

Les dossiers du SNJMG

LE GUIDE DE L'INSTALLATION

Edition 2004-2005

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

7 bis rue Decrès 75014 PARIS - Tél. : 01 45 41 38 10 Fax : 01 45 41 72 93

site internet : www.snjmg.org - e-mail : info@snjmg.org

Le guide de l'installation est édité par le SNJMG

• **Directeur de publication :** Sandrine Buscaïl

• **Rédacteur en chef :** Sophie Rachou

• **Comité de rédaction de la première édition :** Pascale AUBIER, Dominique GRASLAND, Chung Kwan LAM, Liliane LAM, Claire LETILLOIS, Pierre MARTIN, François PELISSIER, Alexandre RAFALOVITCH, Laurence WITTKE

• **Comité de rédaction de l'édition 2002 :** Christophe SAINT PASTOU, Sophie RACHOU, Véronique BATARDY, Mathias Huitorel

• **Mise en page :** Olivier Gattolliat.

• **Comité de rédaction de l'édition 2004 :** Christophe SAINT PASTOU, Sophie RACHOU, Charlotte TOURMENTE

ISSN 1272-0593

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

7 bis rue Decrès 75014 PARIS - Tél. : 01 45 41 38 10 Fax : 01 45 41 72 93

site internet : www.snjmg.org - e-mail : info@snjmg.org

Toute reproduction est interdite sans l'accord du SNJMG

Remerciements

- Le SNJMG remercie Interfimo pour l'aide apportée à la réalisation de l'édition 2000.
- Le SNJMG remercie l'AFGA pour l'aide apportée à la réalisation de l'édition 2002
- Le SNJMG remercie la MACSF – Le Sou Médical pour l'aide apportée à la réalisation de l'édition 2004

Introduction

S'installer ?

Vous y pensez, ou bien vous l'avez déjà décidé, ou encore, une opportunité s'offre à vous.

S'installer, c'est franchir un pas, c'est s'engager dans la durée, financièrement et personnellement.

Mais ceux et celles qui se sont installés en témoignent : une fois l'angoisse du grand saut franchi, ils apprécient une vie plus stable et de construire un projet professionnel durable.

Et même si la médecine libérale commence à souffrir d'une désaffection, si cela vous passionne, n'hésitez pas ! les médecins généralistes du troisième millénaire ne seront pas ceux d'il y a 50, 30 et même 15 ans. A nous de contribuer à une médecine générale libérale de qualité, alliant disponibilité, compétence, humanisme et solidarité.

Aussi, sachez vous informer, voire vous engager dans la vie syndicale, ordinale ou la formation professionnelle.

Ce guide a été écrit par un collectif de jeunes médecins généralistes fraîchement installés, ou en cours d'installation, dans des lieux et circonstances différentes : en milieu semi-rural ou urbain, seul ou en association.

Comme dans les précédents guides, nous avons tenu à préserver notre indépendance, à faire part de nos expériences personnelles et de notre réflexion commune.

N'hésitez pas à nous faire part de vos critiques, qui nous permettront d'améliorer au fil des éditions la qualité de ce recueil.

Bonne lecture.



PREMIÈRE PARTIE

Démographie médicale : aujourd'hui et 20 ans plus tard...

CHOISIR SON INSTALLATION

**Démographie médicale :
aujourd'hui et 20 ans plus tard
Création, association ou reprise de clientèle**

Les solutions proposées à la vraisemblable pénurie de médecins à venir sont nombreuses, plus ou moins judicieuses, pas forcément applicables. Avant de donner une solution, encore faut-il cibler précisément le problème, prendre en compte tous les paramètres qui ont une influence puis ensuite, et seulement après cette analyse, choisir en connaissance de cause une attitude adéquate et efficace. Nous n'avons comme simple ambition que de jeter les bases d'un problème crucial, avant d'en analyser les moyens d'actions et leur impact réel sur la situation.

Principes de base de l'analyse actuelle et future : modèle de projection

Plusieurs facteurs jouent un rôle plus ou moins important sur la démographie médicale et surtout son évolution. Certains sont évidents et prévisibles, d'autres le sont moins. Pour éviter ces écueils, les études réalisées par le Conseil de l'Ordre, le Credes, la Dress (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques) ou encore le Ministère de la Santé ont opté pour la conjugaison de deux hypothèses, l'une centrale avec des paramètres restant inchangés au cours des vingt prochaines années, et l'autre regroupant des redressements en vue d'ajuster le modèle de projection choisi en fonction de la réalité. En pratique, l'hypothèse centrale se fonde sur un maintien du numerus clau-

sus à son niveau actuel soit 4 700, un nombre inchangé de postes à l'internat par discipline -1 843-, tout comme la part des femmes spécialistes et le comportement pour les retraites. Toutefois, certains facteurs sont soumis à des changements difficiles à prévoir : la mobilité à l'installation, le départ anticipé ou retardé à la retraite, l'allongement du troisième cycle en médecine générale, la féminisation et ses conséquences sur le choix des spécialités ou la manière d'exercer. Pour corriger cela, des redressements ont été effectués grâce à des simulations, globales pour les étudiants (évolution année après année jusqu'en 2020) et individuelles pour les médecins actifs. Ont été également projetés, à partir de données connues et anciennes (1992, 1995), les évolutions concernant la répartition généralistes-spécialistes, le secteur d'exercice libéral ou salarié, la retraite. En revanche, tout ce qui relève du ponctuel comme le MICA (mesure d'incitations à la retraite anticipée), la modification d'accès aux spécialités par les généralistes grâce à des commissions de qualification ou la mobilité professionnelle, n'a pas été modélisé. Ils sont sans doute sous-estimés et donc source de biais.

Les médecins en France en 2002-2004

En trente ans, le nombre de médecins a triplé, passant à 196 968 en 1999. La den-

sité médicale est ainsi passée de 206 pour 100 000 habitants, en 1979, à 327 en 99. Soit une croissance de 58%. Les années 80 et leur expansion formidable (+ 4,2% par an) ont fait suite aux années 90 et un net ralentissement (1,6% par an). Ceci s'explique par les choix politiques : la baisse du numerus clausus (50% entre 1971 et maintenant) a été efficace puisque cette croissance va se stabiliser pour voir ensuite l'effectif diminuer de manière inquiétante et plus ou moins rapide en fonction des décisions prises. Mais le problème n'est pas seulement quantitatif mais également qualitatif avec des disparités importantes au niveau des régions et des disciplines : la région PACA ou l'Île de France sont classiquement recherchées ; la gynécologie-obstétrique plutôt fuie. Les médecins se répartissent à parts égales entre généralistes (49%) et spécialistes (51%). Parmi les derniers, un peu plus de la moitié exerce une spécialité médicale, un quart chirurgicale, les autres font de la psychiatrie (13%), de la médecine du travail (5,6), de la biologie médicale (2,4) ou de la santé publique (1). En terme de secteur d'activité, on compte 57% de libéraux (libéraux et mixtes), 34% de salariés exclusifs, le reste ayant une autre activité. La féminisation s'est accrue, avec désormais 55,6 % de femmes pour les moins de 35 ans. La répercussion directe se fait sur le niveau d'activité qui est globalement estimé inférieur d'un tiers par rapport à leurs confrères masculins. De plus, depuis une dizaine d'années et à l'inverse de ce qui se passait jusque là, elles s'orientent désormais plus vers la médecine générale, remettant en cause le contenu de l'exer-

cice. En effet, le choix antérieur de spécialité reposait sur un temps et une disponibilité plus faciles à concilier avec une vie de famille.

Le vieillissement est un autre changement marquant, avec un âge moyen de 45,7 ans se traduisant par un rétrécissement net de la pyramide des âges des médecins. Il y a moins de médecins de moins de 40 ans que de plus de 50. La part des retraités va croissante... Ceci va entraîner des problèmes dans les spécialités aux gardes, astreintes et pénibilité supérieures à d'autres.

L'horizon 2020

Suivant le modèle expliqué ci-dessus, la modulation du numerus clausus au niveau régional a atténué de manière partielle les disparités d'implantation des médecins. Fortement réduit dans les régions les plus pourvues, et vice versa, il n'a pourtant pas solutionné ce problème. Il faut en effet compter un certain délai d'action avant d'évaluer les conséquences d'une modification du numerus. Ainsi est-ce dans vingt ans qu'on les constatera réellement. Ceci s'explique par la durée (sans cesse rallongée) des études médicales et l'inertie de la structure d'âge des médecins. Les médecins sortant des "grosses" promotions des années 80 laisseront un "trou" certain lors de leur départ à la retraite. Théoriquement, on se retrouvera à une densité identique à celle de 1985 soit 250 médecins pour 100 000 habitants (contre 330 en 1999). Les plus de 50 ans atteindront une proportion de 55%, le phénomène de vieillissement se poursuivant et s'ac-

centuant, à l'instar de la population générale.

De plus, et toujours dans la suite logique de ce qui se passe en ce moment, la féminisation se poursuivra et en ce qui concerne les différentes régions, les changements seraient importants : Languedoc-Roussillon et PACA parmi les régions les moins médicalisées et Nord-Pas de Calais et Franche Comté avec des densités très fortes ! Des régions médicalement denses comme le Limousin, l'Alsace, l'Île de France et le Midi-Pyrénées resteraient stables tout comme certaines régions peu médicalisées (Loire, Normandie, Centre, etc).

Les zones périurbaines et périurales seront les plus en difficulté, le reste étant bien équipé en matériel et hommes (hôpitaux, cabinets, maisons rurales,...) C'est réellement au niveau local qu'il sera le plus difficile de réussir l'adéquation de l'offre médicale à la demande. En conclusion, nous nous limitons à un simple constat de la démographie médicale à l'heure actuelle et des projections que l'on peut faire pour 2020, en suivant une modélisation bien précise et réfléchie. Elles gardent des limites et des restrictions mais donnent une idée à peu près fiable de ce que seront les problèmes du futur.

Création, association ou reprise de clientèle

Faire une étude de marché

Une des premières étapes préparatoires à l'installation est un travail de recherche documentaire et d'enquête sur place. Les informations recueillies vous permettront d'évaluer la viabilité de l'entreprise et de vous faire une idée des conditions de travail que vous pouvez attendre.

Première question : y a-t-il du travail pour vous ?

Dans certains endroits, un médecin est attendu et espéré par la population ; dans d'autres, les médecins en sur-nombre se font une concurrence agressive. Dans les villes et les banlieues, il existe des zones franches où une législation fiscale favorable vise à attirer des installations. Il vous faut pour répondre, vous procurer des données démographiques fiables.

Vous pouvez consulter les organismes publics

- **En mairie,** vous demanderez le plan d'occupation des sols qui renseigne sur les perspectives de développement par zone : mieux vaut un cabinet proche d'un lotissement ou d'une école.
- **La DDASS** a ses propres chiffres, ainsi que **la DRASS**.
- **L'INSEE** dispose de données très complètes sur la population, issues des recensements, avec l'âge et la profes-

sion des habitants. (mais c'est une solution coûteuse)

- **L'Ordre départemental** tient à jour la liste de tous les médecins et gère les litiges. Vous pourrez y prendre la température des relations entre médecins.
- **L'Ordre national** essaye de favoriser l'installation en zone rurale et publie des cartes de densité médicale sur son site Internet (<http://www.conseil-national.medecin.fr>). La densité médicale est le nombre de médecins par habitant. Une densité faible de généralistes est une assurance non seulement de revenus réguliers mais aussi d'un travail intéressant. Le médecin a une bonne image de marque et les patients ne l'appellent pas pour rien. La responsabilité est importante.

Sur deux autres sites vous pouvez trouver d'autres informations utiles pour votre installation :

- **La Documentation Française :** <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/>
- **Le CREDOC :** Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie <http://www.credoc.asso.fr/>

Vous pouvez aussi vous adresser aux organismes privés (INTERFIMO, MEDIASSURANCE, MEDIFORCE...)

Certains organismes de financement le font, en plus du prêt pour l'installation, en particulier Interfimo (<http://www.interfimo.fr/>). Cet organisme de financement, spécialisé pour les professions libérales édite un logiciel : DEMOSANTE. Les res-

ponsables d'Interfimo peuvent ainsi fournir aux jeunes médecins, en fonction de critères de lieu et d'exercice qu'ils demandent, une étude détaillée de leur installation.

Deuxième question : quelles conditions de travail ?

Une faible densité de spécialistes laisse espérer un éventail large de pathologies à prendre en charge. Faites particulièrement attention à la présence de pédiatres et de gynécologues, ces spécialistes qui pratiquent dans le champ de la médecine générale. Renseignez-vous sur l'environnement sanitaire. Comment est organisé le tour de garde ? Y a-t-il un SMUR ? A quelle distance est l'hôpital le plus proche ?

Choisir entre création, reprise, association

cas n° 1 : Vous créez un nouveau cabinet médical

Vous partez de zéro avec les charges à payer et l'angoisse que personne ne vienne. Ceux qui l'ont fait se souviennent de débuts difficiles : les charges peuvent rester supérieures aux recettes pendant des semaines ou des mois. La publicité étant interdite par le code de déontologie, il faudra compter sur la seule annonce légale autorisée par le conseil de l'ordre (quelques lignes dans les journaux locaux) et le bouche à oreille. Certaines visites de courtoisie sont indispensables : rendez visite aux médecins et pharmaciens, rencontrez le maire et ses adjoints, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale ; proposez-

vous comme élément du réseau sanitaire et social. Chacun des personnages de la vie publique doit connaître votre domaine de compétence et vous devez connaître le sien. N'en faites pas trop non plus. On attend de vous secret et discrétion. Si vous persévérez, la curiosité finira par attirer les habitants dans votre salle d'attente. Et ils y viendront de leur plein gré. La création d'un nouveau cabinet a l'avantage qu'une fois le rythme de croisière atteint, vous ne devez rien à personne. Chaque patient qui vient, vient pour vous et vous seul.

cas n° 2 : Vous reprenez le cabinet d'un médecin qui part.

En dehors de toute considération financière, la formule est honorable pour les deux parties. Un médecin part à la retraite avec dignité, l'esprit tranquille. Il n'abandonne pas ses patients mais les confie aux bons soins d'un jeune confrère qui a toutes les qualités requises. Il lui fait confiance et demande à ses patients d'en faire autant. Vrai ou pas, c'est en tout cas la formule consacrée par l'ordre que le médecin devra employer dans sa lettre de présentation. On sent toutefois l'hypocrisie fondamentale de la démarche. Rien ne prouve que la confiance se reportera, surtout si de l'argent est échangé. Mieux vaut essayer de voir quels éléments favoriseraient le passage du patient d'un médecin à l'autre et lesquels y font obstacle. Il est par exemple préférable d'être dans le même secteur tarifaire, du même sexe, d'avoir éventuellement le même exercice particulier (MEP). Cette présentation à la clientèle est une des clauses du contrat de succession. Le contrat, rédigé d'après un modèle

fourni par l'ordre, devra être discuté attentivement, ligne par ligne, et relu par un juriste.

- La clause de non réinstallation (non concurrence) : le médecin partant part vraiment et s'engage à ne pas exercer avant un délai donné et à l'intérieur d'un périmètre donné autour du cabinet.
- La mise à disposition des dossiers médicaux. Le fichier sera mis à votre disposition. On ne peut pas en dire plus vu l'imbricatio juridique de la question « à qui appartient le dossier médical ? »
- Le droit au bail (Il vous permet d'exercer dans les mêmes locaux)
- L'acquisition du matériel d'examen, des meubles...

cas n° 3 : Vous choisissez la médecine de groupe.

La position du SNJMG est qu'il s'agit d'une voie d'avenir. Les avantages de ce type d'exercice sont nombreux. Les frais partagés permettent d'avoir du personnel ou du matériel qu'un médecin isolé aurait du mal à se payer. L'organisation de la présence permet de travailler à temps partiel sans pénaliser le patient ; donc de prendre du temps pour la formation, l'activité associative ou les loisirs, et pour la vie de famille dans un métier qui se féminise. Le patient aussi y trouve avantage. Il y aura toujours un médecin dans le cabinet. Cela contribue à la continuité des soins et favorise le suivi en réseau ou en option référent.

Le principal inconvénient du groupe est la constante nécessité du consensus. Les relations entre associés peuvent toujours se dégrader et mettre le groupe en danger de dissolution. Il faut donc se réunir souvent, faire des mises au point régu-

lières, travailler à rédiger puis mettre à jour le contrat d'association. L'individualiste, celui qui ne se sent pas prêt à s'interroger sur ce qu'il attend des autres et sur ce que les autres attendent de lui, ne doit pas choisir ce mode d'exercice.

Deux cas de figure : former un groupe ou entrer dans un groupe

Le groupe constitué d'emblée

Plusieurs médecins dont l'âge et l'ancienneté sont proches, décident d'exercer ensemble. Ils ont échangé des idées sur la pratique médicale et ont fait le bilan des avantages et inconvénients d'un tel mode d'exercice. Souvent, une idéologie les rapproche comme l'activité associative ou syndicale. Ils ont rédigé un contrat qui précise ce qui sera mis en commun et ce qui restera de la responsabilité individuelle de chacun. Le loyer, le salaire de la secrétaire, le numéro de téléphone, les honoraires, l'achat du petit matériel, la tenue des dossiers médicaux. Selon le cas, ils choisiront une ou plusieurs formes juridiques : SCM (Société Civile de Moyens) pour la mise en commun des moyens, SCP (Société Civile Professionnelle) pour la pratique en commun, avec ou sans partage des honoraires, SCI (Société Civile Immobilière) pour les questions de propriété immobilière. Le contrat devra prévoir toutes les modalités de départ d'un membre, en vacances, en maladie, par décès ou pour mécontente.

Le groupe à constitution progressive

Au bout de quelques années d'exercice seul, un médecin débordé de travail fait appel à un deuxième médecin, puis un

troisième est recruté. Qu'il vienne remplacer un membre partant ou qu'il s'ajoute à l'effectif, le nouvel arrivé n'a pas l'initiative. De plus, il n'est pas à égalité parce qu'il aura pendant plusieurs années une activité inférieure à celle des autres. Si vous entrez dans une telle association de médecins déjà constituée, la négociation se rapproche de celle d'une reprise de clientèle. Il faudra éviter d'avoir des charges supérieures aux recettes et négocier les meilleures chances de vous faire connaître. Les autres membres du groupe peuvent favoriser votre démarrage : par la mise en commun du secrétariat, par la distribution équitable des jours de repos et de travail. On peut aussi prévoir la mise en commun du dossier, du numéro de téléphone. Exigez dans le contrat que votre nom apparaîtra rapidement sur les en-têtes d'ordonnance de tous les membres du groupe.

Le partage des charges peut se faire à parts égales ou proportionnellement à l'occupation des locaux. Il peut être avantageux de ne pas avoir trop à payer les charges des autres, surtout au début. A l'opposé, il ne faut pas que le calcul des parts de chacun soit trop compliqué. Un conseil : dans tous les cas, commencez par remplacer des médecins qui travaillent en groupe et faites-vous une idée de la place que vous pourriez prendre.

Il vous faut ensuite négocier un prix

(Nous ne parlerons pas ici du local professionnel qui fait l'objet d'un chapitre à part).

- Il est facile d'estimer les **objets matériels** dont la valeur devra être détaillée dans le contrat (un divan d'examen,

un tensiomètre, un bureau...). Vous payez le plein pour une reprise, une fraction en cas d'association.

- La valeur des **parts de société** à racheter est-elle correctement évaluée ? Un comptable ou un juriste peuvent vous aider. La charge du financement de la (des) société(s) devra être prise en compte : l'endettement éventuel, la taxe professionnelle et autres taxes.
- Pour les **éléments incorporels**, c'est plus difficile. Abandonnez l'idée d'acheter une clientèle. Les patients ne sont pas une marchandise et restent libres de choisir leur médecin. De plus les termes à employer sont réglementés. Un contrat mal rédigé peut être frappé de nullité. Il ne faut plus parler de « la clientèle » mais du « droit de présentation avec clause de non-réinstallation » ou, en cas d'association, de l'« indemnisation d'intégration ».

En termes pratiques, il s'agit d'estimer le prix à payer pour avoir une garantie d'activité.

Cette tendance tend à diminuer dans certaines régions en raison de la pénurie démographique. Il n'est plus rare de voir des annonces de cessions gratuites.

La coutume était de négocier le prix à partir d'une fraction d'annuité : la moitié du chiffre d'affaires (CA) d'une année pour une reprise, le quart pour une intégration. On tient compte aussi de l'évolution croissante ou décroissante sur les 3 dernières années. Ne croyez pas sur parole les chiffres annoncés ; exigez des documents comptables tels que le SNIR, « la 2035 » (déclaration fiscale des bénéficiaires non commerciaux individuels), la « 2036 » (déclaration fiscale des sociétés) des trois der-

nières années. Le médecin cédant peut avoir accru le taux de « retouche » de ses patients (nombre d'actes par patients et par an) au cours de la dernière année afin de majorer artificiellement le chiffre d'affaire.

Nous vous conseillons également de bien évaluer le poste « déplacements » (barème, en fonction des visites du SNIR) : s'il est surévalué, prévoir une sous-évaluation du CA. Au contraire, peut-être le médecin ne fait-il pas payer les IK (Indemnités Kilométriques) des patients les plus éloignés (situés dans le domaine des concurrents).

Le chiffre d'affaires du médecin cédant n'est qu'une estimation grossière du bénéfice attendu du médecin entrant. L'estimation mérite d'être affinée. Il faut réfléchir et discuter de chaque particularité. Les charges du médecin partant et celles du repreneur ne sont pas forcément les mêmes. Négociez donc à la baisse toutes les différences. Si un autre généraliste exerce dans la rue d'à côté ; il va certainement récupérer les patients qui le connaissent déjà : -20 %. Si votre prédécesseur prenait 25 e par consultation et vous n'avez droit qu'au secteur 1 : - 25 %. S'il avait une activité particulière complémentaire que vous ne pratiquez pas (acupuncture, mésothérapie...), vous devrez déduire les revenus correspondants. Gardez à l'esprit qu'en cas de reprise, la « perte de clientèle » est au minimum de 30 % la première année. Enfin sachez que les prix payés pour la reprise d'un cabinet baissent depuis plusieurs années et qu'il n'est pas rare de voir des annonces de cession gratuite. L'offre et la demande sont très différentes d'une région à l'autre. En résumé, il n'est légitime de payer que pour ce que vous allez acquérir : un

avantage à l'installation. Cet avantage s'estime en comparant ce que vous pouvez attendre de l'exercice aux conditions du contrat par rapport à la création d'un nouveau cabinet au même endroit. Dans le cas d'une indemnité d'intégration, il est coutume de prévoir une période probatoire. Cette période de durée définie contractuellement entre les associés et le nouvel arrivant (de 3 à 6 mois généralement), correspondant à un « temps d'essai » qui doit permettre aux associés et au nouvel arrivant de vérifier la viabilité de l'association. L'indemnité d'intégration peut être soit versée en intégralité à la fin de la période probatoire, soit versée en deux temps (une partie au début et une autre à la fin de la période). De toute façon, elle ne sera déclarée fiscalement qu'à la fin de la période probatoire : dans le cas où une partie de l'indemnité a été versée au début de la période probatoire, cette partie pourra être récupérée par l'ex-nouvel arrivant selon les modalités définies dans le contrat d'association provisoire établi pour la période probatoire.

Voici une liste non limitative des sept avantages les plus couramment rencontrés en matière de convention d'intégration, en échange du paiement d'une indemnité.

Présentation comme associé :

Le senior s'engage systématiquement à présenter le junior comme son nouvel associé auprès de sa propre clientèle. Cette présentation se fait généralement par courrier, adressé à tout ou partie de la clientèle du senior, courrier dans lequel le senior annonce la venue d'un associé et invite la clientèle à lui réserver le meilleur accueil et à lui porter la même confiance

qu'à lui-même. La présentation se fait également auprès des correspondants professionnels du senior, sous les formes les plus diverses : cela peut être un courrier, mais aussi une recommandation à une société professionnelle (en médecine thermique par exemple), une entrée dans les "circuits" d'une clinique, etc. Le senior peut partager un contrat préférentiel ou un contrat d'exercice privilégié qu'il possède dans une structure de soins : maison de retraite, maison de cure, clinique, etc.

