel installé, murs décorés : je suis enfin dans MON cabinet !

La constitution d'une activité qui me permette de dégager des revenus suffisants m'a pris environ un mois et demi, et depuis cela ne désemplit pas !

Si je devais retenir une chose concernant mon installation, c'est la simplicité avec laquelle elle fut possible. C'est ce que je répète d'ailleurs en boucle à mes amis remplaçants qui hésitent à sauter le pas.

La connaissance des professionnels installés sur ma ville m'a aussi permis d'élargir mes objectifs puisque l'heure est à la création d'une maison de santé pour se regrouper... »

S'inscrire à l'Ordre

Tous les médecins (libéraux ou salariés) sont tenus de s'inscrire au Tableau de l'Ordre de leur département d'exercice, dès que la thèse est validée. Le défaut d'inscription est, conformément à l'article L.4161-5 du code de la santé publique, constitutif du délit d'exercice illégal de la médecine et punit des peines de deux ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende.

Pour cela, envoyez la « demande d'inscription au tableau de l'ordre » (téléchargeable sur le site du CNOM : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/questionnaireinscriptionordre-medecins.pdf>) complétée 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 :

- 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.
- procède à l'enregistrement de votre diplôme.

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.

S'enregistrer à l'Assurance-Maladie

L'inscription auprès de l'Assurance Maladie est obligatoire quel que soit votre statut : médecin remplaçant thésé ou non, médecin installé, collaborateur libéral. Cela permettra à l'Assurance maladie d'effectuer le remboursement des prestations du régime général obligatoire à vos patients. Chaque CPAM dispose d'un service dédié aux relations avec les professionnels de santé. L'inscription concerne également, à titre personnel, votre affiliation en tant qu'assuré social.

Une fois l'inscription au Conseil de l'Ordre enregistrée, effectuez la démarche auprès de la CPAM de votre lieu d'exercice pour les médecins installés ou de votre domicile pour les médecins remplaçants.

Vous vous installez : rendez vous sur le site **Médecin: votre installation en libéral** (<https://installation-medecin.ameli.fr/installation-medecin/>) de l'Assurance Maladie pour déposer votre dossier en ligne (pièce d'identité et RIB professionnel ; RIB personnel pour votre inscription en tant qu'assuré social) et prendre rendez-vous avec un conseiller de l'Assurance-Maladie.

Vous êtes médecin remplaçant : 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 :

- présenter l'utilisation de la carte CPS
- 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 ...), accéder à des services liés à votre activité (paiement, déclarer la ROSP, liste patients médecin traitant etc.).
- vous proposer d'adhérer à la convention, et les options conventionnelles le cas échéant.

*** Pour les médecins remplaçants : présenter les modalités de la convention médicale concernant les remplaçants*

Secteurs conventionnels

- **Secteur 1**, la plupart du temps pour les médecins généralistes. Vos tarifs correspondent à ceux fixés dans la convention médicale. Vous n'effectuez pas de dépassement sauf cas exceptionnels (exigence de temps ou de lieu du patient).
- **Secteur 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.
- **Secteur 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 euro à 0,61 euro pour une consultation de médecine générale).

■ vous accompagner dans les formalités pour 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).

S'immatriculer à 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).

La demande d'immatriculation doit être réalisée dans les 8 jours suivant le début d'activité, y compris pour les remplaçants thésés ou non.

Vous pouvez si vous le souhaitez effectuer vous-même la démarche après avoir contacté la CPAM pour obtenir votre numéro de praticien et effectuer les formalités administratives liées à la création de votre cabinet.

Une seule adresse :

<https://guichet-unique-bo.inpi.fr/login>

Suite à votre immatriculation auprès du guichet unique, l'Insee vous attribue un numéro d'identification unique par établissement : le siren (14 chiffres). 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 : 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. des provisions faites pour 2019 et 2020.

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 !

Vous êtes redevable des 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**).

La contribution aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (CURPS) finance l'activité des URPS. Elle représente 0,50 % du revenu d'activité non salariée dans la limite de 232 €/an en 2024.