Des remplacements assurés :

Le senior s'engage à prendre un certain nombre de jours de vacances, pendant lesquels il se fera "remplacer" par le junior, sans qu'il soit question de rétrocession d'honoraires entre les deux. Le junior est ainsi assuré de travailler à temps plein ces jours-là. Diminution du temps de travail du senior. Ce dernier s'engage à diminuer son temps de présence au cabinet. Il prend systématiquement par exemple un jour de repos supplémentaire dans la semaine, n'assure qu'une garde de week-end sur 4 par exemple, une astreinte de nuit sur 3, etc. L'objectif est de "faire travailler le junior" chaque fois que la clientèle se trouve captive. Le senior peut ne plus travailler passée une certaine heure dans la journée : à partir de 17 heures par exemple, tous les patients venant au cabinet seront systématiquement vus par le junior.

Fichier commun :

Le senior donne un libre accès à la totalité de son fichier et de ses dossiers médicaux. Et il peut être convenu, tout

en respectant le libre choix des patients, que certains patients soient en priorité aiguillés vers le junior.

Garantie de recettes annuelles Le senior s'engage à ce que le junior, du fait des dispositions précédentes, réalise un certain chiffre d'affaires dans l'année. Si le junior n'atteint pas ces objectifs, le senior rétrocèdera, à l'issue de la période, la différence entre le montant fixé initialement et celui réalisé.

Moyens matériels mis à disposition : Le senior met gracieusement à la disposition du junior son matériel et ses installations professionnelles. Attention toutefois, une telle pratique doit être particulièrement mesurée du fait de ses incidences fiscales. En effet, l'administration fiscale peut estimer que cette mise à disposition est passible de T.V.A., voire d'un droit au bail, etc. ! Avant de mettre en place un tel système, il est donc nécessaire de consulter un conseil compétent.

Participation réduite aux frais communs :

La participation du junior aux charges communes du cabinet régie par le contrat d'exercice en commun, les statuts de l'éventuelle société civile constituée entre les deux associés, le règlement intérieur du cabinet de groupe peuvent être réduits pendant une certaine période. Par exemple, le junior peut être soit exempté de toute charge pendant 6 mois, soit participer seulement à hauteur du tiers des charges pendant les 6 mois suivants, et ne prendre vraiment sa part qu'à partir d'un an. Il peut être décidé également que la participation du junior sera fonction de son chiffre d'affaires.



DEUXIÈME PARTIE

Formalités et démarches avant l'installation

PREPARER SON INSTALLATION

Formalités et démarches avant l'installation

Local professionnel

Listing du matériel

Financement de l'installation

Contrats – introduction sur les notions de SCM, SCP

Déontologie

Les assurances

N'oubliez pas de prévoir des fiches d'état civil (au moins 5), des photos d'identité. Il faut prévoir de nombreuses photocopies : de votre diplôme de doctorat, de quittance de loyer ou d'EDF, de justificatif de revenus, des dernières déclarations fiscales personnelles et du médecin cédant, éventuellement de la SCM (2036), et de la SCI (2072). Ces documents vous seront demandés pour les différentes démarches à effectuer, et notamment par les banques en vue d'obtenir le prêt.

Banque

Il est conseillé de commencer tôt à négocier des prêts, une fois que les besoins financiers ont été établis (cf. chapitre financement et assurances pour plus de détails). Il faut avoir signé un contrat de promesse de vente pour obtenir un prêt. Celui-ci ne sera débloqué qu'au bout d'une quinzaine de jours, et permettra de signer le contrat définitif de reprise ou association. Choisir si possible une banque locale, ce qui facilite les dépôts d'espèces et de chèques et plus pratique pour la communication avec son conseiller financier.

Conseil départemental de l'ordre des médecins

Si, en vous installant, vous ne changez pas de département, signalez quand

même votre changement de statut au conseil de l'ordre. Dans ce cas, vous garderez le même numéro d'inscription au conseil de l'ordre.

Si par contre vous vous installez dans un autre département, vous devez vous faire radier du conseil de l'ordre du département d'où vous venez, et vous réinscrire dans le nouveau département. Pour cela, il suffit d'en faire la demande écrite au conseil de l'ordre où vous êtes inscrit. Le délai de réinscription est d'environ une semaine (mais parfois beaucoup plus).

Cette démarche doit être effectuée tôt car il vous faut avoir votre numéro d'inscription à l'ordre des médecins pour pouvoir obtenir vos feuilles de sécurité sociale (et votre CPS), et également pouvoir faire imprimer vos ordonnances. Il faut prévoir un délai d'un mois environ pour obtenir les formulaires.

Il faudra aussi transmettre pour avis au conseil de l'ordre les contrats, avant et après leur signature.

Certains conseils de l'ordre demandent un CV.

Sous Préfecture et DDASS

Il est obligatoire de faire enregistrer l'original du diplôme à la Sous-préfecture (depuis 2004) et à la DDASS dans le mois suivant l'inscription au conseil départemental de l'ordre même si vous n'avez pas changé de département.

Local professionnel

Si vous vous installez à Paris ou dans un rayon de 50 km autour, ou bien dans une ville de plus de 10 000 habitants, il faut demander une autorisation préfectorale pour exercer dans un local dont l'usage n'était pas professionnel. Si vous reprenez une clientèle, il faut faire la demande à titre personnel, car cette autorisation n'est pas transmissible. Dans le cas d'un local professionnel situé dans un immeuble, veillez à vous procurer le règlement de copropriété afin de vérifier l'autorisation d'apposer une plaque à l'entrée de l'immeuble avant de signer un bail ou une promesse d'achat, l'accès au parking locatif, l'existence d'un digicode, les horaires d'ouverture... Sinon il faut obtenir la convocation d'une assemblée générale de copropriété.

CARMF

L'inscription est obligatoire, pour les médecins thésés payant une taxe professionnelle, dans le mois qui suit l'inscription au conseil de l'ordre. Si vous êtes déjà cotisant, il faut penser à leur faire un courrier pour signaler le changement d'adresse.

Sécurité sociale

Le conventionnement des médecins qui s'installent est désormais tacite, sauf refus du médecin, qu'il doit signifier lui-même.

L'inscription au régime des PAMC (praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés), qui est le régime de sécurité

sociale des médecins conventionnés, est obligatoire. Elle se fait par l'intermédiaire de l'URSSAF.

Il faut demander à la sécurité sociale des feuilles de soins préidentifiées, ainsi que des formulaires (arrêt de travail, cure thermique, bons de transport, feuilles d'ALD (sécurisées et non sécurisées), ordonnances pour médicaments d'exception, formulaires d'accident de travail). Les formulaires de déclaration de grossesse et les bons de décès sont fournis par la DDASS. Il faut demander par écrit la carte de professionnel de santé (CPS), ceci le plus tôt possible car il faut compter plusieurs mois avant de la recevoir !

URSSAF

L'inscription est obligatoire dans les huit jours suivant le début d'activité.

Si vous restez dans le même département, prévenez l'URSSAF de votre changement d'adresse professionnelle et de votre changement de situation. Vous obtiendrez un nouveau numéro SIRET.

Si vous changez de département, prévenez votre ancienne URSSAF qui transférera votre dossier dans le département où vous allez vous installer. Il est conseillé de prévenir simultanément la nouvelle URSSAF, car les délais de transfert de dossier sont parfois assez longs. Pour remplir les dossiers, il faut connaître le numéro SIRET du médecin dont vous allez reprendre la clientèle.

Services fiscaux

Votre changement d'adresse sera

signalé lorsque vous ferez votre déclaration d'impôt sur le revenu. En ce qui concerne la taxe professionnelle, il est conseillé de prendre contact avec l'inspecteur des contributions directes dont dépend le cabinet où vous vous installez.

Il est obligatoire de faire enregistrer les contrats signés (SCM, SCP, cession de clientèle ou droit de présentation) à l'hôtel des impôts. Le délai légal est d'un mois après la signature.

Assurances

Pensez à avertir votre assurance professionnelle de votre changement d'activité. Vérifiez aussi que le local professionnel est bien assuré. Pour la couverture personnelle, se reporter au chapitre sur les assurances.

Association de gestion agréée

L'inscription est facultative mais souvent conseillée. Il faut s'inscrire dans les 3 mois suivant le début d'activité ou avant le 1er avril de l'année.

Annonce de l'installation

cf. chapitre déontologie pour plus de détails (plaque professionnelle, annonces)

Télécommunications

N'oubliez pas de vous faire inscrire en rubrique professionnelle dans les pages jaunes et de demander à figurer sur une liste prioritaire de dépannage.

Introduction

Bien sûr, le choix d'une installation dépend de plusieurs facteurs :

- la situation géographique,
- l'environnement professionnel : présence de pharmacie(s), de profession(s) paramédicale(s), d'hôpital local ou général,
- les perspectives de développement économique : urbanisme, plan d'occupation des sols,
- les indices économiques de la région : création et fermeture d'entreprise, population active, taux de chômage,
- la démographie actuelle : indices de natalité, pyramide des âges.

Achat

L'achat de son local n'est sans doute pas la solution à recommander en début d'installation. Mais certaines situations pourraient obliger le jeune installé à le faire :

- manque de locaux à louer,
- reprise du cabinet d'un médecin souhaitant partir de la région,
- association avec d'autre(s) médecin(s) voulant créer un cabinet.

Il faut avoir à l'esprit qu'après plusieurs années d'installation ou lors d'une création de cabinet, et lorsque le choix est financièrement possible, il est préférable d'acheter les murs de son cabinet ; cela évite entre autres les problèmes de renouvellement de bail.

Plusieurs possibilités existent. Il faudra peser les avantages par rapport aux inconvénients des différentes formules.

Avant toute chose, il faut évaluer la faisabilité de l'opération :

- Quelles sont les charges : achat, droits d'enregistrement, frais d'agence et de notaire, charges de copropriété, frais d'entretien, taxe foncière.
- Quelles sont les capacités de remboursement : selon l'activité du cabinet, détermination du montant de l'emprunt.

En fonction des réponses, trois possibilités se présentent :

- intégration dans le patrimoine professionnel
- intégration dans le patrimoine privé
- création d'une société civile immobilière (SCI).

Patrimoine professionnel

Il est habituel d'intégrer le local professionnel dans le patrimoine professionnel afin de l'amortir. Cette formule permet de bénéficier d'avantages fiscaux en rapport avec cette acquisition :

- amortissement du local : habituellement entre 28 et 35 ans, au taux de 3,5 %,
- éventuels frais d'agence,
- frais de notaire et droits d'enregistrement au centre des impôts (taux réduit à 4,80 % avec une exonération sur les 22 867,35 premiers e) : environ 20 % du prix d'achat,
- intérêts d'emprunt déductibles,
- impôts en rapport à cette propriété,
- travaux d'entretien et d'aménagement.

Cependant, en cas de vente du local mais aussi en cas d'intégration dans le patrimoine privé (cessation d'activité, location au successeur ou à un associé), il faudra payer des plus-values professionnelles à

long terme : le taux actuel est de 16 %, auquel il faut ajouter les prélèvements sociaux. Pour échapper à ces plus-values, il faut avoir exercé plus de 5 ans et avoir réalisé un chiffre d'affaires inférieur à 53 357,16 e l'année de la cession et la précédente.

Patrimoine privé

L'avantage est que le local n'est pas soumis au régime des plus-values professionnelles. Le régime est celui des plus-values privées, permettant une exonération de plus-values au bout de 22 ans de détention.

L'inconvénient majeur est l'absence d'avantages fiscaux précédemment décrits, hormis les charges en rapport avec l'utilisation professionnelle (entretien, réparations locatives).

Société Civile Immobilière (SCI)

Créer une SCI constitue l'une des possibilités lors de l'acquisition d'un local à titre personnel.

En raison de l'importance de ce choix, un chapitre particulier est consacré plus loin à la SCI.

Règlement de copropriété

Etre propriétaire n'est pas banal ! Etre copropriétaire sans doute encore moins : il faut lire attentivement le règlement de copropriété, qui s'impose certes au locataire mais également au propriétaire. Certaines de ses clauses peuvent limiter l'exercice médical voire l'interdire. Il est donc tout à fait recommandé de :

- lire ce règlement préalablement à toute signature de promesse d'achat (ou de bail si vous êtes locataire),

- subordonner un emprunt bancaire à la possibilité d'exercice médical dans une copropriété.

Pour information, voici certaines clauses pouvant limiter ou interdire l'exercice médical :

- clause d'habitation exclusivement bourgeoise : l'exercice est interdit,
- clause énumérant les activités libérales autorisées et / ou en limitant le nombre.

Charges de copropriété

Ce sont les charges prévues par l'article 10 de la loi du 10/7/65 qui prévoit deux catégories :

- charges générales : charges relatives à la conservation, l'entretien et l'administration de l'immeuble, elles sont réparties entre les copropriétaires proportionnellement aux valeurs relatives des parties privatives ;
- charges spéciales : charges entraînées par les services collectifs et éléments d'équipement commun, réparties entre les copropriétaires proportionnellement aux valeurs relatives des parties privatives.

Transformation d'un local d'habitation en local professionnel

La tentation est évidemment grande de transformer une partie de son logement en local professionnel. Pour éviter que cette situation n'aboutisse à un « dépeuplement » de certaines villes, l'article 631-7 du code de la construction interdit le changement d'affectation d'un local d'habitation neuf ou ancien sauf autorisation. La réglementation s'applique à tous les locaux neufs ou anciens situés :

- à Paris et dans les communes situées dans un rayon de 50 kilomètres des anciennes fortifications (c'est-à-dire la banlieue parisienne),
- dans toutes les communes de 10 000 habitants ou plus,
- dans les municipalités qui ont adopté une telle disposition et après décision préfectorale.

L'autorisation administrative est obligatoire, que vous soyez propriétaire ou locataire, nécessitant pour ce dernier l'accord écrit de votre bailleur. Le préfet doit justifier sa décision, notamment de refus, en fonction de la pénurie ou de l'abondance de logements dans la localité ou le secteur considérés.

L'autorisation est accordée à titre personnel et non cessible. Elle n'est pas attachée au local. Elle cesse de produire effet lorsqu'il est mis fin à titre définitif, pour quelque raison que ce soit, à l'exercice professionnel (décès du titulaire de l'autorisation, réinstallation dans les locaux d'un confrère). Les délais d'attente peuvent être longs (jusqu'à trois mois) : c'est donc une des premières démarches à entreprendre dès que le choix de votre local est arrêté.

Le médecin qui exerce sans l'autorisation risque donc de se voir sanctionné à tout moment, même après plusieurs années d'activité. Sur le plan financier, l'amende infligée va de 152.45 à 22 867.35 euros. En outre, il peut être obligé de cesser son activité dans le local incriminé et de le rendre à l'habitation...

La transformation d'un local d'habitation en local professionnel implique souvent des travaux. Selon l'importance des travaux que vous allez effectuer, vous devez déposer soit un dossier de déclaration de travaux, soit une demande de permis de construire.

re. Tout déplacement (par exemple, la suppression ou la création de cloisons) nécessite l'obtention d'un permis de construire, après accord du propriétaire bien entendu. La demande doit en être déposée auprès de la mairie du lieu du local.

Société Civile Immobilière (SCI)

Elle peut être familiale ou professionnelle. Si des médecins décident de s'associer, mais il peut s'agir également d'autres professionnels de santé médecins ou non, il est intéressant de créer une SCI pour acheter un local que chacun des membres de la SCI n'aurait pu acheter seul. La SCI loue alors le local aux différents occupants individuellement ou regroupés au sein d'une SCM.

Coût

Les frais de constitution de la SCI, les frais d'achat (droits d'enregistrement, honoraires du notaire, commission d'agence, etc.) ne sont pas déductibles, mais le médecin peut déduire les loyers de ses impôts. L'investissement de départ est donc lourd. Il ne faut envisager cette solution que pour une opération à long terme.

Si le médecin cède ses parts de SCI, le principe de la plus-value privée s'applique. La plus-value est la différence entre le prix de cession et le prix d'acquisition. Le prix d'achat est réévalué en fonction de l'érosion monétaire. A partir de la troisième année est appliqué un abattement de 5 % par année de détention : le médecin ne paiera donc plus de plus-value à partir de la vingt-deuxième année de détention.

En prenant sa retraite, le médecin peut conserver ses parts de SCI et louer le cabinet à son successeur. Cela lui procure un complément de retraite et permet au successeur de ne pas avoir à rembourser un prêt immobilier.

NB : Il arrive que certaines SCI soient « fermées » aux nouveaux arrivants, ceci entraînant quelques avantages : pas de démarches réglementaires ou financières, pas d'implication du nouvel arrivant dans la gestion de la SCI ; mais aussi un inconvénient majeur : le nouvel arrivant n'a aucun droit de regard sur l'évolution du local et sur les loyers qui lui sont proposés.

Objet - fiscalité

La SCI a pour objet la gestion du local. Elle encaisse les loyers, paie les frais relatifs à l'entretien. Pour ces raisons, elle déclare ses revenus (déclaration n° 2072 à faire avant le 1er mars de chaque année) et peut bénéficier d'abattements :

- abattement forfaitaire égal à 14% des loyers annuels, correspondant aux frais d'assurance, de gestion, amortissement de l'achat,
- déduction des intérêts d'emprunt des loyers reçus,
- frais d'entretien et de réparation, de copropriété, de gérance, de gardiennage,
- taxe foncière et taxe additionnelle de droit au bail.

La SCI n'est pas imposée : seuls les associés le sont. Ainsi le résultat net obtenu est réparti entre les associés en fonction de leurs parts. Chacun le reporte sur sa déclaration personnelle (n° 2042) en tant que revenus fonciers.

La SCI est exonérée de TVA si elle loue des

locaux nus, à charge des associés ou de la SCM de les aménager.

Statuts - dépôt enregistrement - déclaration

Des statuts doivent être écrits, soit directement par les associés (acte sous seing privé), soit par un notaire en particulier s'il y a achat d'un immeuble (acte notarié). Il est vivement conseillé de faire appel à un juriste spécialisé.

Les statuts devront ensuite être enregistrés dans un délai d'un mois à la recette des impôts.

Elle doit également faire l'objet d'une publicité : dépôt des statuts, immatriculation au registre du commerce et des sociétés auprès du greffe du tribunal du commerce, insertion dans le bulletin officiel des annonces civiles et commerciales, publication d'un avis dans un journal d'annonces légales dans le département du siège social. La SCI devient alors une personnalité morale, entité distincte des membres qui la composent et peut en tant que telle acheter des locaux et percevoir des loyers.

Son existence doit enfin être déclarée au centre des impôts du lieu du siège social, puisqu'une déclaration de revenus doit être faite chaque année.

Certaines mentions sont obligatoires :

- les apports des associés, qui constituent le capital social et figurent dans les statuts au regard de chacun avec le nombre de parts correspondant : apports en numéraire (en espèces), apports en nature (par ex. l'immeuble possédé par un associé qui souhaite l'apporter à la SCI)
- le capital social qui constate les apports : « SCI au capital de X euro »,

- la forme de la société,
- son objet, qui doit toujours être licite et surtout ne jamais faire référence à un avantage fiscal qui encourrait les foudres de l'Administration ; ses qualifications générales sont courantes, par exemple « l'acquisition, la possession, l'administration, l'exploitation de l'immeuble »,
- la dénomination sociale, qui consiste le plus souvent à reprendre l'adresse, précédée de la mention « SCI »,
- le siège social, c'est-à-dire l'adresse de la société ou, dans l'attente de l'obtention de la personnalité morale, celle du gérant ou d'un associé,
- la durée de la SCI, est en principe fixée au maximum, soit 99 ans.

Elles doivent en outre préciser le mode de fonctionnement de la SCI :

- les conditions de nomination, de révocation et les pouvoirs du gérant, représentant de la société, notamment les limites dans lesquelles il peut engager la société (par ex. la capacité ou non à disposer de certains biens, tant à l'extérieur vis-à-vis des tiers, qu'à l'intérieur vis-à-vis des associés)
- les règles applicables aux décisions collectives (convocation de l'assemblée générale, ordinaire ou extraordinaire, règles de quorum, majorité, unanimité),
- les conditions de cession de parts, de retrait d'un associé.

Bail

Même si ce sont les mêmes médecins qui constituent aussi bien la SCI que la SCM, il est recommandé de signer un bail avec les locataires. Rappelons qu'il est nécessaire que la SCI loue des locaux nus afin

qu'elle ne paie pas de TVA.

Le loyer doit être correctement établi : ni supérieur ni inférieur au prix moyen du mètre carré professionnel du secteur ; une agence immobilière peut donner ce type de renseignement. Sinon, l'administration fiscale pourrait remettre en cause les avantages consentis à la SCI et redresser les médecins membres de la SCI.

Les loyers versés par le médecin sont déductibles des revenus professionnels, tout comme les charges courantes.

Location

C'est la solution la plus simple et la moins onéreuse pour celui qui s'installe (reprise ou création). Mais il s'agit d'une solution provisoire et aléatoire : non renouvellement du bail, augmentation de loyer, vente du local.

Dès que cela sera possible, il faudra assurer une pérennité à l'exercice en achetant son local ou en créant une SCI.

Il existe différents baux : professionnel ou mixte (local destiné à la profession et à l'habitation).

Les frais de location

- les frais d'agence (conclusion du bail, établissement de l'état des lieux), en principe partagés pour moitié entre propriétaire et locataire ;
- le dépôt de garantie (de deux à six mois de loyer, selon les cas) ;
- le droit de bail et les charges locatives, intégralement déductibles dans le cadre d'un usage professionnel ;
- les frais d'agencement et de première installation, déductibles immédiatement ou amortissables suivant les cas.

Les différents baux

Bail professionnel : usage exclusivement professionnel

Les locaux à usage strictement professionnel sont régis par la loi 89-462 du 6/7/89 (loi Mermaz relative à l'habitat) modifiant la loi du 23/12/86, elle-même modifiée par la loi 94-624 du 21/7/94. Certaines dispositions sont impératives mais elles ne sont pas nombreuses : il faudra absolument prévoir d'autres clauses. Les deux dispositions obligatoires sont les suivantes :

- le bail est obligatoirement écrit, sous forme authentique (par un notaire) ou sous seing privé (écrit et signé par les parties, sans l'intervention d'un notaire)
- il ne peut être conclu pour une durée inférieure à six ans ; il est renouvelable par tacite reconduction pour une durée identique sauf dénonciation du propriétaire avec un préavis de six mois ; le locataire a la faculté de résilier son bail à la fin de chaque période triennale avec un préavis de six mois.

Le renouvellement n'est pas obligatoire : le propriétaire n'a pas à se justifier. Si vous voulez rester, il peut vous imposer de nouvelles conditions, portant aussi bien sur le loyer que sur les charges. Vous n'avez que six mois pour vous « retourner » : chercher un nouveau local, prévenir vos patients. Autant prévoir, si possible, une durée plus longue, neuf ans ou plus, afin de bien fidéliser la clientèle ; elle vous suivra d'autant plus facilement si vous êtes amenés à changer d'adresse.

Les clauses à négocier sont nombreuses:

- durée du bail et son renouvellement,
- montant du loyer et limitation de l'aug-

- mentation du loyer au moment du renouvellement du bail,
- charges, entretien et réparations,
- possibilité d'apposer une plaque professionnelle, aussi bien à l'installation qu'en cas de déménagement,
- interdiction de louer à un autre médecin dans le même immeuble,
- interdiction pour le propriétaire de relouer à un autre médecin de même discipline au départ du locataire, au moins pendant une certaine durée,
- cessibilité du bail,
- possibilité d'avoir un droit de préemption en cas de vente du local.

Bail mixte : usage professionnel et d'habitation

Cette solution a ses avantages et ses inconvénients...

Les avantages sont les suivants :

- un loyer souvent moins onéreux que celui d'un local exclusivement professionnel, car étroitement réglementé,
- la possibilité de s'installer dans un quartier dans lequel il n'aurait pas obtenu d'autorisation administrative de création,
- la fidélisation d'une clientèle pour un médecin qui reprend un cabinet.

Mais les inconvénients ne sont pas négligeables :

- cela pose des problèmes de cession du local,
- vous pouvez vous faire plus souvent déranger en dehors des heures d'ouverture du cabinet...

La protection du locataire est plus importante que dans le cadre des baux professionnels. Les dispositions des baux

mixtes sont également soumises à la loi Mermaz :

- la durée du bail varie selon le propriétaire (trois ans s'il s'agit d'une personne physique ou d'une société civile à caractère familiale, six ans pour une personne morale - banque, compagnie d'assurance)
- le prix du loyer n'est pas libre ; il est obligatoirement établi par référence aux loyers du voisinage pour des locaux comparables ; les charges qui l'accompagnent sont déterminées par le décret 87-713 du 26/8/87 ; la révision est indexée sur l'indice INSEE du coût de la construction ; depuis le 1er/1/95, son augmentation annuelle est basée sur la variation moyenne des quatre trimestres de l'indice ; ce nouveau mode de calcul s'impose à tous les baux en cours
- le renouvellement est de droit au terme du bail ; le propriétaire ne peut donner congé que pour un motif légitime et sérieux (vente ou reprise pour y habiter) ; le préavis est de six mois ; si le bail est renouvelé par tacite reconduction, par non dénonciation dans les délais ou par offre expresse du bailleur, la durée est identique à celle du bail initial (trois ou six ans)
- la réévaluation du prix du loyer n'est pas autorisée sauf s'il est manifestement sous-évalué ; auquel cas le bailleur est tenu de fournir les justificatifs et la hausse s'appliquerait par tiers ou par sixième
- le local doit être occupé en « bon père de famille » et conformément aux dispositions du bail ; le locataire doit payer son loyer et ses charges telles que prévus par le décret du 26/8/87 ; s'il souhaite dénoncer le bail, son préavis est limité à trois mois.

Charges locatives

La situation est différente qu'il s'agisse d'un local mixte ou d'un local professionnel :

- dans un bail professionnel, les charges récupérables sur le locataire sont celles figurant dans le contrat de bail ; le locataire est censé a priori avoir donné son consentement éclairé et averti. Ainsi, un locataire peut se retrouver face à des charges liées à l'activité professionnelle : frais d'ascenseur, d'entretien de l'escalier, des couloirs, de l'entrée, de toutes les parties communes, des lieux de passage (réparation de l'interphone, du portail électronique, de la porte d'entrée). Certaines charges relèvent parfois de celles du propriétaire : remplacement de la chaudière, l'obligation de supporter des réparations (des grosses réparations comme la toiture, les canalisations, etc.) ou l'engagement de régler les impôts normalement dus par le propriétaire (taxe foncière, etc.) ;
- dans le bail mixte, ces charges sont énumérées dans le décret du 26/8/87. Autant y faire référence pour éviter toutes situations conflictuelles...

Il est donc essentiel de faire lire son contrat de bail par un professionnel averti !

Charges récupérables

Elles figurent dans l'annexe du décret 87-713 du 26/8/87.

Elles concernent :

- ascenseurs et monte-charge : dépenses d'électricité ; dépenses d'exploitation, d'entretien courant, de menues réparations,
- eau froide, eau chaude et chauffage col-

lectif des locaux privatifs et des parties communes,

- installations individuelles de chauffage et production d'eau chaude, distribution d'eau dans les parties privatives : dépenses d'alimentation commune de combustible, exploitation et entretien courant, menues réparations,
- parties communes intérieures au bâtiment ou à l'ensemble des bâtiments d'exploitation,
- espaces extérieurs au bâtiment ou à l'ensemble de bâtiments d'habitation (voies de circulation, aires de stationnement, abords et espaces verts, aires et équipements de jeux),
- hygiène : dépenses de fournitures consommables, exploitation et entretien courant, élimination des rejets,
- équipements divers du bâtiment ou de l'ensemble de bâtiments d'habitation,
- impositions et redevances.

Réparations locatives

Elles figurent dans l'annexe du décret 87-712 du 26/8/87 (et non 87-713 !).

Elles concernent :

- les parties extérieures dont le locataire a l'usage exclusif : jardins privatifs ; auvents, terrasses et marquises ; descentes d'eaux pluviales, chéneaux et gouttières,
- les ouvertures intérieures et extérieures : sections ouvrantes telles portes et fenêtres ; vitrages ; dispositifs d'occultation de la lumière tels que stores et jalousies ; serrures et verrous de sécurité ; grilles,
- les parties intérieures : plafonds, murs intérieurs et cloisons ; parquets, moquettes et autres revêtements de sol ; placards et menuiseries tels que plinthes, baguettes et moulures,
- les installations de plomberie : canalisations

tions d'eau ; de gaz ; fosses septiques, puisards et fosses d'aisance ; chauffage, production d'eau chaude et robinetterie ; éviers et appareils sanitaires,

- les équipements d'installation d'électricité,
- les autres équipements mentionnés au contrat de location : entretien courant et menues réparations d'appareils ; menues réparations nécessitées par la dépose des bourrelets ; graissage et remplacement des joints des vidoirs ; ramonage des conduits d'évacuation des fumées et des gaz et conduits de ventilation.

Voisinage

Ce chapitre est consacré aux dispositions pouvant restreindre l'installation d'un médecin dans une zone géographique déterminée, dans un immeuble ou dans une copropriété.

Plaque professionnelle

Rien de plus normal que d'apposer une plaque à l'entrée de son cabinet ! Encore faut-il respecter certaines réglementations ou penser à certaines limitations et autorisations...

En particulier, un règlement de copropriété peut en restreindre l'apposition. Il faut vérifier que le règlement autorise ou interdit une telle plaque. En l'absence de texte, c'est à l'assemblée générale des copropriétaires convoquée par le propriétaire (à la demande du locataire, en général) d'en décider : attention aux délais nécessaires pour réunir une telle assemblée !

Dans l'attente d'une réponse à ce sujet, nous conseillons au locataire de réserver la signature définitive du bail au résultat, et au futur acquéreur de ne signer sa pro-

messe d'achat que sous réserve de l'autorisation.

La dimension de la plaque ne doit pas excéder 25 cm sur 30 cm. L'article 81 du code de déontologie précise également les indications pouvant y figurer : « Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie, diplômes, titres et qualifications reconnus conformément aux 4 et 5 de l'article 79.

Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet ; lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1 de l'article L. 356-2 du Code de la santé publique, il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine. »

Accès au local

Le cabinet peut être de plein-pied ou en étage (avec ou sans ascenseur). Dans la mesure du possible, il est préférable de ne pas sélectionner ses patients en raison de leur(s) pathologie(s) ou handicap(s) : un artéritique appréciera un ascenseur, une personne en fauteuil roulant une rampe d'accès !

Si vous êtes amené à faire des travaux nécessitant un permis de construire, il sera

obligatoire de mettre les locaux en conformité : accès pour handicapé, toilettes permettant l'accès aux handicapés.

Vous pouvez restreindre l'accès au local situé dans un immeuble par un digicode couplé à un interphone ; cela suppose alors que la porte soit fermée en permanence. Il faudra néanmoins prévoir une ouverture aux heures de consultations, et surtout avoir l'accord des copropriétaires pour installer le dispositif.

Vous pouvez également installer des serrures électroniques, programmables en fonction de vos jours et heures de consultation. Des systèmes permettent ainsi deux à trois programmations horaires quotidiennes (si vous avez consultation matin et après-midi), un blocage de la serrure pendant une période donnée (si vous partez en vacances), une ouverture manuelle à distance de la porte (en dehors des plages horaires d'ouverture programmées).

Parking

Une bonne accessibilité au cabinet constitue un atout évident. S'il est possible de créer des emplacements de parking devant votre cabinet, autant le faire, au moins pour votre véhicule ! Cela dépend de la réglementation locale, renseignez-vous à la mairie.

Si vous êtes copropriétaire dans un immeuble disposant d'un parking privatif, vous aurez besoin de l'accord de l'assemblée générale pour que vos patients puissent eux aussi utiliser le parking. Si l'assemblée générale décide l'implantation d'un système restreignant l'accès à ce parking, vous ne pouvez vous y opposer (sauf si vous emportez la majorité à cette assemblée générale !).

Code de déontologie

Trois articles du code de déontologie font référence au local professionnel :

article 85 : implantation d'un cabinet secondaire

« Un médecin ne doit avoir, en principe, qu'un seul cabinet »

Il y a cabinet secondaire lorsqu'un médecin reçoit en consultation de façon régulière ou habituelle des patients dans un lieu différent du cabinet principal ; la création ou le maintien d'un cabinet secondaire, sous quelque forme que ce soit, n'est possible qu'avec l'autorisation du conseil départemental de l'ordre intéressé. Cette autorisation doit être accordée si l'éloignement d'un médecin de même discipline est préjudiciable aux malades, et sous réserve que la réponse aux urgences, la qualité et la continuité des soins soient assurées. L'autorisation est donnée à titre personnel et n'est pas cessible.

Elle est limitée à trois années et ne peut être renouvelée qu'après une nouvelle demande soumise à l'appréciation du conseil départemental.

L'autorisation est révoquée à tout moment et doit être retirée lorsque l'installation d'un médecin de même discipline est de nature à satisfaire les besoins des malades.

En aucun cas, un médecin ne peut avoir plus d'un cabinet secondaire.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application, par les sociétés civiles professionnelles de médecins et leurs membres, de l'article 50 du décret 77-636 du 14/6/77 et par les sociétés d'exercice libéral, de l'article 14 du décret 94-680 du 3/8/94.

Les interventions ou investigations pratiquées pour des raisons de sécurité dans

un environnement médical adapté ou nécessitant l'utilisation d'un équipement matériel lourd soumis à autorisation ne constituent pas une activité en cabinet secondaire. »

article 86 : exercice dans un cabinet à proximité d'un confrère que l'on a remplacé plus de 3 mois, de façon continue ou non

« Un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse rentrer en concurrence directe avec le médecin remplacé et avec les médecins qui, le cas échéant, exercent en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental. A défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'accord du conseil départemental de l'Ordre. »

Ainsi, lors de la signature d'un contrat de remplacement, est-il indiqué de préciser le champ de cette interdiction : commune du lieu d'implantation du cabinet et communes avoisinantes, ou canton dans lequel se situe la commune d'implantation du cabinet.

article 90 : implantation d'un cabinet dans un immeuble où exerce un confrère de même discipline

« Un médecin ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un confrère de même discipline sans l'accord de celui-ci ou sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public. »

Listing du matériel

Introduction

Selon que l'on installe en ville ou en campagne, seul ou en association, que l'on réalise une création de cabinet ou que l'on effectue une reprise de « clientèle », le matériel médical peut fortement varier. Il reste tout de même une liste d'objets indispensables à une bonne pratique médicale.

Ensuite, outre les facteurs cités plus haut, chacun choisit selon un budget, et bien sûr en fonction de ses goûts et de ses priorités.

Par exemple même en ville, un passionné de cardiologie acquerra un appareil à ECG. Le bouche à oreille se faisant, il attirera des patients cardiaques. On se forge une clientèle selon sa personnalité et ses préférences médicales.

En tout cas, avant chaque achat, il faut réfléchir et comparer.

Le matériel de base

Les prix indiqués sont toutes taxes comprises (TTC)

Dans la salle d'examen

Matériel « lourd »

- 1) un lit d'examen : de 1 275 e à 5 129 e selon qu'il est tout simple (mais avec étrières), ergonomique ou motorisé.
N.B : Un simple lit avec un matelas peut faire l'affaire (cf. le roman « la Maladie de Sachs » de Martin Winckler)
- 2) Un marchepied : de 54 e à 130 e

- 3) Deux toises :
 - enfant : 63 e en bois (à préférer à l'aluminium moins solide a priori)
 - adulte : 23 e pour la « microtoise » à 119 e pour la toise modèle « conseil de révision ».
- 4) Deux balances :
 - enfant soit mécanique à 336 e , soit électrique de 770 e à 1 585 e
 - adulte : de 108 e
- 5) Un négatoscope de 294 e à 602 e selon le format
- 6) Deux échelles optométriques :
 - enfants et adultes à 28 e et 25 e respectivement.
- 7) Une lampe sur pied : de 252 e à 853 e
N.B : une lampe frontale VTT ou spécialo avec un élastique autour la tête pourrait faire l'affaire
- 8) Un tabouret pivotant : 152.45 e
- 9) Matériel de stérilisation : Les nouvelles normes de stérilisation font que les sets à usage unique deviennent plus sûrs et pratiques et de plus les nouvelles cotations pour les sutures au cabinet ne sont applicables que si on utilise un set à usage unique.
- 10) Meuble de rangement de 230 e à 1 200 e pour un guéridon selon qu'il soit roulant ou fixe, avec tiroir ou non.
- 11) Poubelles :
 - pour les déchets non médicaux
 - pour les déchets médicaux non souillés (préférer l'aluminium au plastique, moins cher mais moins solide)
 - pour les déchets médicaux souillés et pour le matériel tranchant en particulier : voir le chapitre concernant les déchets médicaux

Matériel « léger »

- 1) Un thermomètre : de 6.10 e à 107 e selon qu'il soit électrique ou à infra rouge.
A propos de la température corporelle, voir le hors série de la revue « Prescrire » n°190 (1998) où sont comparées les prises de température rectales, buccale, frontales, axillaires et auriculaires. La conclusion est que c'est la température rectale qui se rapproche plus de la réalité, puis la buccale puis l'auriculaire. Les températures axillaires et frontales ne sont pas fiables.
- 2) Un mètre ruban : 1.52 e à 3 e en grandes surfaces
- 3) Un stéthoscope : de 18 e à 285 e pour les stéthoscopes à séparation
- 4) Un tensiomètre :
 - mural : 103 e (le plus fiables selon l'OMS, mais la configuration de la pièce d'examen n'est pas toujours adaptée pour bien le placer)
 - brassards : de 64 e à 265 e avec, pour les plus chers, un kit « nourrissons /enfants /adultes /obèses » (cf. n°146 de la revue « Prescrire » à propos de la prise de la Pression Artérielle)
- 5) Un débitmètre de pointe (Peak flow) : de 31 e à 675 e lorsqu'il est électrique Pour ceux qui reçoivent les laboratoires, ils peuvent s'en procurer par ce biais. C'est alors gratuit.
- 6) Un marteau à réflexes : de 6.50 e
- 7) Des spéculums gynécologiques :
 - jetables : 0.99 e l'un. Il existe 3 tailles, ils sont vendus par lots. C'est a priori l'avenir puisqu'ils sont à usage unique.
 - de Cusco ou de Collin, en métal : 28 e l'un. Il faut posséder plusieurs tailles dont un spéculum dit de vierge.

- 8) Des anosopes à usage unique : 1.52 e l'unité. Ils sont vendus par lot.
- 9) Un doppler pour les bruits du cœur fœtal : 600 e (+/- écho-doppler des membres inférieurs)
- 10) Diapason : 51.83 e : intéressant pour les surdités et pour les neuropathies.
- 11) Un fil à plomb pour les scolioses
- 12) Otoscope 79 e à 483 e

Matériel pour gestes médicaux

- 1) Garrot : de 0.89 e à 9.30 e
- 2) seringues :
 - a- 2, 5, 10 et 20 ml, de 3.70 e à 22 e les 100 selon la taille
 - b- Aiguilles intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées : 2 à 3 e chaque boîte de 100
 - c- seringues avec aiguilles montées, à insuline : 25.76 e les 100
- 3) Matériel de petite chirurgie
 - une boîte à instruments :
 - * soit en aluminium : 11.20 e
 - * soit en inox : 19 e
 - une cupule : 3.05 e à 10.67 e selon le format
 - un haricot : 6 e
 - un plateau : 6.20 e
 - une pince à disséquer : 4.57 e
 - une pince Kocher : 8.35 e
 - un porte-aiguille : 7.40 e
 - une paire de ciseaux droits : 7.62 e
 - une paire de ciseaux coudés : 7.62 e
 - un manche à bistouri + lames stériles adaptées : 18.29 e les 100
 - une sonde cannelée : 2.29 e
 - kits de petite chirurgie à usage unique : 2.56 e (Indispensable pour pouvoir appliquer les nouvelles cotations pour les sutures)
 - filapeau 2.55 e

- 4) Pissettes à alcool : de 5 e selon les modèles
- 5) Abaisse-langue :
 - adultes : 1 e la boîte de 100
 - enfants : 4.30 e la boîte
- 6) Doigtiers à un ou deux doigts (pour respectivement touchers rectaux et touchers vaginaux)
 - non stériles : 1.37 e les 100
 - stériles : 3.96 e les 100
- 7) Gants
 - non stériles : 7.62 e les 100
 - stériles : 15.24 e à 41.92 e les 50
- 8) Bandelettes réactives urinaires de type « Multistix » 27.44 e pour 50 - surtout ne pas les acheter en pharmacie où elles sont nettement plus onéreuses.
 - la qualité première des bandelettes est une grande sensibilité car elles servent à dépister et non à quantifier ni à identifier. D'où la possibilité de quelques faux positifs (réf. Concours Médical du 14/03/92 n° 114-09)
- 9) Pansements
- 10) Sparadraps
- 11) Compresses stériles et non stériles
- 12) Coton
- 13) Un « énama » : 13.42 e, pour lavages d'oreilles, ou tout simplement une tige filtrée porte-coton
N.B : Ne pas oublier de dévisser l'extrémité de certains modèles car la grosse extrémité sert aux lavements rectaux !
- 14) Rasoirs jetables
- 15) Draps d'examen : de 2.74 e à 13.42 e le rouleau selon qu'il soit plastifié ou non. Il faut au minimum 40 g / m
- 16) Matériel à glycémie capillaire. Un laboratoire tel que Life Sense propose aux professionnels de santé

des appareils à glycémies capillaires pour 30.49 e à 45.73 e.

Dans le bureau

- 1) Un bureau : prix très variable
 - 2) Un fauteuil pour soi ergonomique (on y passe un temps certain)
 - 3) Deux chaises ou fauteuils pour les patients
 - 4) Des étagères et meubles de rangement (des dossiers, des livres, des intitulés)
- Le prix moyen global du mobilier ci-dessus cité peut être estimé à environ 1 500 e
- 5) Ordinateur : PC ou Mac avec lecteur de CD Rom (+/- 1 500 e), un logiciel de gestion du fichier patients et de la comptabilité (cf chapitre informatique). A cela il faut ajouter une imprimante Laser noir et blanc (70 e) plus économique et plus rapide que celles à jet d'encre surtout si vous voulez imprimer vos ordonnances. Un lecteur de carte vitale (304.90 e pour faire des feuilles de soins électroniques (FSE), un modem (121.96 e) pour télétransmettre vos FSE et vous connecter à internet. Un scanner (76.22 e) peut être utile si vous voulez conserver les lettres de vos confrères dans le dossier des patients.
 - 6) Papeterie
 - 7) Tampons à son nom (auto-encreur, c'est plus pratique) et stylo tampon pour les visites : 15 e
 - 8) Cartes de visites (mais attention de ne pas les distribuer à l'aveugle : l'Ordre des médecins y veille : cf. le chapitre correspondant)
 - 9) Imprimés de la sécurité sociale. Ils sont à commander à cet organisme car ils

ne sont pas livrés automatiquement lors de l'installation (cf. le chapitre « les démarches administratives »)

- 10) Livres médicaux :
 - pour soi : en particulier le dictionnaire des médicaments « Vidal », envoyé gratuitement à la demande du médecin (adresse : éditions du Vidal, 33 avenue Wagram, 75854 Paris cedex 17) et bien sûr la revue Prescrire à commander par l'intermédiaire du SNJMG !
 - pour les patients : il est, en effet, intéressant de prêter des documents didactiques sur des sujets intéressants, ou encore de donner des brochures dans le même but (petite enfance, adolescence, diététique...)
- 11) Un coin enfants semble indispensable. Qu'il soit simple (caisse à jeux) ou espace à part entière du bureau. Les jouets doivent intéresser différents âges et doivent être lavables à l'eau de javel (gare aux peluches, nids d'allergènes)
Ces jouets permettent de faire patienter les bambins bien sûr, mais ils servent également de repères pour les plus jeunes : « ici, je retrouve Monsieur Patate, donc je suis chez le médecin, il va m'examiner »

Entre le bureau et la salle d'attente

Le bureau étant un lieu qui doit être « intime », si la salle d'attente le jouxte, il faut veiller à ce qu'aucun bruit ne filtre entre ces deux pièces. L'isolation phonique est primordiale (cloisons spéciales, double porte).
Si malgré tout elle n'est pas parfaite, un fond musical sera le bienvenu. Mais alors, le signaler à la SACEM.

Dans la salle d'attente

- Une table pour poser les revues
 - Des chaises (confortables, solides et lavables)
 - Un coin enfant, là encore (cf. plus haut)
 - Des revues pour adultes, enfants, diverses et variées, récentes donc renouvelées régulièrement. Le programme Télé de la semaine, le journal du jour, c'est le nec plus ultra.
N.B : il existe des tarifs promotionnels pour les revues de salles d'attente (par exemple Milan Presse, adresse : B.P 82 ; 31150 Fenouillet)
 - Des dépliants concernant la santé peuvent être mis à disposition. Une société (SARL France Médi Service : 03.44.62.65.65) met en place et renouvelle très régulièrement et gratuitement ce genre de dépliants (souvent financés par l'industrie pharmaceutique ou autre) seulement dans les villes de plus de 80 000 habitants.
 - Ne pas oublier, car c'est obligatoire, d'afficher le secteur (conventionné I ou II, hors convention) ainsi que les différents tarifs et les numéros d'appel pour les urgences (cf. chapitre « déontologie »)
- Au total, la salle d'attente se doit d'être agréable, on y passe parfois beaucoup de temps. Le choix des couleurs de la pièce, des meubles, ne se fait pas au hasard. Les plantes naturelles sont certes très ornementales, mais gare à leur toxicité, les enfants pouvant être tentés de « goûter » les feuilles !

La réserve

La papeterie en général

- papiers, stylos, gommés...

le matériel médical

- ordonnances : simples, doubles, type A.L.D, sécurisées et non sécurisées
- les différents intitulés de la sécurité sociale : cf. le chapitre « les démarches administratives »
- les rouleaux d'examen (attention à l'achat lors d'un démarchage téléphonique. Ne pas donner de réponse trop hâtive, il faut savoir comparer avec les catalogues de matériel médical)
- les outils médicaux : seringues, aiguilles, pansements... (cf. chapitre précédent)
- les médicaments urgents dont les injectables (cf. « guide du remplaçant » du SNJMG) et les médicaments d'appoint, afin de dépanner les personnes qui consultent alors que la pharmacie est fermée
N.B : vous pouvez écrire aux différents laboratoires pharmaceutiques puisqu'il est possible d'obtenir en toute légalité jusqu'à dix boîtes par an, par galénique et par dosage d'un médicament (par exemple : 10 boîtes de Kardegic 160® par an)
- les vaccins, dans un réfrigérateur
N.B : Et surtout pour tous ces médicaments et produits médicaux, il faut veiller aux dates de péremption.

le matériel pour l'hygiène et le bricolage

- matériel pour le ménage, dont eau de javel
- papier essuie-mains et papiers toilette, savon
- les ampoules électriques, piles de différents voltages, ampoules pour otoscope, tournevis et vis qui peuvent s'avérer utiles à tous moments (et vive la lampe qui grille à 20 H en plein mois de Décembre pendant une suture ! ! !)

Le vestibule

- matériel informatique
 - dossiers papiers
 - avec secrétaire : avec un bureau (éventuellement de style « guichet »)
 - sans secrétaire : on peut y disposer un boîtier contenant des documents sous enveloppes nominatives que les patients viendront chercher ou encore déposer en l'absence du médecin ou lorsqu'il est en consultation
- Cela évite des pertes de temps à chacun à condition de respecter les règles : ne prendre que ce qui est à son nom.

Les toilettes

- propres avec du papier toilette à disposition
- le classique duo pain de savon - torchon peut être avantageusement remplacé par un distributeur de savon (15 e en moyenne le litre) et un de serviettes de papier (de 25 e à 76 e) voire un sèche-mains électrique (153 e)
- si le local est neuf, il doit être aménagé, et en particulier les toilettes, pour les personnes à mobilité réduite.

Les catalogues de matériel médical

Après le matériel de base, on peut compléter quasiment à l'infini la panoplie du « super jeune installé ». Les catalogues de matériel médical sont là pour cela.