Lorsque vous débutez votre activité, votre revenu n'est pas connu. La Curps est alors calculée, à titre

provisionnel, sur une base forfaitaire durant vos deux premières années d'activité.

La Curps est à régler à l'Urssaf en mai.

Point d'attention. Pensez à déclarer en ligne à l'URSSAF le document de déclaration de vos revenus reçu vers le mois de juin.

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 les site impots.gouv.fr.

L'adhésion à la CARMF

L'adhésion à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) est obligatoire pour tout médecin inscrit à l'Ordre et exerçant en libéral - même à temps partiel (remplaçant ou collaborateur par exemple) et même s'il exerce par ailleurs une activité salariée.

Vous devez faire votre déclaration à la CARMF dans le mois qui suit le début de votre activité libérale. La déclaration en vue de l'affiliation (téléchargeable sur : www.carmf.fr/doc/formulaires/cotisants/declaration-en-vue.pdf) doit être retournée à la CARMF, complétée et contresignée par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Il est possible de compléter la déclaration en vue de l'affiliation en ligne en créant votre espace personnel eCARMF sur le site de la CARMF.

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

Une dispense est possible si vous êtes médecin remplaçant, étudiant en médecine exerçant sous licence de remplacement à condition de ne pas être assujéti à la contribution économique territoriale et d'avoir un revenu net d'activité indépendante inférieur à 12 500 €. Cette dispense n'est pas automatique et doit être demandée.



OUTILS

Guide du cotisant CARMF
<http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-cotisant.pdf>



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.

*** Plus de détails sur les cotisations et prestations de la CARMF dans la rubrique Protection sociale*

Souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) et protection juridique

Elle est obligatoire pour couvrir les risques liés à nos pratiques et à nos décisions thérapeutiques (art. L.1142-2 du Code de la santé publique). Le manquement à cette obligation d'assurance peut entraîner des sanctions pénales et disciplinaires. Ce contrat doit être étudié soigneusement pour couvrir l'ensemble des activités médicales du médecin généraliste incluant la pose des implants contraceptifs et stérilets, les infiltrations, la maîtrise de stage...

Point d'attention. Il faut penser à la faire évoluer parallèlement à sa pratique.

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 spécifique comprenant ces deux couvertures. Pour tout renseignement: services@mg-france.fr

Ouvrir un compte en banque dédié à l'activité professionnelle

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.

Les établissements bancaires proposent également des services aux médecins libéraux, mais attention à bien évaluer le coût et l'intérêt de ces services.

Les démarches facultatives

Une assurance pour accident du travail et maladie professionnelle : l'Assurance Volontaire Individuelle (AVI)

Les médecins libéraux contrairement aux salariés ne sont pas couverts à 100 % par les régimes obligatoires sur les risques accident du travail ou maladie professionnelle. Ils ne sont assurés que pour les frais leur permettant de se soigner, aux taux habituels de l'assurance maladie.

Aucune compensation pour les recettes retirées de leur métier.

Souscrire une assurance permet de bénéficier d'une meilleure prise en charge des soins et d'une indemnisation en cas d'incapacité permanente. Elle est à souscrire auprès de votre CPAM de manière volontaire.

*** Plus de détails sur l'AVI (cotisations, garanties) dans la rubrique Protection sociale.*

Une mutuelle pour compléter les remboursements de l'Assurance Maladie

Nous vous la conseillons fortement, même si un équilibre est à trouver entre les primes à payer et vos besoins de sécurité. Pour en savoir plus, consultez les principaux assureurs complémentaires: AG2R, Groupe PASTEUR-MUTUALITE, MACSF, La Médicale...

En tant que profession libérale, vous pouvez bénéficier d'avantages fiscaux grâce à la mutuelle loi Madelin (y compris les sommes versées pour les couvertures de vos ayants-droits) mais aussi d'avantages tarifaires en tant que travailleur non-salariés.

Une assurance pour compléter votre retraite de la CARMF

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...