Par exemple :

** Medistore :*

B.P 1400, 75769 Paris cedex 16

** Dismed : 15 rue d'Or, 67000 Strasbourg*

** N.M.Médical :*

*rue du Chemin Vert, Centre de Gros,
B.P 109, 59811 Lequin cedex*

** La maison du Latex :*

*23-25 rue Emile Zola,
93108 Montreuil Cédex (01 48 59 11 59)*

Vous pouvez également commander directement sur notre site snjmg.org puis boutique

Le matériel secondaire

Parmi le matériel secondaire, on peut citer en priorité :

- un électrocardiogramme (E.C.G) de 1 219.59 à 2 286.74 e qui est somme toute indispensable en zone rurale. Un E.C.G « 3 pistes » est l'idéal ; et pourquoi pas avec analyse automatique du tracé. Mais gare au prix dans ce cas (+ 838.47 e), même si ce type de matériel est amortissable (cf. chapitre « fiscalité »)
 - Un oxygénéateur de 686.02 à 1 295.82 e sera toujours intéressant dans les situations de crise respiratoire
- Il faut savoir que les pompiers en posèdent obligatoirement et arrivent très rapidement bien sûr, si vous les appelez. Il existe par ailleurs des organismes qui rechargent ce type d'appareil : se renseigner à « Air Liquide » dans chaque ville. Le pharmacien en officine peut aussi servir d'intermédiaire.
- des brassards à tensiomètre :
 - * pour enfants
 - * pour adultes
- Si on n'achète pas ce type de brassard dès le départ, il faut tout de même prévoir un modèle qui pourra les accueillir, c'est plus pratique et moins cher.

Pour la trousse, pour les visites à domicile (cf. « guide du remplaçant » du S.N.J.M.G), double de :

- stéthoscope
 - tensiomètre
 - otoscope
 - thermomètre
- Ce système avec doubles vous évite-

ra d'oublier, dans l'urgence, votre tensiomètre au cabinet.

Par ailleurs, ce système double s'avèrera utile en cas de panne d'un appareil.

N.B : éviter, dans cette même trousse, le thermomètre très « in » à infra rouge , il est inutilisable lors des grosses chaleurs ou de grands froids, les écarts de température étant trop importants.

- des blouse blanches pour les actes de petites chirurgie, la pose de plâtre en particulier. Sachez que les frais de blanchissement sont bien sûr déductibles
- le matériel pour réaliser les plâtres : 4 bandes de 10 cm et 4 de 5 cm de largeur au minimum (respectivement 3.05 e et 4.57 e) + du coton cardé + 1 à 2 mètres de jersey cote (2.29 e/ m). Tout ce matériel peut être apporté par le patient ou un de ses proches qui se le procure à la pharmacie. Ne pas oublier les cisailles à plâtre (29 e à 64 e) ou la scie électrique (671 e) pour pouvoir retirer les plâtres
- le matériel pour la pose du stérilet : outre le spéculum cité plus haut, il faut un hystéromètre stérilisable ou des hystéromètres à usage unique (0.76 e pièce), une Pozzi et une Kosher.

En conclusion

Budget à prévoir :

- Pour la salle d'examen : de 3 353.88 e à 11 433.68 e
- Pour le bureau : de 1 524.49 e de mobilier, de 2 286.74 e à 4 573.47 e pour l'ordinateur et les appareils de télétransmission
- Pour les autres pièces, les prix varient extrêmement selon que l'on veuille du sur-mesure ou de l'occasion, selon la taille du cabinet, etc...

Partie rébarbative, à laquelle nos études ne nous ont pas préparés, l'aspect financement de l'installation est cependant une partie incontournable sur laquelle vous devrez vous pencher.

N'oubliez pas que vous créez une activité professionnelle indépendante, et que la réussite de cette entreprise passe aussi par la maîtrise des conditions économiques.

Que financer ?

A quoi correspond la somme que vous allez emprunter ?

Cette question est essentielle, et elle vous sera forcément posée par votre financeur. Financerez-vous des biens immatériels tels que le droit de présentation à clientèle, ou bien un immeuble, ou bien du matériel médical ?

Que représente ce que vous achetez ? Est-ce un réel investissement, susceptible d'être rentabilisé ?

La réponse à cette question a également des implications fiscales, puisque certains frais sont déductibles du chiffre d'affaires, d'autres non (par exemple le droit de présentation à clientèle).

Comment calculer les besoins financiers ?

Quelle somme va-t-il falloir emprunter ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'estimer au préalable vos besoins financiers. Vous pouvez faire ce travail à l'aide d'une société de financement éventuellement.

Il faut distinguer les besoins professionnels :

- d'investissement
 - et les frais de fonctionnement du cabinet et charges personnelles.
- Enfin, il ne faut pas oublier le « train de vie » personnel.

Le budget d'installation

Cela comprend, selon votre situation :

- l'indemnité de présentation à clientèle ou l'indemnité d'intégration
- l'achat de parts de SCM, SCI, SCP
- l'achat d'un local
- l'achat de matériel
- l'achat d'un véhicule professionnel
- les frais annexes (conseil juridique, frais d'enregistrement ou de notaire...)

Le budget de fonctionnement

Cela comprend :

les charges professionnelles personnelles

Ces charges incombent personnellement au médecin, qu'il exerce en groupe ou seul. Si vous rachetez une clientèle, il faut mettre à part ces frais, dont certains sont liés au chiffre d'affaire.

- taxe professionnelle*
- charges sociales personnelles* (CARME, assurance maladie, URSSAF, assurances complémentaires loi Madelin)
- achat de petit matériel personnel, téléphone portable
- cotisations professionnelles (Ordre, AGA, syndicat, association de FMC...)
- frais de formation continue

* (Il faut prévoir l'évolution de ces charges sur 3 ans en fonction du revenu estimé).

Les frais de fonctionnement du cabinet médical

Ces charges sont réparties entre les membres du groupe si tel est le cas. Ce sont des charges « incompressibles », qui ne varient pas en fonction du chiffre d'affaires.

- Si vous entrez dans un groupe de médecins déjà constitué ou si vous créez une association, vous pouvez facilement évaluer ces charges en reprenant le bilan comptable des précédentes années.
- Si vous vous installez seul en reprise ou en création, il va vous falloir évaluer ces charges de fonctionnement poste par poste.
 - frais de personnel
 - achats
 - fournitures et services extérieurs (comptable notamment)
 - location du local professionnel
 - remplacement et réparation de matériel
 - frais de PTT et fournitures administratives
 - frais de téléphone
 - EDF, eau, chauffage
 - entretien et réparation du local
 - taxe d'habitation

- Enfin, si vous décidez de créer votre cabinet, pensez que vous aurez des débuts plus difficiles, même si les dépenses d'investissement sont moins importantes. Il faudra donc compenser ce déficit de démarrage par un emprunt éventuel.

Si vous empruntez, ce qui est le cas le plus fréquent, n'oubliez pas de prévoir dans les dépenses les charges de remboursement (capital et intérêts), une fois qu'elles seront calculées.

Les nécessités personnelles

N'oubliez pas dans tout cela qu'il va vous falloir vivre, manger, vous loger, vous distraire, payer vos impôts... et faire vivre votre petite famille.

A vous de calculer quels sont vos besoins réels, et quels sont vos besoins financiers à venir : à ces questions vous seul pouvez répondre, toutefois n'hésitez pas à parler de vos projets à votre banquier qui saura vous conseiller. Une fois que vous aurez estimé vos besoins financiers, il faudra estimer quels seront vos revenus, ou plutôt combien devrez-vous gagner pour que ce projet soit viable.

Combien emprunter ?

Par exemple : Si vous souscrivez un crédit de 1 524.49 euros remboursable en 7 ans au taux de 4 à 5 %, cela représente une charge mensuelle de 21.34 euros. Inversement, si le montant maximum de charge de remboursement est déterminé, il est facile de savoir quelle somme maximale on peut emprunter : cela représente de 71 à 73 fois la mensualité. Le montant à emprunter dépend aussi de la rentabilité présumée de l'affaire : plus cela paraît rentable, plus on peut se permettre d'emprunter. S'il est nécessaire de faire en moyenne 25 actes par jour ou plus pour vous en sortir, ou de limiter strictement vos dépenses personnelles, cela paraît difficile.

Où s'adresser pour financer son projet ?

Vous n'êtes probablement pas un spécialiste du financement, aussi va-t-il vous

falloir acquérir quelques notions dans ce domaine et prendre d'indispensables conseils auprès de spécialistes.

Vous pouvez vous adresser à :

- une ou plusieurs banques, parmi celles qui sont présentes sur votre futur lieu d'exercice.
- une société de financement.
- la CARMF qui octroie des prêts pour les jeunes cotisants âgés de moins de 40 ans, et dont la première date d'installation est inférieure à 3 ans (les remplacements ne sont pas comptés).

Il est souhaitable de demander plusieurs avis, afin de faire jouer la concurrence, et d'obtenir les conditions les plus favorables.

Les sociétés de financement ont l'avantage de proposer des services annexes tels que conseil juridique, aide à l'étude de marché, services que vous ne trouverez pas dans une banque.

Quand on prend un crédit professionnel, on est obligé d'ouvrir un compte professionnel. Les frais de gestion de ce compte sont très variables d'une banque à l'autre, sachez vous renseigner.

Lorsque vous prendrez rendez-vous, assurez-vous d'avoir préparé l'entretien: apportez des chiffres permettant d'estimer les besoins financiers, et les revenus prévisibles.

Enfin sachez qu'il est possible de faire racheter un prêt par une autre banque ou société de financement si la transaction est avantageuse.

Les solutions de financement

Si vous n'êtes pas féru de courses hippiques ou fana des jeux de hasard, il ne

vous reste plus qu'à envisager des solutions classiques de financement :

- le crédit accordé par la CARMF pour une première Installation
- l'emprunt auprès d'une banque ou d'une société de financement
- le crédit-bail (pour certains biens seulement)
- le prêt familial
- l'apport personnel

le crédit accordé par la CARMF :

- Accordé pour une première installation pour un médecin de moins de 40 ans avec cotisation à jour à la CARMF.
- Il permet de financer toutes les dépenses liées à votre installation professionnelle
- Il se contracte auprès de certaines banques qui ont signée une convention avec la CARMF. (la plupart des grandes banques françaises)
- On peut emprunter au maximum 30 000 eà un taux fixe de 4 % (en 2004) et remboursables sur 5 ans.

L'emprunt auprès d'une banque ou d'une société de financement

Il faut se renseigner sur :

- le taux de l'emprunt
- demander si cela comprend une assurance en cas d'incapacité à exercer ou de décès, en sachant qu'on n'est pas obligé de prendre l'assurance proposée par la banque
- les modalités de remboursement
- quel est le coût total de l'emprunt : frais de dossier, intérêts d'emprunt, assurance ?
- que se passe-t-il en cas de remboursement anticipé du prêt (certaines

banques faisant payer des frais dans cette éventualité) ?

- quels sont les frais de gestion du compte professionnel de la banque qui gère le compte ? (commission de mouvement, frais de tenue de compte, commission du plus fort découvert...) à négocier à ce moment-là !
- faire établir un calendrier des échéances de remboursement. Cela s'appelle un tableau d'amortissement. Cela est utile pour pouvoir connaître chaque année les intérêts d'emprunt déductibles, car ceux-ci varient en fonction de la somme restant à rembourser. (Au début ceux-ci sont élevés, puis ils diminuent au fur et à mesure du remboursement du capital).

Durée du remboursement

Cela permet aussi d'envisager plusieurs options de durée de remboursement, et d'évaluer leurs coûts respectifs. Plus la durée de crédit est longue, moins les échéances sont élevées, et plus le coût du crédit s'élève.

La formule de prêt la plus courante est une mensualité constante.

En général, un crédit de 3 à 7 ans est proposé pour financer : les parts de SCM, SCI et SCP, l'indemnité d'intégration, le droit de présentation à clientèle, le véhicule, le matériel, l'aménagement du local. Un crédit de 10 à 12 ans est proposé pour le local.

En général, on vous conseillera de faire coïncider la durée du crédit avec la durée d'amortissement du bien (si c'est un bien matériel).

Il est déconseillé de choisir une durée de remboursement trop longue, ce qui augmente le coût total du crédit (intérêts).

Avantages fiscaux

Le fait d'emprunter permet de bénéficier de réduction d'impôt. Les intérêts d'emprunt sont déductibles. De plus, si le bien pour lequel on a emprunté est immobilisé et amortissable (cf. partie fiscalité), on peut déduire des annuités d'amortissement.

Si la somme « intérêts + amortissements » est d'un montant à peu près égal aux charges annuelles de remboursement du crédit, il y aura un avantage fiscal.

Si par contre les intérêts déductibles ou les annuités d'amortissement sont faibles, cela ne compensera pas les charges de remboursement, et il n'y aura pas d'avantage fiscal. Dans ce cas, il vaudrait mieux, si cela est possible, solder le compte d'emprunt.

Garanties qui vous seront demandées

Lorsque vous souscrivez un emprunt, il vous sera demandé des garanties : nantissement, hypothèque ou caution (pour le détail, voir lexique deux pages plus loin). Pour la caution, il faut faire préciser pour quel montant elle s'applique, et pour quelle durée.

Les différentes options qui peuvent vous être proposées pour un crédit

- la plus habituelle : ce sont des remboursements mensuels d'une valeur constante (au fil des remboursements, la part de capital diminue, les intérêts augmentent, pour arriver à des échéances constantes)
- le remboursement du capital en échéances égales, et le remboursement des intérêts à part : dans ce cas, les échéances sont plus élevées au début,

mais le coût total de ce crédit est avantageux.

- le crédit in fine : cela consiste à rembourser uniquement les intérêts sur le capital emprunté pendant la durée du crédit. A l'échéance, le capital devra être remboursé en totalité. Cette formule est onéreuse. Elle pourrait être intéressante dans le cas où le capital emprunté aurait une excellente rentabilité.

Enfin, on vous proposera des solutions pour alléger vos remboursements au début

- le différé d'amortissement : pendant une période donnée (quelques mois en général), vous ne réglez que les intérêts.
- la franchise de remboursement : pendant une période donnée, vous ne payez rien.

Bien entendu, ces solutions ont pour conséquence d'augmenter le coût total du crédit, et d'augmenter la valeur des échéances de remboursement ultérieures.

Le crédit bail

C'est une formule envisageable seulement pour certains biens : essentiellement pour la voiture, et éventuellement pour du matériel médical ou informatique. Un organisme financier achète un bien que vous avez choisi et vous le loue moyennant le versement de loyers durant une période déterminée. Au terme de ce contrat, vous avez plusieurs possibilités : soit racheter le bien à sa valeur résiduelle, soit continuer à le louer, soit laisser le bien à son acheteur. En cas de rachat en fin de contrat, il faut inscrire le bien au registre des amortissements et des immobilisations.

Le taux de ce crédit est plus élevé qu'un crédit classique. Les loyers sont déductibles des frais professionnels.

Les avantages du crédit-bail sont :

- la simplicité comptable (déduction des loyers)
 - avoir l'utilisation de matériel performant qu'on peut facilement changer
- Pour le crédit-bail du véhicule, se reporter au chapitre « Automobile » de ce même guide.

Le prêt familial

Il est nécessaire de déclarer aux impôts ce prêt, s'il dépasse la somme de 762.25 euros. Cette déclaration se fait en déposant un imprimé 2062 avant le 15/02 de l'année suivant celle où a eu lieu le prêt. Il est possible de déduire les intérêts d'emprunt de ce prêt. Enfin, il est très souhaitable d'établir un contrat par écrit et d'en faire enregistrer un exemplaire au fisc. Les droits d'enregistrement sont de 76.22 euros + 5.79 euros par feuille de contrat. Ces quelques précautions vous éviteront bien des ennuis : contestation du fisc, brouille familiale...

L'apport personnel

C'est l'argent que vous possédez personnellement, qui n'a pas été emprunté. Il peut être utilisé pour financer certains biens qui ne sont pas amortissables, notamment : tous les frais d'actes, de conseils, de droits d'enregistrement, ces frais ne correspondant pas à des biens matériels, ni à un investissement. Pour d'autres frais, il est préférable de ne pas trop toucher à votre magot, car

de toute façon les intérêts d'emprunt sont déductibles, et d'autre part vous aurez peut-être besoin de financer d'autres biens personnels, à commencer par votre habitation. Mais chaque cas est particulier, à vous de décider quelle est la meilleure solution, à l'aide de conseillers et selon votre situation.

Souscrire une assurance pour un crédit

Cela est non seulement nécessaire mais obligatoire quand vous souscrivez un emprunt.

L'assurance s'engage à verser les échéances de remboursement d'emprunt au cas où vous seriez dans l'incapacité de travailler ou encore en cas de décès. Il faut compter environ 228.67 à 304.90 e/ an, mais cela dépend de la somme empruntée et de l'âge au moment de la souscription.

Il est possible de souscrire une telle assurance auprès de l'organisme de financement, mais sachez que vous pouvez très bien choisir une autre société d'assurance. N'hésitez pas notamment à contacter la compagnie d'assurance de votre complémentaire santé ou assurance vie.

Types d'assurances

- Décès, invalidité absolue et définitive
- Incapacité totale temporaire de travail
- Incapacité permanente partielle et totale : il y a souvent un taux d'invalidité à partir duquel s'applique l'assurance. Il faut également faire préciser si l'incapacité prise en compte est bien l'incapacité professionnelle et fonctionnelle.

Les prestations versées

- Dans le cas d'une police groupe avec primes par tranches d'âge : si la durée de l'ITT est supérieure à la franchise (15, 30, ou 90 jours en général), le montant de l'échéance de l'emprunt est versé
- Dans le cas d'une police groupe avec primes forfaitaires quel que soit l'âge, les indemnités journalières sont plafonnées (pas égales aux échéances de remboursement de l'emprunt). Cette deuxième formule est donc moins intéressante

Faites attention aux clauses d'exclusion du contrat et au délai de carence. Le délai de carence est une période (variable de 15 à 90 jours en général) durant laquelle l'assurance ne prend pas en compte le remboursement de l'emprunt.

Lexique

L'amortissement fiscal :

On note dans la comptabilité la dépréciation d'un bien. L'administration fiscale admet que cette dépréciation vienne en déduction du bénéfice imposable. Il existe des barèmes suivant le bien en question. Par exemple, un ordinateur s'amortit en général sur 3 ans. Seuls les biens dont l'usage et le temps peuvent entraîner une usure sont amortissables : par exemple le local ou un véhicule. Par contre, le droit de présentation à clientèle ou les parts de SCM ne sont pas amortissables.

L'assiette d'un crédit :

Ce que finance le crédit exactement.

La quotité d'un crédit :

pourcentage que celui-ci représente par rapport à l'investissement. Le reste est constitué par l'apport personnel.

Contrats - Introduction

sur les définitions de SCM, SCP

L'apport personnel :

Capital apporté par la personne (donc non emprunté).

Le différé de remboursement :

Seuls les intérêts sont réglés, pas le capital, pendant une durée déterminée (en général 6 mois ou 1 an maximum).

Le nantissement :

L'emprunteur ne peut vendre son bien pendant toute la durée du crédit.

L'hypothèque :

sur bien immobilier : ce bien est mis en vente en cas d'impossibilité de rembourser l'emprunt.

La caution :

Une tierce personne s'engage à rembourser les échéances en cas de carence de l'emprunteur.

Le TEG :

taux effectif global : C'est le taux du crédit tous frais compris, mais hors assurance.

Aides à l'installation

Les textes :

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale 2002, prévoit le financement des aides à l'installation des zones difficiles. Ces aides sont budgétées par le fonds de réorientation et de la modernisation de la médecine libérale (FoRM-MEL). Le FoRM-MEL est un fond issu de la CNAMTS qui est destiné à financer des aides en vue de faciliter l'orientation, la reconversion des médecins libéraux. (C'est avec ce fond qu'était financé le MICA). Pour permettre l'application de l'article 39, deux décrets doivent paraître.

Le premier décret est relatif aux conditions de détermination des zones où il existe un déficit en matière d'offre de soins. Une zone est considérée comme déficitaire lorsque dans un territoire, compor-

tant au moins 500 habitants, sont constatées des difficultés d'accès au médecin généraliste qui sont établies lorsque deux ou trois critères suivants sont réunis :

- critère de temps d'accès
- critère relatif à la densité médicale (moins de 3 MG pour 5000 habitants)
- critère relatif au volume d'activité (lorsque le volume d'activité est supérieur à 7500 actes par an pour 75 % des MG de ce secteur)

A ce jour seul ce décret est paru au JO. Le second prévoit les engagements auxquels seront soumis les médecins bénéficiaires de cette aide : durée minimum de 5 ans d'exercice et participation à la permanence de soins.

Conditions d'attribution :

Qui ?

- Tout médecin s'installant pour la première fois dans la zone qualifiée de déficitaire
- Tout médecin qui se sera installé entre le 1er février 2002 et la date d'entrée en vigueur de ce dispositif

Pourra prétendre à une aide de la première décision préfectorale fixant ces zones.

Le Montant de l'aide est réparti entre l'aide au démarrage, une aide destinée à l'informatisation en vue de la télétransmission (1er chiffre évoqué 13 000 e)

Comment ?

Comment : Le médecin aura à déposer un dossier auprès de son URCAM (union régionale des caisses d'assurances maladie) A ce jour, malheureusement ce dispositif n'est toujours pas mis en place puisque le deuxième décret d'application n'est toujours pas paru.

Contrats

En cas de reprise ou d'association, la rédaction d'un contrat est une phase délicate mais incontournable de l'installation. Il faut penser à tous les éventuels « problèmes » qui pourraient se poser dans l'avenir à plus ou moins long terme, afin de les prévenir. Selon beaucoup de jeunes installés, l'avis d'un conseil juridique est le bienvenu : son expérience et ses connaissances peuvent éviter des frictions entre futurs installés, notamment lors de la

rédaction des contrats : ceux-ci transitent d'une partie à l'autre par cet intermédiaire, ce qui évite des conflits. A long terme, leur avis peut se révéler rentable sur le plan financier.

Le Conseil de l'Ordre tient à votre disposition de nombreux contrats-types, que nous ne détaillerons pas. Voici une liste de contrats-types que vous pouvez lire dans « Le guide d'exercice professionnel » qu'édite l'Ordre. Ce dernier vous le donne gratuitement sous format papier ou CDROM au moment de l'installation.

LISTE DES CONTRATS TYPES ET MODELES DE CONTRATS ADOPTES PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, TENUS PAR LE CONSEIL A LA DISPOSITION DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX ET DES MEDECINS

- Association entre médecins de même discipline (sans masse commune).
- Association entre médecins de même discipline ou entre médecins omnipraticiens pour l'exercice de la médecine en cabinet de groupe (avec mise en commun des honoraires).
- Statuts types et règlement intérieur de société civile coopérative.
- Statuts types de société civile professionnelle.
- Modèle de statuts de société civile de moyens.
- Contrat entre praticiens et cliniques privées.
- Contrat entre pédiatres et cliniques privées.
- Contrat entre médecins résidents et cliniques privées.
- Contrat de médecin responsable de l'information médicale dans les établissements de santé privés.
- Contrat de remplacement en exercice libéral – médecin ; – étudiant.
- Contrat de remplacement régulier et de courte durée.
- Contrat de remplacement dans le cadre du tour de garde.
- Contrat de cession de cabinet médical.

**LISTE DES CONTRATS TYPES ET MODELES DE CONTRATS
ADOPTES PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS,
TENUS PAR LE CONSEIL A LA DISPOSITION
DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX ET DES MEDECINS**

(suite)

- Contrat d'association temporaire entre médecins de même discipline dans le cadre de la médecine thermale.
 - Modèle de contrat de médecin en mission humanitaire.
 - Contrat d'association temporaire entre médecins de même discipline dans le cadre de la médecine balnéaire ou climatique.
 - Modèle de contrat d'exercice libéral pour des médecins exerçant au bénéfice de personnes âgées dans une résidence médicalisée.
 - Schéma de contrat d'exercice pour les médecins exerçant dans un établissement privé à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier.
 - Modèle de contrat d'exercice médical dans les centres de soins permanents.
 - Schéma de contrat de médecin de lycée.
- .../...
- Contrat type pour l'exercice de la médecine par un étudiant en médecine en qualité d'adjoint d'un docteur en médecine (afflux exceptionnel de population).
 - Contrat d'exercice pour les médecins exerçant dans le cadre d'un organisme de droit privé participant à l'exécution du service public pénitentiaire.
 - Contrat pour un médecin-chef assurant le service médical d'une maison d'enfants à caractère sanitaire (temps partiel).
 - Contrat type pour un médecin contrôleur des arrêts de maladie dans le cadre des accords collectifs de travail.
 - Modèle de contrat entre directeur et directeur-adjoint d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale.
 - Contrats de dispensaires et centres de soins : A – Soins ; B – Prévention.

Un conseil : Au moment de rédiger le contrat, faites appel à un juriste. Il vous dira sa validité et repèrera si vous avez omis une clause importante.

Ils obéissent à quelques principes de base

- la liberté de prescription
- la liberté de choix du patient : on ne devra donc pas écrire dans un contrat que la secrétaire « doit adresser les nouveaux patients au dernier installé ».

- l'absence de partage d'honoraires, en dehors du cadre bien défini de la SCP (société civile professionnelle)
- le secret professionnel.

La rédaction du contrat doit préciser

***sa qualification et son objet :
succession ou association,
rachat de parts sociales...***

Plutôt que « cessions de clientèle », qui n'est pas possible en raison de la relation de confiance qui unit le patient à son médecin, il vaut mieux dire : « cession de cabinet médical ».

les noms, qualité, domicile, numéro au tableau de l'Ordre, des intervenants

***le contrat doit être daté, signé,
situé, paraphé à chaque page,
reproduit en plusieurs exemplaires***

un pour l'enregistrement aux impôts, un pour le Conseil de l'Ordre, un pour chaque partie.

***il peut être assujéti
à quelques clauses facultatives,
selon l'objet du contrat***

- clause de non-réinstallation limitée dans le temps et dans l'espace,
- engagement à faire reporter la confiance des patients sur un seul et unique successeur avec mise à disposition de tous les dossiers médicaux,
- déclaration du cédant d'être à jour du paiement de tous impôts directs ou indirects, ainsi que des cotisations sociales ; le règlement de la taxe professionnelle de l'année en cours peut être discuté ; sinon, c'est le médecin en exercice au premier janvier qui reçoit l'avis d'imposition.
- s'il s'agit d'un contrat d'association: partage inégalitaire des frais au début, fréquence des vacances des associés, droit de regard sur l'arrivée d'un nouvel associé, véto sur une ou plusieurs propositions de successeurs en cas de cession des autres médecins.

Conditions financières

• **s'il s'agit d'une promesse de vente :** détermination d'une indemnité qui serait versée d'une partie à l'autre en cas de désengagement unilatéral (sauf en cas de décès).

• **s'il s'agit d'une cession :** le montant de l'indemnité financière en contrepartie de l'engagement de présentation de clientèle, et en sus le montant de la cession du mobilier professionnel (vérifier qu'il ne figure pas le cas échéant sur l'actif de la SCM, auquel cas vous le payeriez deux fois) ; rappelons que le mobilier peut être déduit, au contraire de l'indemnité de présentation à clientèle : il vaut mieux surévaluer son prix, et faire baisser le prix de l'indemnité de présentation de clientèle.

• **s'il s'agit d'un rachat de parts sociales (SCI, SCM) :**

nombre et description des parts sociales cédées, agrément des associés, agrément des statuts : avant de signer ce contrat, il faut avoir relu avec les futurs associés l'ensemble des statuts de la dite société ; il est très important d'en prendre le temps avant signature du contrat, car c'est à ce moment-là que l'on peut changer les choses : telle ou telle clause du règlement intérieur, procédures en cas de départ... (surtout dans le contexte actuel de pénurie de reprenneurs de clientèle).

• **s'il s'agit d'une association :** montant et conditions de l'indemnité d'intégration, qui peut être versée en deux fois à plusieurs mois d'intervalle...

conditions de rupture de contrat...

Le contrat doit parler aussi de la couverture d'assurance, des modalités de participation aux frais de rédaction de contrat, et des recours en cas de litige.

Les droits d'enregistrement (*), élevés, sont à la charge de celui qui arrive : ils sont calculés de la façon suivante :

- **sur la tranche de 0 à 22 867.35e** : 0 % (mais en fait on paye quand même un montant lié au nombre de pages du contrat sous forme de timbres fiscaux...)
- **sur la tranche de 22 867.35 à 106 714.31 e** : 4.8 % (soit 3,80 % de droit budgétaire + 0,60 % de taxe départementale + 0,40 % de taxe communale)
- **sur la tranche supérieure à 106 714.31 e** : 4.8 % (soit 2,40 % de droit budgétaire + 1,40 % de taxe départementale + 1 % de taxe communale)

()l'administration n'a pas encore divulguée les barèmes des tranches de l'année 2002 au moment de la mise sous presse de cette édition. Nous vous les communiquerons dès que nous en aurons connaissance.*

Tous ces contrats, ainsi que les statuts datés et signés des SCM/ SCI, les procès-verbaux de l'Assemblée Générale des associés doivent être enregistrés auprès des greffes de tribunaux de commerce, des tribunaux de grande instance, et à la recette des impôts du lieu de signature.

Ils doivent aussi être impérativement envoyés au Conseil de l'Ordre dans un délai d'un mois. Le Conseil de l'Ordre tient aussi à recevoir les promesses de vente ou ébauche de contrat avant signa-

ture définitive, afin d'y apporter son avis : mais celui-ci n'est que consultatif, et n'a pas valeur d'obligation.

Enfin, ce contrat n'est pas destiné à devenir une pièce d'archives, mais gagne à être relu périodiquement, afin d'être dépoussiéré et réactualisé si nécessaire.

Les cadres légaux de l'association

L'exercice en groupe constitue un saut qualitatif dans l'organisation du travail des MG. Plusieurs médecins s'associent pour exercer dans un même cabinet dans le but de :

- organiser leur emploi du temps et les gardes de façon à assurer le premier recours et la continuité des soins tout en se libérant du temps pour autre chose (ex : vie privée).
- confronter leurs avis sur certains dossiers, trouver une interactivité dans leur exercice.
- partager les frais de fonctionnement.

Une fois que les futurs associés se sont entendus sur les objectifs de l'association (étape à ne pas négliger), ils doivent s'accorder sur l'intérêt de constituer une société ou de s'en passer et de fonctionner alors en société de fait. Dans le premier cas (le plus fréquent et le plus sûr), le choix de la société sera déterminé par sa raison d'être : la mise en commun des moyens et / ou la mise en commun des recettes.

La société civile de moyens (SCM)

Les SCM ou sociétés civiles de moyens sont largement répandues en médecine générale ; elles ont pour objet de

mettre à disposition des médecins, les moyens nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles permettent de regrouper les médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Donc bien entendu, dès qu'un associé entre dans la SCM par l'achat de parts sociales, il doit pouvoir bénéficier des moyens de la SCM.

Dans la grande majorité des cas, c'est la SCM qui passera le Bail de la location du local des médecins. (Attention la SCM est différente d'une SCI, société civile immobilière qui permet l'achat de locaux). La SCM est aussi l'employeur de la secrétaire, de la femme de ménage etc. Elle gère les frais de fonctionnement : téléphone, appareillage, mais aussi l'informatique et les divers travaux.

Depuis juillet 2003, Le conseil national de l'ordre des médecins propose un nouveau modèle de contrat de SCM entre les associés.

Il est téléchargeable sur : www.conseil-national.medecin.fr/ rubrique contrat en ligne puis SCM. Les statuts doivent être immatriculés au greffe du tribunal de commerce et communiqués à l'Ordre départemental. (Cela étant indépendant du contrat d'association qui peut ou même ne pas être établi)

En cas de création :

Il faut constituer un capital social, c'est à dire une somme répartie en parts. Les parts sont numérotées et sont réparties au prorata de l'apport de chaque associé. La répartition des frais de la SCM se fait en fonction de parts et des associés bien sûr. La SCM doit nommer un gérant, et faire des assemblées générales tous les ans.

Si nous prenons par exemple 3 généralistes associés : ils possèdent généralement 1/3 des parts de leurs SCM et payent donc 1/3 des charges qui incombent au cabinet.

En cas de cession de parts :

Lors de la cession de parts de SCM, il s'y associe généralement une cessation de clientèle. Elles sont donc cédées à ce moment là. Un acte de cession doit être fait et enregistré.

Les parts ne peuvent être cédés qu'à une personne physique exerçant une profession de santé à titre libéral.

En cas de création de parts :

Chaque associé cède une partie de ses parts à l'acquéreur. La création peut se faire gratuitement. Comme la cession, elle doit faire l'objet d'acte.

Comment en sortir (en dehors de la cession) ?

Lorsque plusieurs associés expriment leur volonté d'acquiescer les parts de celui qui cède, ils sont, (sauf clause ou convention contraire) considérés comme acquiesceurs à proportion du nombre de parts qu'ils détenaient antérieurement. Se pose un problème lorsqu'un associé souhaite partir (sans trouver de successeur) et qu'aucun associé ne se porte acquiesceur de ses parts. Il doit avertir le gérant et ses associés, sous un délai de 3 mois, par lettre recommandée. La SCM peut faire acquiescer les parts par un tiers désigné à l'unanimité des autres associés ou suivant les modalités prévues par les statuts. La société peut également procéder au rachat des

parts en vue de leur annulation. (code civil). Mais tout cela est fonction des clauses du contrat de l'entrée dans la SCM et peut donc varier d'un contrat à un autre.

Comment est gérée une SCM ?

Elle doit avoir sa propre comptabilité, payer les charges mais aussi faire les fiches de payes etc... Certains médecins le font, mais il est plus habituel de voir un expert comptable, un comptable ou une Association de gestion agréée pour le faire. La SCM n'est assujettie ni à la taxe professionnelle ni à la taxe d'apprentissage. Sa comptabilité doit être tenue selon les règles applicables en matière de BIC (bénéfice industriel ou commercial), c'est-à-dire selon le régime "créances-dettes". Le résultat fiscal éventuel dégagé par la SCM, selon les règles BIC, est réparti entre les associés, et la fraction leur revenant est reportée sur leur déclaration contrôlée n°2035. L'imposition de ce résultat relève donc de la fiscalité BNC (bénéfices non commerciaux).

En cas de doute il est conseillé d'interroger le service juridique du conseil national de l'ordre et les conseillers juridiques de votre contrat d'assurance professionnelle.

Les autres types de sociétés

Les sociétés civiles professionnelles (SCP) et les sociétés d'exercice libéral (SEL) se caractérisent par la substitution de la société aux praticiens : ceux-ci exercent exclusivement pour le compte de la société qui les rémunérera de leur activité et de leur participation au capital en fonction de règles définies contractuellement

par les associés. Les SCP et les SEL encaissent tous les honoraires, paient toutes les charges de fonctionnement et remboursent les emprunts. Dans une SCP, les praticiens libéraux (qui doivent exercer la même spécialité dans le même secteur conventionnel) perçoivent des honoraires relevant de la fiscalité BNC et cotisent à la CARMF et à l'URSSAF. La SCP elle-même relève des BNC, et le bénéfice qu'elle détermine est affecté et imposé au nom de chaque associé. Dans une SEL, les praticiens (qui peuvent être de spécialités différentes mais exercent dans les mêmes secteurs conventionnels) perçoivent des revenus relevant de la fiscalité BIC et des salaires (les associés sont à la fois propriétaires et salariés de la société). Ils ne cotisent plus à la CARMF et à l'URSSAF (la SEL doit être inscrite au Conseil de l'Ordre des médecins). Il existe 3 formes possibles de SEL : SELAFA (équivalent de société anonyme), SELARL (équivalent de la SARL) et SELCA (équivalent de la société commerciale en commandite par action).

Il est impossible de conclure cet article sans rappeler l'opposition du SNJMG aux SEL telles qu'elles sont définies par leurs décrets d'application : association de praticiens de spécialités différentes, ouverture du capital (jusqu'à 50 % à des médecins extérieurs et jusqu'à 25 voire 50 % à une personne physique ou morale "étrangère au monde médical"), autorisation de plusieurs sites d'exercice (5 maximum) en fonction des "impératifs techniques nécessaires au bon fonctionnement de la SEL"... Ces dispositions sont donc dangereuses du point de vue éthique et déontologique du fait de la logique commerciale qui les sous-tend.

Annnonce de l'installation

Vous ne pouvez pas faire de publicité, mais de l'information.

Dans les journaux

L'article 82 du code de déontologie dit que :

« Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, le médecin peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués au conseil départemental de l'ordre ».

Le conseil de l'ordre de votre département de future installation vous renseignera à ce sujet.

Il faut prévoir un budget d'environ 228.67 € par annonce, et faire la demande environ 2 semaines avant parution du journal.

Plaque professionnelle

L'article 81 du code de déontologie rappelle que:

« Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénom, numéro de téléphone, jours et heures de consultations, situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie*, diplômes, titres et qualifications reconnus conformément aux 4 et 5 de l'article 79. Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet; lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un

diplôme, certificat ou titre mentionné au 10 de l'article L 356 du code de la santé publique, il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine. »

Il est nécessaire d'adresser un projet du texte de la plaque professionnelle au conseil départemental de l'ordre

** D'après l'article 3 de l'arrêté du 11/06/96 (cf infra), il devient nécessaire d'indiquer sur la plaque le secteur d'appartenance conventionnelle.*

Annnonce par affichage

La salle d'attente est considérée comme un lieu privé ; par conséquent, il est possible d'y afficher une annonce concernant un successeur par exemple.

Annnonce par le prédécesseur

Le médecin qui cède sa clientèle doit s'engager (dans un contrat écrit) à présenter son successeur à ses patients. Cela se fait par oral, le successeur étant présent ou non lors de cette annonce. Il est vivement conseillé de donner (dans le cabinet de consultation), ou d'envoyer aux patients une carte mentionnant le nom du successeur, ou du futur associé le cas échéant.

Annnonce aux futurs confrères

Il est de bonne confraternité de se présenter aux futurs confrères, avec lesquels on

sera amené à partager au moins les gardes. Il est souhaitable de rencontrer les confrères spécialistes hospitaliers et libéraux, le médecin conseil de la sécu, les organismes de prévention médicale, le pharmacien, le biologiste du laboratoire, l'infirmière et le kinésithérapeute du secteur.

Obligations juridiques concernant l'affichage obligatoire en salle d'attente et les mentions obligatoires sur les ordonnances.

Les honoraires

Un arrêté du 11/06/96 précise les indications à afficher obligatoirement en salle d'attente :

- 1) situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie : médecin conventionné ou non conventionné
- 2) secteur d'appartenance conventionnelle : secteur 1 (à honoraires réglementés) ou secteur 2 (à honoraires libres)
- 3) le droit ou non à dépassement permanent
- 4) les honoraires pratiqués : pour la consultation, la visite à domicile, l'indemnité de nuit et de jour férié ou dimanche*
** Il est possible de noter les tarifs des gestes habituellement pratiqués, tels que frottis, ECG..., ce qui peut permettre aux patients de savoir ce que son médecin traitant est capable de faire. Qui de nous n'a t-il pas entendu au moins une fois : « docteur, vous pouvez faire les frottis ? »*
- 5) Ecrire en toutes lettres les phrases de l'article 4, 5 ou 6 de l'arrêté du 11/06/96, suivant la situation conventionnelle du médecin

Arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux

ART 1 Les médecins libéraux doivent afficher, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente, les indications suivantes :

- 1- Leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie (conventionné ou non), y compris leur secteur d'appartenance conventionnelle et leur droit à dépassement permanent ;
- 2- Les honoraires ou fourchettes d'honoraires des prestations suivantes, lorsqu'elles sont couramment pratiquées par le praticien : consultation, visite à domicile, indemnité de nuit et de dimanche ;
- 3- Pour les praticiens qui n'effectuent pas couramment les prestations visées au deuxième alinéa, les fourchettes d'honoraires d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées par le praticien ;
- 4- Dans le cas des praticiens conventionnés dont les honoraires sont réglementés, les phrases : « pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie sont pratiqués les tarifs d'honoraires fixés par la réglementation. Ces honoraires peuvent être dépassés en cas d'exigence exceptionnelle du patient, de temps et de lieu ; dans ce cas, votre médecin vous donnera toutes les informations sur les honoraires demandés ».
- 5- Dans le cas des praticiens conventionnés dont les honoraires sont libres, les phrases : « Pour tous les actes sont pratiqués les tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base des honoraires conventionnés. Votre médecin vous donnera

préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer ».

6- Pour les praticiens non conventionnés, les phrases : « Pour tous les actes sont pratiqués des tarifs d'honoraires déterminés par le praticien. Le remboursement s'effectue sur la base des tarifs d'autorité. Votre médecin vous donnera préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'il compte pratiquer ».

ART 2 La situation des praticiens vis-à-vis des organismes d'assurance maladie, y compris leur secteur d'appartenance conventionnelle, sera progressivement indiquée sur les plaques professionnelles lors de toute installation ou de toute modification de ces plaques.

ART 3 -Sur simple demande, les patients doivent être informés de la situation du médecin vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ainsi que des honoraires ou des fourchettes d'honoraires et des bases de remboursement visées aux deuxième et troisième alinéas de l'article premier.

L'AGA

Ne pas oublier d'afficher une plaque indiquant :

« MEMBRE D'UNE ASSOCIATION AGREEE, LES REGLEMENTS PAR CHEQUE SONT ACCEPTES »

En salle d'attente ou de consultation, cette plaquette est en général fournie par l'association de gestion à laquelle vous adhérez.

Permanence des soins

Un arrêté du 25/07/96 précise que « les médecins doivent afficher dans leur salle d'attente, de manière visible et lisible, les conditions ci-dessous dans lesquelles est

effectuée la permanence des soins : leur numéro de téléphone et les heures auxquelles ils peuvent être joints ; le numéro de téléphone des structures et permanences de soins et d'urgence vers lesquelles ils choisissent d'orienter les consommateurs en leur absence : la mention suivante : En cas de doute ou dans les cas les plus graves, appelez le numéro téléphonique « 15 ». La mention « En cas d'urgence » suivie du numéro d'appel, doit figurer sur les ordonnances que le médecin remet à son patient. » (cf Annexes : Décret sur PDS sep 03)

Mentions autorisées sur les ordonnances

Cf. article 79 du code de déontologie « les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance sont :

- ses nom, prénom, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ;
 - si le médecin exerce en association ou en société, les noms des médecins associés ;
 - sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
 - la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification établi par l'Ordre et approuvé par le ministre chargé de la santé ;
 - ses diplômes, titres et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le Conseil National de l'Ordre ;
 - La mention de l'adhésion à une société agréée* prévue à l'article 64 de la loi de finances pour 1977 ;
 - ses distinctions et titres honorifiques reconnues par la République Française ».
- *Il s'agit de l'Association de gestion agréée, si vous en êtes adhérent.*

Les assurances professionnelles

De par la loi, toutes les assurances n'ont pas un caractère « obligatoire », mais dans les faits elles se révèlent indispensables. Quelle que soit la forme d'exercice que vous choisissiez, quel que soit votre statut (remplaçant, installé en libéral, seul ou en groupe) il vaut « mieux prévenir que guérir ».

Afin d'optimiser au maximum vos débuts dans votre activité professionnelle libérale, nous avons répartis en 3 groupes les assurances que vous devrez souscrire :

- ASSURANCES DE RESPONSABILITE
- ASSURANCES DE BIENS
- ASSURANCES DE PERSONNES

1) LES ASSURANCES DE RESPONSABILITE

La Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) est devenue OBLIGATOIRE depuis la loi du 04 mars 2002, pour tout professionnel de santé exerçant en libéral. C'est le premier contrat qu'un jeune médecin doit souscrire quand il commence à exercer en secteur libéral.

Ce contrat a pour but de prendre en charge les conséquences pécuniaires des dommages, corporels et/ou matériels, occasionnés à un de vos patients. Cette responsabilité civile professionnelle peut être étendue aux dommages causés dans l'exploitation de votre local professionnel.

Cette responsabilité civile exploitation est le plus souvent incluse dans le contrat RCP (sauf exercice en groupe type scp, scm,...)

Pour que votre responsabilité civile soit mise en cause, il est nécessaire que les 3 éléments suivants soient réunis :

- Une faute avérée de votre part
- Un dommage causé à votre patient
- Un lien de causalité entre cette faute et le dommage

Il faut savoir qu'un professionnel de santé reste civilement responsable de ses actes professionnels pendant une période de 10 ans (voire plus pour les actes prodigués à des enfants mineurs) après consolidation du dommage causé.

Votre contrat de responsabilité civile professionnelle doit être complété par une Protection Juridique. Cette garantie vous permet d'avoir accès aux conseils, d'ordre professionnels ou privés, de juristes spécialisés, ainsi qu'à une prise en charge des honoraires d'avocats en cas de litige.

2) LES ASSURANCES DE BIENS

a) Cabinet professionnel :

L'Assurance multirisque du cabinet professionnel a pour but de préserver votre outil de travail et son contenu. Elle intervient en cas de dommages survenus par :

- Un incendie, une tempête, une explosion
- Un dommage électrique
- Un dégât des eaux
- Un vol, une tentative de vol et/ou acte de vandalisme
- Un bris de glace
- Une catastrophe naturelle
- Un attentat

Outre la garantie du local et de son contenu, les contrats multirisques professionnels sont étendus aux recours et à la responsabilité civile liés au local que vous louez ou dont vous êtes propriétaire.

Ce contrat d'assurance est OBLIGATOIRE si vous êtes locataire de votre espace professionnel.

Cas particulier de la SCM : il est conseillé de garantir par un seul contrat, le local professionnel ainsi que la matériel acheté par ma SCM.

Chaque locataire de la SCM devra assurer ainsi uniquement son propre matériel par un contrat individuel. En cas de changement d'un des membres, vous n'aurez pas ainsi à refaire le contrat principal (celui de la SCM) et vous ne resterez pas sans assurance le temps de trouver un confrère qui remplacera le partant.

b) Bris de matériel :

Pour le matériel professionnel « fragile » comme un ordinateur ou du matériel transportable, la souscription d'un contrat « TOUS RISQUES BRIS DE MATERIEL » aura l'avantage de garantir – en plus de l'incendie, dégât des eaux, vol – le bris accidentel de l'appareil et de ses accessoires. Cette option est vivement conseillée et devient obligatoire dès lors que vous financez votre acquisition en leasing ou en crédit bail.

c) Pertes d'exploitation :

Complément matériel du contrat Multirisques Professionnels, la garantie des PERTES d'EXPLOITATION a pour but de prendre en charge le montant de vos frais

généraux permanents, de votre bénéficiaire et des frais supplémentaires engagés en cas d'interruption partielle ou totale de votre activité professionnelle à la suite d'un dommage matériel comme un incendie, une explosion, une inondation qui aurait détruit ou endommagé votre local et/ou le matériel professionnel contenu.

L'indemnisation de l'assureur intervient en général jusqu'à la reprise complète de l'activité dans la limite de 12 à 16 mois d'interruption maximum, et sur la base de la dernière déclaration 2035 que vous lui aurez communiqué.

C'est en quelque sorte l'assurance vie de votre cabinet.

d) Véhicule professionnel :

Dès votre début d'activité, vous devez avvertir votre assureur de l'usage de votre véhicule si vous en possédez un, et lui indiquer qu'il est utilisé ou non à des fins professionnelles (usage professionnel avec visite de clientèle).

3) LES ASSURANCES DE PERSONNES

Votre adhésion à la CARMF vous permet de bénéficier de garanties en cas de décès, de maladie ou d'accident.

Ce régime obligatoire prévoit :

a) en cas de décès :

le versement à vos ayants droits d'un capital, d'une rente à votre conjoint et d'une rente éducation à vos enfants à charge jusqu'à 25 ans s'ils poursuivent des études



ou accident :

indemnité journalière

à compter du 91^{ème} jour jusqu'au 36^{ème} mois d'arrêt de travail,

- le versement d'une rente invalidité annuelle si une invalidité totale et définitive vous interdit d'exercer toute activité professionnelle qu'elle soit.

Les sommes qui sont versées, sont plafonnées chaque année, mais elles ne permettent pas de pouvoir couvrir la totalité

des frais fixes et de votre bénéfice en cas de cessation d'activité.

TROISIÈME PARTIE

Il revient à l'individu de souscrire

à un PLAN DE PREVOYANCE individuel.

Ce plan interviendra en complément des garanties offertes par la CARMF et vous permettra d'accroître votre protection et celle de votre famille.