Créée en 1994, la **loi Madelin** donne la possibilité aux travailleurs indépendants d'améliorer leur protection sociale en complément de leur régime obligatoire. Cette loi autorise la déduction fiscale des cotisations complémentaires pour des contrats de prévoyance, de mutuelle Madelin et de retraite sous certaines conditions.

La perte d'exploitation

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 mutualiser ce risque.

Point d'attention. Attention de ne payer que pour les frais fixes de votre cabinet et pas au-delà : vous ne recevrez une compensation que pour ces frais réels, même si vous avez cotisé au-delà.



TÉMOIGNAGE

« S'installer en libéral est déjà un pas pour un médecin, faire le pas en couple est un choix de vie. Mon mari et moi-même sommes deux médecins généralistes installés sur le même secteur semi-rural.

Nous avons commencé en ayant des gardes de nuit de semaine et de week-end sur notre canton ; maintenant, nous n'avons plus que des gardes de week-end et sur un secteur élargi. Cette évolution de la permanence de soins a modifié notre vie qui est maintenant moins rythmée par cette alternance rapprochée de gardes.

Notre investissement diurne dans ce travail aux horaires extensibles, les gardes de nuit ou de week-end, les réunions professionnelles de formation ou de fonctionnement de groupes ont souvent donné le ton d'un métier envahissant notre

vie privée. Nous essayons de ne pas partager nos soucis professionnels en essayant de privilégier les contacts avec d'autres confrères (groupe de pairs, groupe de qualité, ou formations différentes).

Le temps de mes maternités furent des moments particulièrement difficiles eu égard à la moindre couverture sociale existante à l'époque. L'aide financière de mon époux fut nécessaire pour couvrir mes charges (URSSAF, CARMF, cabinet, etc). Peut-être était-ce une chance dans ces circonstances que mon époux exerce une activité libérale car mes fluctuations de revenus n'auraient sûrement pas pu être absorbées s'il avait été salarié. »

Pour votre comptabilité - Fiscalité

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

Le régime de la **déclaration contrôlée** est obligatoire si les recettes perçues sont supérieures à 77 700 € HT. En deçà de ce seuil, et s'il s'avère plus avantageux, il est possible d'opter pour le régime **Micro BNC**.

Dans le cas de la déclaration contrôlée, vous êtes soumis à un régime réel d'imposition permettant de déduire l'ensemble de vos recettes et de vos dépenses.

La déclaration doit être dématérialisée.

L'imposition porte sur le bénéfice/déficit réalisé (recettes - dépenses).

Dans le cadre du régime Micro BNC, il suffit de porter le montant des recettes perçues dans la déclaration complémentaire de revenus (n°2042-C Pro) dans la partie intitulée « revenus non commerciaux professionnels / Régime micro BNC ».

Néanmoins, il est vivement recommandé de s'entourer d'un professionnel afin de vous guider au mieux.

PARCE QUE VOTRE TEMPS EST PRÉCIEUX À L'EXERCICE DE LA MÉDECINE... Déchargez-vous de vos obligations administratives avec MG 2035



Association de Gestion et de Comptabilité
Médecins Généralistes & Professionnels de santé

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 *cc*
Région Paris Ile-de-France

Ses missions :



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

Le contrat de début d'exercice

Il est accessible au médecin installé depuis moins d'un an ou remplaçant thésé depuis un an maximum, qui exerce dans une zone où l'offre de soins est insuffisante ou dans la limite de dix kilomètres au-delà de la zone sous dotée. Le contrat est conclu pour une durée de 3 ans non-renouvelable avec l'ARS.

Il ouvre droit à une rémunération complémentaire la première année pour laisser le temps au médecin de se constituer une clientèle ; un accompagnement

à la gestion administrative ; une protection sociale plus étendue.

Pour en bénéficier, le médecin signataire doit atteindre un seuil de rémunération minimale. 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.

Médecin généraliste : tableau présentant les seuils à atteindre et le montant garanti par le contrat

Temps de travail dans la zone couverte par le contrat	Médecin généraliste métropole		Médecin généraliste Outre-Mer	
	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 €



Glossaire

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



MG FORM

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