Ce plan de prévoyance est constitué d'un ensemble de garanties qui interviendront en cas de décès, d'arrêt temporaire ou total de votre activité, voire pour rembourser vos différents frais médicaux.

Il est conseillé de souscrire cette garantie arrêt de travail auprès d'un assureur qui

applique uniquement des barèmes d'invalidité 100% professionnels.

DÉBUTER SON INSTALLATION

Fiscalité du médecin libéral

Cotisations sociales et professionnelles

Prestations sociales

Automobile

Nomenclatures des Actes

Logiciels informatiques

Télétransmission

Relations avec les autres structures professionnelles

Fiscalité du médecin libéral

La déclaration d'impôts

Les revenus perçus dans le cadre de l'activité libérale sont des bénéfices non commerciaux (BNC). Pour votre déclaration d'impôts sur le revenu, vous pouvez choisir selon le montant de vos revenus :

- le régime « Micro BNC »
- la déclaration contrôlée

Le régime de l'évaluation administrative est supprimé à compter de l'année 2000. Les * renvoient au lexique de fiscalité en fin de chapitre.

Le régime « micro BNC » (formulaire 2042)

Ce régime est possible lorsque vos recettes * annuelles sont inférieures à 27 000 e prorata temporis, ce qui peut arriver si vous décidez de créer votre cabinet.

Il faut déclarer les revenus professionnels dans la rubrique spéciale Bénéfices Non Commerciaux (BNC) de la déclaration 2042 N. Un abattement* de 35 % est accordé pour frais professionnels* avec un minimum de 304.90 e.

Intérêt : l'obligation comptable est limitée à la tenue d'un livre-journal des recettes.

La déclaration contrôlée (formulaire 2035)

Elle est toujours possible quels que soient vos revenus professionnels, mais devient obligatoire si vos recettes * sont supérieures à 27 000 euros ou si vous adhérez à une AGA.

La déclaration 2035 doit être envoyée avant fin mars à l'AGA si vous y adhérez, et avant le 2 mai au centre des impôts.

Le résultat (bénéfice ou déficit) doit être reporté sur la déclaration n° 2042 dans la rubrique « Bénéfices non commerciaux - régime réel ».

Il est nécessaire de comparer vos recettes avec le relevé SNIR de la sécurité sociale : il faut cependant savoir que ce relevé ne tient compte que des feuilles de soins reçues, il y aura donc forcément inadéquation entre ce relevé et vos recettes. Il faut aussi effectuer un rapprochement entre le journal des dépenses et recettes et le compte bancaire professionnel.

Afin d'éviter des frais bancaires inutiles, il est conseillé de garder pour soi les espèces, et de porter les comptes une fois par semaine à la banque. Ne pas oublier de faire un dépôt le 31/12 pour éviter les différences entre le compte bancaire et le journal des recettes.

Quels abattements choisir en pratique ?

- Dans le cas le plus fréquent, vous serez conventionné en secteur 1, et adhérent d'une AGA.

En cas d'adhésion à une AGA vous avez un abattement* de 20 % sur le bénéfice imposable*, en plus de la déduction des frais professionnels*. De plus, si vos recettes ont été inférieures à 27 000 e prorata temporis, vous bénéficierez d'une réduction d'impôt * correspondant aux frais d'adhésion à l'AGA, et éventuels autres frais de comptabilité. Si vous ne respectez pas les délais ou faites de

fausses déclarations, vous êtes susceptible de perdre l'abattement de 20 % en plus d'être exclu de l'AGA.

Vous bénéficierez également de l'abattement de 2 % des recettes brutes (cf. tableau infra).

La première année d'installation, vous aurez aussi droit exceptionnellement à l'abattement de 3 % des recettes conventionnelles, mais uniquement pour cette première année.

- Si vous êtes conventionné en secteur I mais non adhérent d'une AGA, Si vous n'êtes pas adhérent à une AGA,

vous pourrez déduire les frais réels si vous souscrivez une déclaration 2035. Vous déduirez aussi les frais forfaitaires du groupe III, et 3 % des recettes conventionnelles perçues, et 2 % des recettes brutes.

En pratique, il faut donc faire vos calculs pour savoir quelle est la meilleure option. De toute façon, vous pouvez être adhérent d'une AGA, et choisir de renoncer à l'abattement de 20 % pour lui préférer les abattements conventionnels, si ceux-ci se révèlent plus avantageux pour vous.

Fiscalité et installation

Frais d'installation déductibles

Il est possible de déduire les frais suivants s'ils sont directement liés à l'installation :

En frais de « premier établissement »

- frais de recherche et de prospection,
- frais de déménagement,
- frais de représentation (le pot offert à l'occasion de votre installation par exemple ; tenir alors une liste des invités ou une liste de cadeaux, etc.),
- les annonces dans les journaux,
- droits de mutation et d'enregistrement,
- honoraires (par exemple versés à un conseiller juridique).

« En frais financier »

- intérêts d'emprunt,
- frais de plaque, de tampon,
- frais de mailing aux patients lorsqu'ils sont partagés entre vendeur et acquéreur.

Les frais de premier établissement peuvent être déduits en une seule fois ou sur une période de 2 à 5 ans, par fractions égales chaque année (faire une demande expresse à la première déclaration 2035).

D'autres frais doivent être obligatoirement immobilisés mais ne sont pas amortissables

- droit de présentation à clientèle ou indemnité d'intégration,
- parts de SCM ou de SCP,
- terrain.

Certains frais sont amortissables

- achat d'un local,
- frais de réparation,
- matériel médical,
- mobilier.

Immobilisations Amortissements Plus et Moins value

Si vous déduisez vos frais réels (déclaration 2035), il est obligatoire d'inscrire sur le registre des immobilisations les biens destinés à l'usage professionnel, et notamment les biens dont la valeur d'achat unitaire dépasse 500 euros hors taxe.

Immobiliser

Immobiliser un bien, c'est l'affecter à l'usage professionnel. On ne peut immobiliser un bien que si : c'est un bien que l'on possède, et si ce bien sert à l'usage de la profession. L'immobilisation est obligatoire pour certains biens dont l'usage ne peut être que professionnel : le droit de présentation à clientèle ou le droit d'intégration, les parts de SCM ou SCP, le matériel médical.

Pour les biens dont l'usage n'est pas forcément professionnel (ex : véhicule, local), l'immobilisation (ou inscription à l'actif professionnel) est facultative. Cela permet de déduire les frais liés à l'utilisation et l'entretien de ce bien. Mais en contrepartie, vous serez soumis au régime des plus-value lors de la cession de ce bien (cf. infra).

Abattements	2% des recettes brutes pour frais de blanchisserie, représentation, réception, prospection, cadeaux, travaux de recherche, petits déplacements (1)	3% des recettes conventionnelles (2)	Abattement AGA 20 % du bénéfice	Frais du groupe III (3)
	adhérent d'une AGA déclaration 2035	OUI NON	(sauf 1ère année)	OUI NON
non adhérent d'une AGA déclaration 2035	OUI OUI NON OUI			

(1) à condition de ne pas déclarer ces frais dans les frais réels sur la déclaration 2035.

(2) recettes conventionnelles : honoraires + AL115 et Aide médicale moins les éventuels dépassements d'honoraires. Pour déduire les frais forfaitaires, il faut les calculer puis les inscrire en déduction sur la déclaration 2035 à la ligne 43 « Divers à déduire ». Par contre l'abattement AGA est directement calculé par le service des impôts, vous ne devez pas le déduire.

(3) Les frais du groupe III sont calculés d'après les recettes conventionnelles (hors dépassement). Lors de la mise sous presse l'administration n'a pas encore fixé le barème de l'abattement 2001 du groupe III en euros. Le nouveau barème vous sera communiqué à votre demande dès qu'il sera disponible en contactant le siège du SNJMG.

Amortir

Amortir un bien affecté à l'usage professionnel : c'est déduire chaque année une annuité d'amortissement destinée à compenser l'usure de ce bien. Seuls certains biens immobilisés sont amortissables, ceux qui sont susceptibles de se dégrader avec le temps et l'usage. Pour chaque bien, on détermine un taux et une durée d'amortissement : ces barèmes sont donnés par l'AGA ou le service des impôts.

A titre indicatif voici les taux d'amortissement couramment pratiqués :

- Local professionnel : amortissement de 2 à 4 % sur 25 à 50 ans
- Aménagement du local : 10 % sur 10 ans
- Gros travaux dans le local : 10 % sur 10 ans
- Petits travaux : 20 % sur 5 ans
- Mobilier : 10 % sur 10 ans
- Téléphone, télécopie... : 20 % sur 5 ans
- ECG : 25 % sur 5 ans
- Lit d'examen : 10 % sur 10 ans
- Véhicule : 20 % sur 5 ans
- Ordinateur : 33 % sur 3 ans

Il existe deux types d'amortissement :

L'amortissement linéaire

C'est le plus courant. On déduit chaque année la même somme. Par exemple : un véhicule professionnel acheté 9 146.94 e, amorti sur 5 ans au taux de 20 % : chaque annuité d'amortissement sera égale à 1 829.39 e. Attention cependant la première année, si le véhicule a été acheté en cours d'année civile, il faudra déduire la part ramenée à la durée réelle d'usage de ce bien (prorata temporis). Par exemple, si

le véhicule a été acheté 9 146.94 e le 13 avril, la première année l'annuité d'amortissement sera égale à 1 829.39 e X $262/365 = 1 313.04$ e.

L'amortissement dégressif

Il ne peut être utilisé que dans certaines conditions : pour du matériel acheté neuf, et dont la durée d'utilisation est supérieure à 3 ans ; en pratique, cela concerne le matériel informatique (sauf les logiciels qui doivent être amortis en 1 an), et le matériel de téléphonie, télécopie, photocopie. (cf. le guide fiscal de votre AGA).

Plus et moins value professionnelles

Un bien inscrit à l'actif professionnel doit y rester, sauf s'il est vendu, donné, détruit, volé ou transféré dans le patrimoine privé ou dans le patrimoine d'une SCM. Dans tous ces cas, le bien « sort » de l'actif professionnel et n'est plus inscrit sur le registre des amortissements et des immobilisations.

On calcule le prix de cession (ou estimation) du bien, moins sa valeur résiduelle* :

- Si ce résultat est positif, cela s'appelle le **une plus-value**, imposable à court ou long terme.
- Si ce résultat est négatif, cela s'appelle le **une moins-value**, déductible du revenu professionnel. Si le bien est détruit ou hors d'usage, la moins-value dégagée est la valeur résiduelle du bien.

* *valeur résiduelle : valeur d'achat moins les annuités d'amortissement déjà déduites.*

Exemple : Un local professionnel acquis 30 489.80 e en 1975, taux d'amortissement de 4 % sur 25 ans, soit 1 219.59 e par an. Il est revendu 68 602.06 e en 1995. La valeur résiduelle est de 6 097.96 e. La plus-value est de 68 602.06 e moins 6 097.96 e soit 62 504.10 e.

Les plus-values peuvent être imposées à court ou long terme. A court terme si le bien est immobilisé depuis moins de 2 ans, dans ce cas la plus value dégagée est ajoutée au revenu (sur 1 an, 2 ans ou trois ans).

Si le bien est immobilisé depuis plus de 2 ans, la partie de plus-value correspondant au montant des amortissements déduits est une plus-value à court terme. Le reste est une plus-value à long terme, dont le taux d'imposition est de 16 %. Dans l'exemple du local ci-dessus, la part de plus-value court terme est de 20 ans X 1 219.59 e, soit 24 391.84 e, la part de plus-value à long terme est de 62 504.10 e moins 24 391.84 e soit 38 112.26 e.

Les biens non amortissables comme le droit de présentation à clientèle dégagent toujours des plus-value à long terme.

Lorsque le bien est totalement amorti, c'est-à-dire que sa valeur résiduelle est nulle, il faut continuer à inscrire ce bien au registre des amortissements et immobilisations. Il ne pourra être enlevé que si le bien est vendu, ou hors d'usage et jeté.

Il est possible d'utiliser à usage mixte (privé et professionnel) un bien immobilisé. Dans ce cas, il faut réintégrer chaque année la part d'utilisation privée du bien.

Cas d'exonération des plus-values :

Si les recettes de l'année et de la précédente (recettes nettes - honoraires rétrocedés) sont inférieures à 53 357.16 e, et que le praticien exerce depuis au moins 5 ans, le contribuable est exonéré de plus-value.

Commentaire général

D'un point théorique, il est important de maîtriser les principes d'une déduction fiscale. La pratique montre bien souvent que cet objectif est difficile à atteindre et que le recours à un expert comptable simplifie considérablement la gestion de ces formalités. La rémunération de l'expert-comptable est déductible des frais professionnels.

Petit Lexique de Fiscalité

Abattement

En cas d'adhésion à une AGA, vous bénéficiez d'un abattement sur votre bénéfice imposable : 20 % d'abattement jusqu'à 111 900 e de bénéfice imposable soit un abattement maximum de 22 380 e. L'abattement est toujours directement calculé par le centre des impôts, il entraîne une diminution de votre revenu imposable.

Par exemple :

- si votre bénéfice imposable est de 18 293.88 e,
- la base du calcul de votre impôt se fera sur : 18 293.88 e - (18 293.88 x 0,20) = 14 635.11 e

Bénéfice

C'est le résultat comptable de la différence entre les recettes et les charges professionnelles :

- si les recettes sont supérieures aux charges, le résultat est un bénéfice,
- si les recettes sont inférieures aux charges, le résultat est un déficit.

Bénéfice imposable

Pour calculer le bénéfice imposable, on fait subir au bénéfice un certain nombre d'ajustements soit en plus (réintégrations), soit en moins (déductions). Le bénéfice imposable est un résultat fiscal. Il constitue la base du calcul de l'impôt sur le revenu.

Le bénéfice imposable sert également de base au calcul des cotisations sociales.

Le bénéfice imposable est le chiffre inscrit ligne 46 de la déclaration 2035.

Chiffre d'affaires (CA) ou recettes

Ensemble des encaissements réalisés sur une année civile.

Frais professionnels ou « frais réels »

Frais occasionnés directement par l'activité professionnelle.

Si vous adhérez à une AGA, ces frais seront inscrits sur le livre « dépenses et recettes » (sauf les frais de véhicule si vous utilisez le barème forfaitaire kilométrique). Il est indispensable de garder les justificatifs de vos dépenses pendant 6 ans.

Il est recommandé de payer ces frais professionnels à partir d'un compte bancaire réservé à cet usage.

Prorata temporis

Expression latine signifiant « en proportion du temps ».

Certains calculs fiscaux sont effectués sur une année civile complète. Si l'activité libérale a débuté en cours d'année, il faut ramener les recettes perçues durant la période d'activité à une année civile entière.

Par exemple :

- si vous avez débuté votre activité le 1er avril,
- et gagné 7 622.45 e entre avril et décembre (9 mois),
- les recettes ramenées à 12 mois d'activité seraient de $(12 \text{ mois} \times 7\,622.45) / 9 \text{ mois} = 10\,163.17 \text{ e}$

Réduction d'impôts ou crédit d'impôts

Somme soustraite au montant de l'impôt sur le revenu.

On peut, entre autres, obtenir une réduction d'impôts :

- pour dons à des œuvres,
- pour souscription d'un contrat d'assurance vie,
- pour adhésion à l'AGA (si vos recettes annuelles sont inférieures à 27 000 e prorata temporis).

Exemple : si vos frais d'adhésion à l'AGA sont de 152.45 e et le montant de votre impôt de 1 829.39 e, celui-ci sera réduit de 152.45 e et vous ne paierez donc que 1676.94 e.

La réduction d'impôt est directement calculée par le service des impôts. Pour l'obtenir, il faut toutefois noter le montant des frais d'adhésion à l'AGA dans la déclaration 2042 dans le cadre « charges ouvrant droit à des réductions d'impôt » ligne « frais de comptabilité ». Sur la

2035, il faudra d'abord déduire les frais d'adhésion, puis les réintégrer (ligne 35).

Revenu brut

Le revenu brut comprend tous les revenus (professionnels, financiers, fonciers), avant déduction des dépenses effectuées en vue de l'acquisition ou de la conservation du revenu.

Revenu net

Revenu brut diminué des dépenses déductibles.

Taxe professionnelle (TP)

Elle est recouvrée par les impôts le 15 décembre de chaque année. Cependant, si le montant de la TP est supérieur à 1425 e, un acompte vous sera demandé. La TP est due par les personnes exerçant une activité non salariée à titre habituel. (Art. 1447 du code général des impôts).

Calcul de la TP

La taxe professionnelle a pour base de calcul :

- le 1/10ème des recettes (après déduction des honoraires rétrocedés)
 - la valeur locative des immobilisations professionnelles passibles des taxes foncières et dont le contribuable a bénéficié pour les besoins de son activité professionnelle.
- Cas particulier : si vous employez plus de 5 salariés, la taxe professionnelle a pour base de calcul :
- la valeur locative des biens mobiliers et équipements immobilisés et affectés à l'usage professionnel,

- la valeur locative des immobilisations foncières,
- 18 % des salaires versés (valeur brute).

Période de référence du calcul de la TP

La période de référence pour le calcul de la TP est l'avant-dernière année précédant celle de l'imposition, sauf pour la première année d'assujettissement : la TP est calculée d'après les revenus de l'année précédente.

En ce qui concerne l'installation

si vous avez créé votre cabinet

(pas de reprise de clientèle), vous serez exonéré de TP la première année. La seconde année, vous bénéficierez d'une réduction de 50 % de la base d'imposition. Ensuite, la troisième année, vous serez imposé d'après les revenus et la valeur locative de la 1ère année.

si vous avez racheté une clientèle :

- Si vous vous êtes installé le 1er janvier, ce sera à vous d'acquitter la TP calculée d'après le revenu (N-2) de votre prédécesseur. Les deux années suivantes, vous serez imposé d'après le revenu et la valeur locative de votre année d'installation.
- Si vous vous êtes installé en cours d'année civile, vous ne paierez pas de TP la première année (celle-ci est due par votre prédécesseur, qui exerçait au 1er janvier). Les deux années suivantes, vous serez imposé d'après le revenu et la valeur locative de l'année d'installation. Cela peut se négocier dans le contrat.

Pour l'administration en tout cas, l'avis d'imposition sera envoyé au professionnel en exercice au 1er janvier.

Lieu et destinataire de l'imposition à la TP

La TP est établie au nom de la personne qui exerce l'activité libérale au 1er janvier de l'année.

En cas d'exercice en société (SCP ou SCM), la TP est établie au nom de chaque membre de la société. La part de l'imposition sur la valeur locative des locaux utilisés en commun fait l'objet d'une répartition entre les membres du groupe, soit en fonction du nombre d'associés, soit en fonction du nombre de parts qu'ils détiennent.

La TP est établie au lieu du principal établissement mentionné par l'intéressé.

Si vous exercez dans deux cabinets distincts, vous recevrez deux rôles de TP, un pour chaque commune.

Déclaration

En cas de création, il faut faire une déclaration 1003 P avant le 1er janvier de l'année suivant celle de l'installation, et une déclaration 1003 S avant le 1er mai de l'année suivant la création.

En cas de reprise de clientèle, il faut souscrire une déclaration 1003 P et 1003 S avant le 1er janvier de l'année suivant l'installation, si l'installation a eu lieu en cours d'année. Si par contre vous vous êtes installé le 1er janvier, vous n'aurez pas de déclaration à souscrire et la TP sera calculée sur la base des recettes du cédant.

En cours d'exercice, si vous employez moins de 5 salariés, vous n'avez pas à

faire de déclaration. Si vous employez plus de 5 salariés et faites un chiffre d'affaires annuel de plus de 400 000 FF, vous souscrivez une déclaration 1003 avant le 1er Mai. Si vous exercez dans 2 communes différentes, vous souscrivez une déclaration 1003 S (ou 1003*) pour chaque commune avant le 1er Mai, et une déclaration 1003 SR (ou 1003 R*) avant le 1er octobre.

** si chiffre d'affaires de plus de 60 979 e et emploi de plus de 5 salariés.*

Cas d'exonération de la TP

Exercice dans une commune de moins de 2000 habitants

Le nombre d'habitants pris en référence est celui du dernier recensement. Cette exonération est facultative, il faut qu'elle ait été votée par les collectivités territoriales. La délibération porte sur la totalité de la part revenant à chaque collectivité ou groupement. La part de la TP appelée « cotisation de péréquation » reste cependant à la charge du contribuable.

Cette exonération s'applique si le médecin exerce à titre libéral pour la première fois (les remplacements ne sont pas pris en compte).

L'exonération porte sur les 2 années qui suivent celles de l'installation (la 1ère année étant d'emblée exonérée).

Pour bénéficier de cette mesure, il faut en faire la demande expresse auprès du service des impôts avant le 31 décembre de l'année d'installation. Il faut joindre à cette demande une déclaration certifiant qu'on exerce pour la 1ère fois à titre libéral, et l'imprimé 1003 P rempli.

Exonération en zone urbaine sensible

Cette exonération est facultative (soumise à délibération par les collectivités) et temporaire, d'une durée maximale de 5 ans. Cette mesure s'applique aux médecins ayant créé un cabinet, ou qui ont procédé à une extension d'établissement : sous ce terme, on entend l'augmentation de la base nette de calcul de la TP résultant soit d'une augmentation des recettes, soit de l'augmentation de la valeur locative des locaux professionnels utilisés.

(Article 1466 A du code général des impôts (CGI)) : Les communes peuvent, dans les grands ensembles ou quartiers d'habitats dégradés, délimiter (...) des périmètres à l'intérieur desquels sont exonérées de taxe professionnelle les créations ou extensions d'établissement, dans la limite d'un chiffre d'affaires (1 million en 1992). La délibération fixe le taux d'exonération et sa durée (maximum 5 ans). L'exonération porte sur la totalité de la part revenant à chaque commune. Les groupements de commune à fiscalité propre, les départements et les régions peuvent exonérer de taxe professionnelle les créations ou extensions d'établissement compris dans un périmètre défini.

Exonération en zone de redynamisation urbaine

Il existe une liste de ces zones disponible en mairie.

L'exonération est fixée à 5 ans. Elle s'applique de plein droit (sauf décision contraire des collectivités) aux médecins qui ont soit créé, soit repris un cabinet, ou encore ont eu une extension d'établissement.

La cotisation de péréquation reste due cependant.

Pour en bénéficier, il faut remplir une déclaration 1003 P avant le 31 décembre de l'année d'installation.

Exonération en zone franche urbaine

L'exonération s'applique d'emblée aux professionnels qui ont créé ou repris un cabinet, ou bien ont procédé à une extension d'établissement.

Dégrèvements

Dégrèvement pour réduction d'activité (art 1647 bis du CGI)

Un dégrèvement (diminution de la taxe) s'applique si la base d'imposition de l'année est inférieure à celle de l'année précédente. Toutefois, cette mesure ne concerne pas un médecin la première année de son installation en cas de rachat de clientèle.

Exemple :

Base d'imposition TP 2002 sur revenu 2000 = 9 100 e

Base d'imposition TP 2001 sur revenu 1999 = 6 402 e

Si le montant de la TP demandé est de 3 200 e pour l'année 2002, le montant du dégrèvement sera de : 3 200 e – 3 200 e X (6 402 / 9 100) = 949 e

Dégrèvement en cas de dépassement de 3,5 % de la valeur ajoutée

Si le montant de la TP (de l'année N) dépasse 3,5 % de la valeur ajoutée (de l'année N), vous pouvez demander un

remboursement de la différence, avant le 31 décembre de l'année suivant la mise en recouvrement (pour la TP 2002, avant le 31/12/03). Pour cela, il faut demander et remplir un imprimé 1327 TP, et le renvoyer avec la copie de la feuille d'imposition de l'année.

La valeur ajoutée est égale à la **différence entre les recettes** (ligne AG de la 2035) **et certaines dépenses**, à savoir : les achats (ligne BA), les travaux, fournitures et services extérieurs (ligne BH), les loyers et location de matériel, sauf crédit-bail (lignes BG et BF), les frais de transport et déplacement, hormis le forfait km (ligne BJ), les frais de gestion (ligne BM), les frais de réception et de représentation (ligne BL). Dans tous les cas, il faut exclure les frais forfaitaires et les crédit-bail.

Exemple : Si les recettes sont de 86 895,94 e, et les dépenses (citées ci-dessus) de 12195,92 e, la valeur ajoutée est de $74\,700 \text{ e} \times 3,5\% = 2\,614,50 \text{ e}$. Si le montant de la taxe professionnelle est de 3201,43 e, le remboursement sera de $3\,201,43 \text{ e} - 2\,614,50 \text{ e} = 586,93 \text{ e}$.

Réclamation au centre des impôts

Il faut effectuer la réclamation avant le 31 décembre de l'année suivant celle de la mise en recouvrement (ex : pour la TP de 99, réclamer avant le 31/12/00). Pour cela, il faut envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception au directeur du centre des impôts. Si vous contestez la décision rendue ou en l'absence de réponse dans les 4 mois, vous pouvez vous rendre au tribunal administratif.

Autres taxes

Taxe d'habitation

Celle-ci n'est pas déductible

Taxe foncière

Celle-ci est déductible seulement si le local professionnel est inscrit au registre des immobilisations et amortissements.

Déclarations complémentaires

Pour pouvoir être déduits, les honoraires ne constituant pas de rétrocessions, doivent être déclarés sur la DAS 1 ou sur le DAS 2.

DAS 1

C'est la déclaration annuelle des données sociales. Elle vous est envoyée par l'URSSAF, et doit être réadressée avant le 1er février.

Il faut y noter les salaires versés l'année précédente, ainsi que les honoraires et vacations versés.

DAS 2

Si vous n'avez pas de salarié, mais que vous avez versé des honoraires, des vacations, vous devez remplir cet imprimé qui vous est adressé par le service des impôts. Il est à renvoyer au centre départemental d'assiette avant le 30 avril.

Il faut y noter les sommes versées à des tiers non salariés, dès le premier franc versé. Le montant à inscrire est TTC. Il s'agit notamment des sommes versées à un expert comptable, à un notaire, à votre AGA, ainsi que les honoraires rétrocédés à un remplaçant.

Toute rémunération est soumise au paiement de cotisations sociales.

En tant que membre d'une profession libérale, vous devez vous déclarer à l'URSSAF et à la CPAM et payer les cotisations sociales.

Celles-ci sont forfaitaires les 2 premières années seulement dans deux cas :

- si vous n'avez jamais remplacé,
- si vous avez déjà remplacé, et cessé cette activité libérale pendant une année civile au moins (du 1er janvier au 31 décembre d'une année).

Si cette interruption d'activité est inférieure à une année civile entière, vous paierez des cotisations d'assurance maladie pour l'année entière (sauf si cet arrêt d'activité est lié à une maladie ou à un appel). Par contre les cotisations d'Allocations Familiales (AF) et la CSG ne sont pas dues pour les trimestres non travaillés (ces cotisations sont en fait remboursées ultérieurement).

L'Union de Recouvrement des cotisations Sécurité Sociale et Allocations Familiales (URSSAF)

C'est l'organisme chargé du recouvrement des cotisations sociales des professionnels libéraux. Il faudra vous y affilier dans les 8 jours suivant le début de votre activité libérale. L'URSSAF compétente est celle de votre domicile fiscal. Si vous changez de département en vous installant, il faudra aussi le déclarer à l'URSSAF. L'URSSAF ne fait que recouvrer les coti-

sations, elle ne verse aucune prestation. Ce rôle est dévolu aux différents organismes de sécurité sociale tels que la CPAM ou la CAF qui sont théoriquement informés par l'URSSAF si vous êtes à jour dans vos cotisations.

La sécurité sociale : il faut également déclarer le début de votre activité dans les 8 jours auprès de la CPAM. Dès que vous aurez effectué 30 jours d'activité libérale en secteur 1, vous serez affilié, au titre de votre activité libérale, au régime de sécurité sociale des PAMC (Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés).

Les cotisations recouvrées par l'URSSAF sont l'assurance maladie, les allocations familiales, la contribution sociale généralisée, la contribution au remboursement de la dette sociale, la contribution à la formation professionnelle et la cotisation aux unions professionnelles.

La base du calcul des cotisations recouvrées par l'URSSAF est le « revenu professionnel net tiré de l'exercice en clientèle privée » : ceci équivaut au bénéfice imposable (noté ligne 46 de la déclaration 2035). Par souci de simplification, nous avons ci-dessous utilisé le terme de « revenu net ».

L'assurance maladie (AM)

La cotisation est recouvrée par l'URSSAF et les prestations sont versées par la caisse d'assurance maladie (CPAM). Cette cotisation est due à partir du 31ème jour d'exercice. Vous devez cette cotisation pour la période du 1er mai au 30

avril de l'année suivante. Vous la réglez d'avance en quatre fractions trimestrielles égales et au plus tard les 1er juin, 1er septembre, 1er décembre et 1er mars de l'année suivante.

Cependant, compte tenu du faible montant de la cotisation annuelle due, celle-ci est appelée en globalité au 1er juin de chaque année.

Le taux de cette cotisation est de 0,11 % sur la totalité du revenu net de l'avant-dernière année civile.

Cas particulier : Si vous commencez ou recommencez (après une année civile d'arrêt) à être affilié à l'URSSAF, vous paierez des cotisations réduites dites forfaitaires les 2 premières années :

- La première année, il vous en coûtera 16 e (en 2004) soit 0,11 % du 1/2 plafond annuel de la sécurité sociale (soit $29\,312 \times 1/2 \times 0,11\% = 16$ e pour 2004).

Si votre affiliation à la SS est postérieure au 1er mai, le montant de la cotisation est réduit au prorata de la période comprise entre la date d'affiliation et le 30 avril suivant.

- La 2ème année, vous paierez 21 e soit 0,11 % des 2/3 du plafond annuel de la SS.

- La 3ème année, la cotisation est de 0,11 % du revenu net de la 1ère année, auquel on ajoute autant de plafonds mensuels de SS que de mois non travaillés entre le 1er janvier et la date d'affiliation ;

Par exemple, si la 1ère année vous avez été affilié en milieu d'année civile (par exemple, au 1er mars), le calcul de la cotisation sera la somme de :

• 0,11 % du revenu net de la 1ère année

• + 0,11 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (2 442 e)

• multiplié par le nombre de mois d'inactivité,

• soit pour une affiliation au 1er mars, 2 mois x 2 442 e x 0,11 %

Il n'est pas possible de bénéficier d'exonération sur cette cotisation.

Les allocations familiales (AF)

Cette cotisation est due pour tout revenu, et ce dès le premier jour effectif de travail. Le paiement est trimestriel et a lieu le 15 mai, le 15 août, le 15 novembre et le 15 février.

Pour les médecins conventionnés en

secteur 1 : La cotisation est égale à 0,4 % de la totalité du revenu + 2,10 sur la partie des revenus excèdent 29 712 e.

Les modalités de calcul sont pour l'année 2004 :

- la cotisation provisionnelle versée est calculée sur le revenu net de l'année 2002 (les 15 mai et 15 août)

- la cotisation est ensuite ajustée sur le revenu de 2003 (les 15 novembre et 15 décembre)

Cas particulier : Si vous commencez ou recommencez à être affilié à l'URSSAF,

vous paierez des cotisations réduites dites forfaitaires les 2 premières années :

Les deux premières années, vous payez une cotisation forfaitaire « provisionnelle » : Celle-ci est de 24 e (en 2004) soit 6 e par trimestre pour la première année. Et pour la deuxième année d'affiliation, elle est de 36 e soit environ 9 e pour les deux premiers trimestres

puis pour les deux derniers s'y ajoute la régularisation de l'année .

Cas d'exonération : en cas de revenus professionnels annuels inférieurs à 4 102 e (quelle que soit la durée d'activité) on peut, sur demande expresse, obtenir un remboursement des cotisations d'AF.

La contribution sociale généralisée (CSG)

La CSG est calculée sur la base de 7,5 % du bénéfice imposable de l'avant-dernière année, complété des cotisations sociales obligatoires versées (AF, AM, CARMF). La formule est la suivante : (bénéfice imposable + AF + AM + CARMF) x 7,5 %.

Cas particulier : Si vous commencez ou recommencez à être affilié à l'URSSAF,

vous paierez des cotisations réduites dites forfaitaires les 2 premières années :

La première année, vous paierez un forfait de 468 e (en 2004), la deuxième année, le forfait est de 705 e.

Le nouveau mode de calcul (cotisation provisionnelle, ajustement, régularisation) est le même que pour les allocations familiales.

La CSG est partiellement déductible des impôts, pour 5,10 % de la cotisation. La part non déductible, égale à 2,4 %, devra être réintégrée sur la déclaration d'impôts.

La CSG est prélevée en même temps que les allocations familiales et que la CRDS.

La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)

Nouvel impôt instauré par le nouveau plan Juppé sur la sécurité sociale, la CRDS est instauré pour une période de

18 ans, soit jusqu'en 2014, afin de reflouer le « trou de la sécu ». L'assiette de cotisation est celle de la CSG à laquelle s'ajoutent certains revenus (revenus d'épargne et de vente de biens précieux). Le taux de la contribution est de 0,5 %. Il est recouvré par les URSSAF. La CRDS n'est pas déductible des impôts.

Cas particulier : Si vous commencez ou recommencez à être affilié à l'URSSAF, vous paierez des cotisations réduites dites forfaitaires les 2 premières années :

La première année, vous paierez un forfait de 32 e (en 2004) la deuxième année, le forfait est de 47 e.

Montants cumulés CSG + CRDS pour 2004 :

- 1ère année : 125 e /trimestre soit 500 e/an

- 2ème année : 188 e /trimestre soit 752 e/an associé pour les 2 derniers trimestres une régularisation 2004

La contribution à la formation professionnelle (CFP)

La CFP est destinée au financement de la formation professionnelle des travailleurs indépendants. Si vous participez à une action de FMC conventionnelle agréée par le FAF-MEL vous bénéficierez de l'indemnité journalière de 15 e par jour pour formation. Cette indemnité est limitée à 4 jours par an sauf pour les médecins référents qui ont droit à 6 jours par an.

Si vous participez à une FMC non indemnisée, vous pouvez effectuer une demande individuelle de prise en charge de votre formation auprès du FAF-MEL. Si votre demande est acceptée, vos frais d'inscription à la FMC seront pris en

charge dans la limite d'un plafond et ce une seule fois par an. (La demande de prise en charge doit parvenir avant la formation).

Cette contribution s'élève à 45 e en 2004 (soit 0,15 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale). Elle est recouvrée par l'URSSAF. La cotisation est due intégralement pour toute année commencée. Le recouvrement de la CFP 2003 a lieu le 15 février 2004.

Une dispense de cotisation est accordée en cas de revenu annuel inférieur à 4 102 e.

La cotisation aux unions professionnelles de médecins (CUM)

Cette cotisation est destinée au financement des unions professionnelles de médecins libéraux (cf. chapitre sur la convention nationale). Cette cotisation est due par les médecins libéraux conventionnés et installés au 1er janvier de l'année considérée. Elle est égale à 0,5 % du revenu net (dans la limite d'un revenu égal à 29 312 e). Soit donc pour 2004, 141 e. Pour la première année d'activité il vous en coûtera 31 e et pour la seconde de 45 e. Le paiement s'effectue en mai.

Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF)

La CARMF est le régime de retraite obligatoire des médecins libéraux. Elle comprend 3 régimes :

- le régime de base,
 - le régime complémentaire,
 - l'ASV (Avantage Social Vieillesse).
- Il faut leur ajouter le régime invalidité

décès et celui de préretraite (Allocation De remplacement de Revenus : ADR, et Mécanisme d'Incitation à la Cessation anticipée d'Activité : MICA qui prend fin en 2003).

La loi du 21 août 2003 réformant les retraites modifie les règles applicables au régime de base de la retraite des professions libérales. Tous les chiffres pour 2004 sont donnés sous réserve des décrets. Les cotisations pour 2004 et 2005 ne sont que provisionnelles et les premières régularisations de ce nouveau système n'interviendront qu'en 2006.

Cas particulier : Si vous n'avez jamais été affilié, la cotisation est forfaitaire les deux premières années :

- la première année vous payez 2 215 e (chiffres 2004 sous réserve des décrets),
- la deuxième année vous payez 2 501 e (chiffres 2004 sous réserve des décrets).

A partir de la 3ème année d'affiliation, la cotisation est proportionnelle au revenu de l'avant-dernière année.

La cotisation au régime complémentaire de retraite est depuis 1996, entièrement proportionnelle au revenu professionnel net (9 % en 2004).

Depuis 2004, la cotisation au régime de base est elle aussi proportionnelle au revenu, elle est provisionnelle

Sur demande aucune cotisation au régime de base ne peut être exigée les 12 premiers mois. Les cotisations du régime de base dues au titre de ces 12 mois peuvent, sur demande, faire l'objet d'un étalement sans majoration de retard sur une période qui ne peut excéder 5 ans.

DETAIL DES COTISATIONS CARMF DES 3 PREMIERES ANNEES D'AFFILIATION (sous réserve des décrets)

<i>Cotisations CARMF 2004</i>	1ère année d'affiliation	2ème année d'affiliation	3ème année d'affiliation
RÉGIME DE BASE	519 e 766 e (5)		Tranche 1 8,3 % jusqu'à 25255 e Tranche 2 1,6% de 25 255 e à 148 560 e (minimum 477 e) (1)
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (3) 0 0 9 % (4)			
INVALIDITÉ DÉCÈS 496 496 496			
AVANTAGE SOCIAL VIEILLESSE 1 200 1 200 1 200			
ALLOCATION DE REEMPLACEMENT 0 39 78			
TOTAL 2215 2501 Variable			

(1) Si le revenu < 5 782 la cotisation s'élève à 47 e.

(2) En 1ère année civile, la cotisation provisionnelle du régime de Base est calculée sur un revenu forfaitaire, correspondant à 18 fois la valeur de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF) au 1er octobre 2003. Elle est ensuite calculée en 2e année civile, à titre provisionnel, sur 27 fois cette même valeur.

(3) Le régime de retraite complémentaire est entièrement proportionnel au revenu professionnel net de l'avant-dernière année (dans la limite d'un plafond de 102 70 e). Les deux premières années d'affiliation, le jeune médecin ne paie pas de cotisation pour le régime complémentaire.

(4) 9 % du revenu de l'avant dernière année dans la limite de 102 70 e.

(5) Dans le cas où la deuxième année d'affiliation intervient en 2004, Si votre 2e année d'affiliation intervient en 2005 la cotisation provisionnelle est de 807 e

A partir de la 4ème d'affiliation Exemple de cotisation pour 2004 (sous réserve des décrets)

<i>Revenus</i>	Base		sect. 1 ID ADR Total	sect. 1			
	provisionnelle	Complémentaire ASV					
20 000 e	1 660 e	1 800 e	1 200 e	496 e	105 e	5 261 e	
60 000 e	2 652 e	5 400 e	1 200 e	496 e	315 e	10 063 e	
90 000 e	3 132 e	8 100 e	1 200 e	496 e	473 e	13 401 e	
148 560 e	4 069 e	9 243 e	1 200 e	496 e	780 e		15 788 e

- Des dispenses peuvent être accordées en cas d'insuffisance de revenus :
- pour le régime ASV dès la 1ère année,
- pour le régime complémentaire à partir de la 3ème année d'affiliation.

Il faut en faire la demande à la CARMF dans les 3 mois suivant l'appel de cotisation. Les dispenses de cotisation pour insuffisance de revenus entraînent une réduction du nombre de points de retraite. Celle-ci est proportionnelle au taux de dispense. Depuis 2004 il n'y a plus de réduction de cotisation pour le régime de base pour insuffisance de revenus.

TAUX DE DISPENSE DE COTISATIONS CARMF EN 2004 :

ASV	Revenu < à 10000 e	dispense de 100 %
Régime complémentaire	Revenu de 0 à 3 900 e	dispense de 100 %
	3 901 à 9 400 e	75 %
	9 401 à 15 700 e	50 %
	15 701 à 22 000 e	25 %
	Plus de 22 000 e	0%

NB : Il faut savoir que si vous demandez le report du paiement de vos cotisations CARMF, il vous sera demandé des majorations de retard.

EXONÉRATIONS POUR RAISON DE SANTÉ (avec acquisition de points de retraite)

En incapacité totale d'exercice	3 mois 6 mois
Régime de base	Néant 100 % de la cotisation annuelle
Régime complémentaire	100 % d'un semestre

- Depuis 2004, il n'y a plus Réduction de cotisation pour les femmes enceintes

CALCUL DES POINTS RETRAITES :

- Régime de base :
- Tranche 1 : Les points seront fixés par décrets soit selon les données actuelles 450 points pour 25 255 e de revenus. (Si les revenus sont inférieurs à 25 255 e les points sont proportionnels au revenu)
- Tranche 2 : Les points seront fixés par décrets soit selon les données actuelles 100 points pour un revenu plafond de 148 560 e (Pour la partie des revenus supérieurs à 25 255 e, les points sont calculés proportionnellement au revenu)
- Régime complémentaire : 1 point par tranche de 10 270 e avec un maximum de 10 points
- ASV : 27 points

Valeurs de points pour 2004

- Régime de Base : 0,484 e
- Régime complémentaire 69 e
- ASV : 15,55 e

Association de Gestion Agréée (AGA)

L'adhésion à une Association de Gestion Agréée (AGA) est facultative, mais vivement conseillée.

Le principal avantage de l'adhésion à une AGA est l'abattement de 20 % sur le bénéfice imposable n'excédant pas 111 900 e.

De plus, si vos recettes sont inférieures à 27 000 e prorata temporis, vous pouvez obtenir une réduction du montant de votre impôt correspondant aux frais d'adhésion à l'AGA (jusqu'à 915 e par an).

Il faut adhérer avant le 1er avril de l'année, ou dans les 3 premiers mois suivant le début de votre activité libérale pour une première adhésion. Le SNJMG est partenaire de l'AFGA (Association Française de Gestion Agréée) : celle-ci propose à nos adhérents une aide fiscale et juridique, notamment pour l'installation (cf. dernière page du guide).

Ordre des Médecins

Références : Ordonnance du 24/09/45 ; Art. L382 du code de la santé publique. Vous payez cette cotisation dès que vous êtes thésé :

- la 1ère année, vous devrez seulement les droits d'inscription : 31 e,
 - les 2 années suivantes, vous paierez 50 % de la cotisation, soit 117,50 e,
 - à partir de la 4ème année la cotisation annuelle s'élève à 235 e.
- Des réductions et exonérations sont prévues :
- exonération partielle ou totale en cas de difficultés financières. Il faudra alors justifier des ressources globales du foyer (fournir la photocopie des déclarations d'impôts 2042 N et 2035/ 2037),
 - 77 e pour les médecins exerçant à l'étranger.

TABLEAU DES COTISATIONS DES 3 PREMIERES ANNEES D'EXERCICE LIBERAL)

- Attention ! : Les cotisations mentionnées pour 1ère et 2ème année d'activité correspondent à la 1ère ou 2ème année d'AFFILIATION à l'URSSAF : Si vous avez été affilié avant votre installation en tant que remplaçant, vous paierez bien sûr les cotisations correspondant à votre année d'affiliation.

Cotisations 2004	Année d'affiliation	Allocations familiales	Assurance maladie	CSG CRDS CFP AGA
médecin 1ère 24 e 16 e 500 e				
installé 2ème 36 e 21 e 752 e 45 e	Conseillée			
en secteur 1 3ème et plus	15/05 et 15/08	(0,4% RP 2004 + 2,10) (1) puis s'y associe un ajustement (2)	0,11% (3)	CSG 7,5% (4) CRDS 0,5% (5)
	15/11 et 15/02			
Cotisations 2004	Année d'affiliation	CUM Taxe professionnelle		CARMF 2004 Ordre
médecin 1ère* 30 e				2 215 e (6) 31 e
installé 2ème * 45 e 2 501 e			Calcul sur la base de 1/10 des revenus et valeur locative des biens professionnels	117,50 e (7)
En secteur 1 3ème et plus 0,5 % du		revenu (6)		En fonction des revenus 117,50 e

(1) 0,4 % du revenu professionnel net de l'avant dernière année civile (RNADAC) + 2,10 sur la partie des revenus excédant 29 712 e. (2) Pour les appels à cotisation de novembre et février. (3) 0,11 % du RNADAC (4) 7,5 % sur le total reva lorisé du RNADAC après réintégration de charges sociales Obligatoires. (5) 0,5 % du revenu net de l'avant-dernière année après réintégration de charges Soci ales obligatoires. (6) depuis 2004 et sous réserve des décrets (7) correspond à 50 % de la cotisation normale. A partir de la 4ème année, la cotisation annuelle est de 235 e.

Prestations Sociales

Les prestations sociales comprennent les prestations en nature ou en espèces versées en cas de maladie, de maternité, ou d'invalidité.

Prestations maladie

Si vous exercez en secteur 1, vous devez être inscrit à la CPAM de votre domicile, au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Cette affiliation vous permettra en cas de maladie de bénéficier du régime général de la sécurité sociale pour ce qui est des prestations en nature, c'est à dire du remboursement à 65 % du tarif de la SS pour les actes et médicaments (identique au régime salarié). Libre à vous d'avoir une mutuelle complémentaire pour le remboursement du complément.

Pour bénéficier de ces prestations en nature, vous devez être inscrit à la CPAM et avoir fait trente jours d'activité libérale.

En ce qui concerne les prestations en espèces, vous ne recevrez rien de votre CPAM en cas d'arrêt maladie. Seules la CARMF ou une autre assurance prise à titre personnel peut vous verser des indemnités journalières (à partir du 91ème jour d'arrêt pour la CARMF, ou plus tôt pour d'autres assurances complémentaires : voir chapitre assurances). A compter du 91ème jour d'arrêt total de l'activité, la CARMF vous versera 82 e par jour (chiffre 2004).

Prestations maternité

Activité mixte

Si vous avez une activité mixte (libérale et

salariée), vous ne pourrez pas forcément cumuler les prestations des 2 régimes, même si vous cotisez aux 2 régimes. Les prestations en nature sont versées par le régime de sécu de l'activité principale au moment de la déclaration de grossesse. Les prestations en espèces ne sont cumulables qu'à trois conditions :

- 1) avoir exercé au cours d'une année civile les deux activités (libérale et salariée)
- 2) si l'activité salariée est considérée comme accessoire par rapport à l'activité libérale (c'est-à-dire que son revenu libéral est supérieur au revenu salarié)
- 3) si l'assurée justifie des conditions d'ouverture de ses droits à prestations du régime salarié (voir la CPAM pour le calcul).

C'est en pratique la CPAM qui se charge de faire ces calculs et vous dira à quelles prestations vous avez droit.

Conjoint collaborateur

Si votre femme est conjoint collaborateur, elle peut bénéficier de prestations maternité, adressez-vous à l'ACOMED, association des conjoints de médecins. (ACOMED : 120 avenue Charles De Gaulle ; 92200 Neuilly sur Seine)

Activité libérale exclusive

Ces prestations sont versées par la CPAM. Pour en bénéficier, vous devez donc remplir les mêmes conditions que pour la maladie, c'est-à-dire être affiliée à la CPAM et à jour de ses cotisations. Depuis le 31 mars 1995, les modalités de la protection maternité des femmes exerçant une activité libé-

rale ont sensiblement changé (Réf. : décret n° 95-336 du 28/03/95). Elles se composent de deux indemnités distinctes :

L'allocation forfaitaire de repos maternel

D'un montant égal au plafond mensuel moyen de la sécurité sociale, soit 2 476 e. Elle est versée en deux fois :

- la première moitié à la fin du 7ème mois de grossesse, après envoi à la caisse primaire d'assurance maladie du feuillet n° 5 du carnet de maternité (examen prénatal du 7ème mois).
- l'autre moitié à l'accouchement, après envoi à la CPAM du feuillet n° 8 du carnet de maternité (certificat d'accouchement).

L'allocation de repos maternel n'est pas soumise à l'arrêt du travail (contrairement à ce que son nom indique).

L'indemnité de cessation d'activité

Cette indemnité journalière forfaitaire n'est versée qu'en cas d'arrêt de travail

pendant 30 jours consécutifs (compris dans une période commençant 30 jours avant la date présumée de l'accouchement, et se terminant 30 jours après la date de l'accouchement). Son montant est égal à la moitié d'un plafond de la sécurité sociale, soit 1238 e au 01/01/04. Pour percevoir cette indemnité, il faut adresser à la CPAM un certificat médical requérant l'arrêt de travail, et une déclaration sur l'honneur de l'assurée attestant la cessation d'activité. Cet arrêt peut être prolongé d'une ou deux périodes de congés supplémentaires de 15 jours consécutifs. Dans ce cas, une indemnité de 619 e par quinzaine d'arrêt peut être perçue, sur présentation d'un certificat médical d'arrêt de travail et d'une déclaration sur l'honneur de la cessation de travail. En cas de grossesse pathologique ou multiple, un arrêt de 30 jours consécutifs supplémentaires (soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement) peut être accordé. Son indemnisation est accordé selon les mêmes modalités. En cas de naissance prématurée, l'arrêt

Détail des prestations maternité servies aux femmes médecins libéraux (2004)

Prestations Montant

Allocation de repos maternel	2476 e : 1238 e fin du 7ème mois 1238 e à l'accouchement
Indemnité journalière forfaitaire de cessation d'activité (entre 30 jours avant la date présumée d'accouchement et 30 jours après l'accouchement)	1238 e Euros pour 30 jours 1857 e pour 45 jours 2476 e pour 60 jours 3714 e pour 90 jours (gsse patho multiple)
TOTAL	2476 e si pas d'arrêt 3714 e si arrêt 30 jours 4333 e si arrêt 45 jours 4952 e si arrêt 60 jours 6190 e si arrêt 90 jours (gsse patho, multiple)

de travail peut être suspendu pendant la durée de l'hospitalisation et reporté au moment du retour à domicile.

Adoption

En cas d'adoption, le montant de l'allocation de repos maternel est de la moitié d'un plafond mensuel moyen de SS (soit 1 238 e au 01/01/04), et l'indemnité de cessation d'activité est accordée pour une durée de 30 jours, prolongés éventuellement de 15 jours. Cette durée devrait prochainement s'étendre à 60 jours pour les femmes adoptant plusieurs enfants à la fois.

Prestations paternité

Le congé paternité est accordé à partir du 1er janvier 2002 aux pères Praticiens libéraux et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), à l'occasion de la naissance de son enfant né à partir de cette date. Le congé paternité doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. Le congé paternité sera également accordé au père d'un enfant prématuré né en 2001 et dont la date présumée de naissance était postérieure au 31 décembre 2001. Dans ce cas, le délai pendant lequel le père peut prendre son congé paternité court du 1er janvier 2002 au 4e mois suivant la date présumée de la naissance de l'enfant.

La durée du congé paternité :

est de 11 jours calendaires consécutifs au plus (donc y compris samedis et dimanches). Cette durée peut-être prolongée à 18 jours en cas de grossesse multiple.

Le congé paternité n'est pas fractionnable.

Si le père le souhaite, il peut prendre un congé paternité d'une durée inférieure à 11 jours.

Le congé paternité doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. Le congé paternité peut donc être reporté dans le temps, notamment en cas d'hospitalisation de l'enfant.

Ainsi, le père peut donc disposer d'un congé de 14 jours à l'occasion de la naissance de son enfant.

En cas de décès de la mère, c'est le père qui bénéficie des congés maternité, auquel peuvent s'ajouter le congé paternité.

C'est la Caisse d'assurance maladie à laquelle le père est affilié, qui assure le paiement, par virement, de l'indemnité journalière paternité.

Pour en bénéficier :

- vous devez justifier auprès de votre Caisse d'assurance maladie de la filiation de votre enfant et adresser à votre Caisse d'assurance maladie :
 - une copie de l'acte de naissance de l'enfant ;
 - ou une copie du livret de famille mis à jour ;
 - ou, le cas échéant, la copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant.
- vous devez justifier de 10 mois d'immatriculation, en tant qu'assuré social, à la date du début du congé paternité.

Pour les médecins libéraux du régime PAMC, quel que soit leur revenu, l'indemnité journalière sera égale au 1/60 du plafond mensuel de la sécurité sociale soit 41,27 e par jour.

Prestations sociales et fiscalité

Certaines prestations sont imposables et doivent être intégrées dans les recettes : il s'agit des prestations maternité, des indemnités journalières versées en cas d'incapacité à exercer (celles

de la CARMF et celles d'une assurance prévoyance si vous avez opté pour la loi Madelin), et des rentes.

Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale sont assujetties à la CSG, à l'exception des rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

TABLEAU DES PRESTATIONS SOCIALES DES MEDECINS LIBERAUX

Profession	Assurance maladie	ALD	Accident du travail	Maternité (01/01/04)	Invalidité (2004)	Retraite	Décès (2004)
N A T U R E médecin généraliste installé	Régime général	100 % pour tous les soins en rapport avec l'ALD	• régime général • 100 % si une assurance complémentaire a été souscrite (CPAM ou mutuelle)	100 % pour les prestations liées à la maternité	100 %	Régime général	Par la CARMF : 4000 e versés de suite + rente de 4610 e à 9681 e / an pour le conjoint et de 6108 e / an par enfant à charge
	en cas d'incapacité à exercer, la CARMF verse 82 e/ j du 91ème jour au 36ème mois	idem	arrêt maladie	• repos maternel : 2476 e • indemnité de cessation d'activité : 1238 e à 3714 e	pension de 6360 e à 14840 e / an + 10 % si 3 enfants	en fonction des versements à la CARMF	Capital décès versé par CPAM

Introduction

Pour le médecin généraliste, l'automobile est un outil de travail important. Sans être du matériel médical réel, ce sera votre outil quotidien et, même si la part des visites tend à se réduire, un médecin doit pouvoir se déplacer à tout moment, et notamment lorsqu'il est de garde.

Neuf ou d'occasion, votre véhicule doit être en bon état de fonctionnement et sa charge financière réduite au maximum. Différentes options s'offrent à vous lors de l'acquisition du véhicule et lors de la déclaration fiscale. Avant de choisir entre le cabriolet et le coupé sport plongeons nous dans la fiscalité.

Fiscalité du Véhicule

Au moment de votre déclaration fiscale vous aurez à exprimer vos frais soit par une évaluation forfaitaire par barème kilométrique, soit par les frais réels. Cette option est prise pour l'année entière au 1er Janvier, ce qui ne vous interdit pas de faire le calcul en frais réels et d'opter finalement pour le forfait.

L'évaluation forfaitaire avec barème kilométrique

Ce barème recouvre :

- l'amortissement du véhicule
- les dépenses d'entretien et de réparations courantes
- le carburant
- l'assurance
- les frais financiers (intérêts d'emprunts, leasing)

Mais ne comprend pas la location d'un parking / garage.

L'essentiel de votre travail se réduit à noter votre kilométrage annuel et faire sa répartition entre ce qui est professionnel et personnel. Sachez que le trajet domicile-cabinet est inclus jusqu'à une distance maximale de 40 Km ; au delà, certaines dérogations sont accordées (possession de logement acquis près d'un ancien emploi, activité éloignée du conjoint...). Ce système, outre sa simplicité, convient particulièrement si vous possédez un bonus maximum et un véhicule qui vous coûte peu en entretien et consomme peu de carburant dans sa catégorie. Si vous pensez ne pas appartenir à cette catégorie vous pouvez avoir intérêt à calculer les frais réels et comparer. L'administration fiscale fournit chaque année un barème qui est fonction de la puissance du véhicule et du kilométrage parcouru.

Les frais réels

C'est le plus juste, le plus fastidieux mais pas toujours le plus intéressant ; tous les frais relatifs à l'utilisation du véhicule doivent être comptabilisés et appuyés par des pièces justificatives correspondantes soit : assurance, essence, entretiens, lavages, vidanges, réparations courantes, péages, frais de stationnement.

Si vous décidez d'inscrire votre véhicule au registre des immobilisations et amortissements, vous pouvez déduire en plus l'amortissement et les intérêts d'emprunt éventuels.

Dans les deux options vous devrez tenir compte de la part d'utilisation privée et professionnelle de votre véhicule.

Achat d'un véhicule

Neuf ou occasion, cash ou à crédit, inscription à l'actif professionnel ou pas, autant d'interrogations que nous allons essayer d'éclaircir.

Neuf ou occasion ?

Tout d'abord, sachez que nous ne sommes pas assujettis à la TVA, donc nous ne pouvons tirer profit des véhicules utilitaires ou de société. Avec la disparition de l'inflation et le grand nombre de véhicules, il n'y a pas d'espoir de plus value. Pour simplifier, faites en fonction de vos moyens. Si vous pouvez acheter du neuf, tant mieux, mais les occasions récentes sont souvent d'un bon rapport qualité / kilométrage / prix. La vraie question est l'inscription ou non au registre du patrimoine professionnel, c'est-à-dire au registre des immobilisations. Cette inscription permet de déduire l'amortissement et l'ensemble des charges réelles de propriété dans la limite de l'utilisation professionnelle. En cas de sortie d'actif (cession ou conservation à titre privé) une plus ou moins value devra être déduite. Il est conseillé d'inscrire un taux d'amortissement de 20 % pour « augmenter » la valeur résiduelle du véhicule. Il convient de préciser que l'option pour la déduction des frais réels, sans inscription du véhicule au registre des immobilisations et amortissements, ne revêt pas un grand intérêt puisqu'elle prive le médecin de la possibilité de déduire les charges de propriété du véhicule.

L'amortissement du véhicule

Sachez qu'il est plafonné sur 5 ans en fonction de la date de première mise en

circulation du véhicule (de 5335,72 Euros pour un véhicule mise en circulation avant le 1 juillet 1985 à 18 300 euros pour un véhicule mis en circulation à compter du 1 janvier 2002), les véhicules d'occasion peuvent aussi être amortis (votre aga serait peut-être utile...)

Cash ou crédit ?

Les jeunes médecins qui s'installent ont rarement les moyens d'investir dans un véhicule neuf en payant comptant ; s'agissant d'un investissement professionnel, autant recourir à un financement extérieur. Le crédit-bail ou leasing a longtemps eu la cote (formule simple sur le plan matériel et fiscal) mais les perspectives de plus-value sont désormais inexistantes. Le crédit bail est intéressant si l'on veut une voiture neuve et en bonne état tous les 2 ans. Le crédit sur quatre ou cinq ans permet une forte déduction dans la première période et justifie alors pleinement le choix de l'option frais réels.

Conclusion

Si vous possédez déjà un véhicule en bon état et que vos moyens vous encouragent à le bichonner optez a priori pour le barème kilométrique, on ne fait pas plus simple, et si votre voiture ne passe pas son temps chez le garagiste en consommant 15 litres au 100 vous y gagnez (le barème est large).

Si vous investissez et en particulier à crédit, l'option des frais réels peut être intéressante, mais vous devrez être rigoureux, bien garder toutes les factures, et passer quelques bons moments, armé de votre calculatrice.

Nomenclatures des Actes

<i>Lettres-clés</i>	Actes ou Majorations	Tarif en Euros métropole	Antilles Guyane Réunion
C	Consultation au cabinet 20 22 24		
C ALD	Bilan de santé annuel ALD 30, obligation de compte-rendu	26 28,60 31,20	
F	Majorations pour consultation au cab. ou à domicile non justifiée Dimanche, fériés ou samedi après-midi	19,06 19,06 19,06	
N	Majoration de début et fin de nuit (20h-24h et 6h-8h)	35 35 35	
MN	Majoration de milieu de nuit (0h-6h) 40 40 40		
V	Visite de jour au domicile 20 22 24		
MU (U pour FSE)	Maj. d'Urgence (cumulable uniquement avec V +/- ECG) 22,60 22,91 23,26		
MD	Majoration de Déplacement de jour (pour les situations reconnues justifiant un soin à domicile)	10 10 10	
	Majoration de Déplacement de Nuit (pour les situations reconnues justifiant un soin à domicile)		
MDN	• Actes effectués entre 20h et 24 heures et 6 et 8 heures	38,50	38,85 39,20
MDI	• Actes effectués entre minuit et 6 heures	43,50	43,85 44,20
MDD	Majorations de Déplacement de Dimanche, fériés ou samedi après-midi (pour les situations reconnues justifiant un soin à domicile)	22,60 22,91 23,26	
IK	Indemnité Kilométrique (cumulable avec MD et MU)		
	• Plaine : (au delà de 12 kms aller-retour depuis le cabinet)	0,61/km	0,67/km 0,73/km
	• Montagne : (au delà de 6 kms aller-retour du cabinet)	0,91/km	1,01/km 1,10/km
	• A pied ou à Ski	4,57/km	5,03/km 5,49/km
FPE	Forfait pédiatrique pour le 8ème jour, 9ème mois et le 24ème mois (avec certificat de santé à envoyer dans un délai de 8 jours au médecin de PMI)	555	
MSU	Maj. Pour Soins d'Urgence (au cabinet) = K 14 (Cumulable avec ECG et actes spécifiques en K ou KC, hors C)	26,89 26,89 26,89	

<i>Lettres-clés</i>	Actes ou Majorations	Tarif en Euros métropole	Antilles Guyane Réunion
KC	Actes de chirurgie 2,09 2,09 2,09		
K	Autres actes de spécialité 1,92 1,92 1,92		
K 25	Acte d'urgence / réa. au Cabinet ou à Domicile (Cumulable avec ID, IK, ECG, Dimanche et Nuit) 48,02 48,02 48,02		
K 6,5	ECG au Cabinet (cumulable à tout autre acte ex. :C) 12,49 12,49 12,49		
K 6,5 +K 5	ECG à Domicile (cumulable à tout autre acte ex. :V+ MD/IK) 22,09 22,09 22,09		

Synthèse pour les Visites

<i>Lettres-clés</i>	Actes ou Majorations	Tarif en Euros métropole	Antilles Guyane Réunion
VMD (+/- IK)	Visite médicalement justifiée de jour en semaine (=V+MD)	30 32 34	
VMDD(+/- IK)	Visite médicalement justifiée de jour le dimanche, en jour férié ou le samedi après midi	42,60 44,91 47,26	
VMDI (+/- IK)	Visite médicalement justifiée de nuit entre 0h et 6h	63,50 65,85 68,20	
VMDN (+/- IK)	Visite médicalement justifiée de nuit (20h - 24h ou 6h - 8h)	58,50 60,85 63,20	
VMU (+/- IK)	Visite à la demande du SAMU ou à la demande motivée du patient	42,60 44,91 47,26	

Sutures au Cabinet

Actes ou Majorations	Tarif en Euros métropole, Antilles Guyane	Réunion
Plaie Superficielle KC 5 + K 14 37,33		
Superf. Main / Face KC 5 + KC 5/2 + K 14 42,56		
Plaie Profonde (sut. en 2 plans) KC 20 + K 14 68,68		
Prof. Main / Face KC 20 + KC 20/2 + K 14 89,58		
TT Ortho. Fracture Fermée (Platre) KC 10 + K 14 47,78		
Hémostase Nasale K 10 + K 14 46,08		

Les Logiciels Informatiques

Nous ne pouvons pas citer tous les logiciels, mais nous en avons sélectionné quelques uns parmi les plus utilisés et ceux avec lesquels nous avons le plus l'habitude de travailler. Il est difficile de ne pas faire catalogue, mais nous espérons que ces tableaux aideront votre choix dans ce labyrinthe que sont les logiciels. Nous ne pouvons que vous inciter à les essayer et à vous mettre en garde sur les sociétés de logiciels médicaux peu fiables qui ont mis certains médecins dans de grosses difficultés quand elles ont fermé.

A coté du logiciel médical proprement dit, chaque société propose un logiciel de télétransmission (cf chapitre précédant) un logiciel de comptabilité intégrée, une mise en réseau dans le cas les médecins souhaitent travailler en réseau (c'est à dire avec un accès à la fiche patient de son associé) et un logiciel pour recevoir les résultats du laboratoire directement sur son écran. Pour le choix du logiciel, il est important de voir le nombre d'utilisateurs car plus le logiciel a d'utilisateurs plus sa pérennité est assurée.

HELLODOC
(Ste Imagine)
11bd Marsan Montbrun
33780 Soulac ;
tel 0820398398 ;
www.hellodoc.com

Facilité d'emploi :
Simple Interface assez dense

Saisie de la consultation :
proche des formats
de microsoft

Rédaction de l'Ordonnance :
Simple. Possibilité de créer son
glossaire , interactions visibles

**Communication des résultats
du laboratoire**
par le système HPRIM

TARIFS «
463 e à 1335 e pour l'ensemble
des logiciel et la relation avec le
laboratoire

Assistance
125 e par an

Nb D'utilisateurs :
>10 000 Ss PC

AXILOG
(Gpe France Télécom)
59A av de Toulouse
34000 Montpellier ;
tel 0825013333;
www.axilog.fr

Facilité d'emploi :
Lisible. Interface : Tout à l'écran

Saisie de la consultation :
libre et facile

Rédaction de l'Ordonnance :
simple ; interactions visibles

**Communication des résultats
du laboratoire**
par le système HPRIM

TARIFS
152 à 1220 e

Nb d'utilisateurs :
> 10 000 Ss PC

MEDISTORY
(Sté Prokov Editions),
98 bis, rue Saint-Nicolas,
BP 703, 54064 Nancy;
tél. 0383177700;
www.prokov.com

Facilité d'emploi :
Simple Interface agréable

Saisie de la consultation :
libre avec l'aide du glossaire qui
facilite la saisie Medistory 3 offre
plus de possibilités

Rédaction de l'Ordonnance :
texte libre avec pharmaco cor-
recteur saisie avec le glossaire

**Communication des résultats
du laboratoire**
par le système HPRIM

TARIFS
1300 e

Assistance
gratuite

Nb utilisateurs :
entre 5000 et 10000
Uniquement MAC

EGLANTINE
(BHG Eglantine)
1 rue Ch Peguy
41000 Vendome ;
tél 0254674151 ;
www.eglantine-info.fr.

Facilité d'emploi :
Très simple Interface agréable

Saisie de la consultation :
libre et très simple

Rédaction de l'Ordonnance :
Simple.

**Communication des résultats
du laboratoire**
par le système HPRIM

TARIFS
pack optima 1750 e (logiciels
+installation); eglantine 1340 e;

Assistance
maintenance payante 406 e par
an.

Nb D'utilisateurs :
entre 1500 et 5000

MEDICLICK
(Cegedim (2)
logiciel médicaux
1222 av Agusseau
92100 Boulogne
tel 0149093130

Facilité d'emploi :
Complexe Interface. Vision d'en-
semble sur l'écran

Saisie de la consultation :
assez complexe mais beaucoup
de possibilités.

Rédaction de l'Ordonnance :

**Communication des résultats
du laboratoire**
par le système HPRIM

TARIFS
1370 e

Nb d'utilisateurs :
entre 1500 et 5000

123 SANTE
(Avenir télématique)
1 rue M. Faradey
19000 Bourges,
tél 0248248182

Facilité d'emploi :
Facile

Saisie de la consultation :
Mise en place de l'Ordonnance

Rédaction de l'Ordonnance :
texte libre avec pharmaco cor-
recteur saisie avec le glossaire

**Communication des résultats
du laboratoire**
par le système HPRIM

TARIFS
1428 e

Assistance
159 e par an

Nb utilisateurs :
entre 1500 et 5000
Ss PC

(1) Les tarifs sont pour 2004 et pour un seul poste donc cela ne prend pas en compte l'ordinateur ni la mise en réseau

(2) Cegedim : système de gestion des équipes de promotion pharmaceutiques

(3) L'estimation du nombre d'utilisateur est extraite du Quotidien du Médecin.

Nous citerons les autres logiciels avec leur coordonnées téléphoniques :

ALTYSE (Actylise) 01477006202 ; API SANTE (API Santé) 0820300406 ; COXXI32 (CRI) 0191323282 ;
CROSSWAY (Cegedim) 0149093130 ; DOCWARE (Cegedim) 0149098478 ; FISIMED (FISI) 0148199800 ;
MEGABASE (O1 santé) 0493190149 ; MEDIPRATIK (Pratilog) 0240522829 ; MEDIWIN 0388617288 ;
MEDIMUST (Must) 0231062200 ; MEDI4000 (RM) 0565760300 ; POPYRUS (Gpe Uni) 0164864068 ;
TOPAZE (gpe Idea) 0492914914

Si les ordinateurs, le logiciel de gestion du dossier médical peuvent présenter une avancée pour la pratique médicale, la télétransmission, quant à elle, ne correspond qu'à la saisie informatique des feuilles de soins et à leur envoi aux différentes caisses. Elle fera plutôt partie des tâches administratives de l'exercice médical quotidien. L'obligation de télétransmission date « des ordonnances Juppé » en 1996, et est effective depuis le 1er janvier de l'an 2000.

En effet, dans le cadre de la modernisation de la médecine, les pouvoirs publics ont pensé à supprimer le traitement manuel des feuilles de soins. Les personnes travaillant à ce poste serviront désormais au contrôle médical. Le remplissage des feuilles de soins est remplacé par un appareil bifente (lecteur de carte Sésame-Vitale / Carte de professionnel de santé), donnant l'image d'un professionnel de santé jeune et moderne (rappelons que cela concerne tous les professionnels de santé : pharmaciens, médecins, chirurgiens dentistes, ergothérapeutes, audioprothésistes, psychomotriciens, sage-femme, infirmières...).

Mais les résultats à un an de la date officielle du démarrage de la télétransmission traduisent un lent démarrage que les caisses n'avaient pas prévu (seulement 10 % des médecins télétransmettent en janvier 2000, la progression est de 1 % / mois environ), surtout quand on sait que cela a demandé plus dix années de travail et a coûté quelques milliards de francs !

En pratique, ce qu'il faut faire

Aller voir l'éditeur de votre logiciel de gestion de cabinet médical qui a sûrement développé un progiciel de télétransmission agréé et interfaçable avec votre logiciel médical permettant parfois de gagner du temps dans la création de dossiers médicaux (vérifier quand même l'agrément sur le 3615 CNDA ou www.cnda-vitale.org). En effet, le fait d'introduire la carte vitale en début de consultation permet de créer automatiquement, sans saisie, un nouveau dossier pour le patient et ses ayant-droits.

Procurez-vous la CPS (Carte de professionnel de santé) auprès du GIP-CPS, une lettre écrite suffit et la carte CPS est gratuite pendant les deux premières années (prise en charge par la CNAM)

Pour éviter les problèmes de maintenance du logiciel de gestion de télétransmission ou de l'appareil, il vaut mieux acheter l'appareil bifente auprès du même éditeur de logiciel, qui viendra vous l'installer et paramétrer l'ensemble afin que tout fonctionne correctement, mais surtout lorsqu'il y aura un problème, qu'il puisse vous dépanner l'ensemble. Certaines caisses peuvent vous en prêter un, profitez-en, cela ne durera pas. Si vous utilisez la carte bancaire à votre cabinet, vous pouvez également englober la maintenance du lecteur vitale avec celle du

lecteur CB : cela revient à environ 15.24 e/ mois. Les 2 principaux avantages sont le changement de l'appareil dans les 24 heures en cas de panne, et la mise à disposition d'un lecteur mixte CB / vitale...

Abonnez-vous à (au choix) :

RSS (Réseau Santé Social)

Pour son accès sécurisé direct (une installation de kit spécifique est nécessaire par un technicien), mais il est possible de passer par un intermédiaire (concentrateur ou provider).

Un concentrateur comme Medsyn ou Libéralis

(qui passeront eux-mêmes par RSS et idem pour le kit spécifique) pour l'intérêt d'avoir un intermédiaire face aux caisses et les différents services de valeur ajoutée fournis.

Un Provider d'Internet

(Comme Wanadoo-santé, Club-Internet médical, ou tout autre fournisseur d'accès non spécialisé), pour ceux qui possèdent un logiciel agréé seulement pour Internet (ça existe). Il faut savoir alors que les données transmises ne sont pas sécurisées.

Certains éditeurs de logiciel médical exigeront que l'accès au RSS ou au provider soit connecté avant de venir vous installer leur appareil bifente et le progiciel de télétransmission. En effet cela peut demander du temps d'installer le kit de connexion au RSS ou de paramétrer l'accès au provider.

Problèmes liés à la télétransmission

Problèmes liés aux cartes

Les problèmes liés aux patients et à la carte Vitale

- s'il oublie d'apporter sa carte : il faut faire alors une feuille de soins classique
- s'il oublie d'apporter l'attestation d'aide médicale (il existe un appareil qui coûte environ 30.49 euros permettant de déchiffrer ce qui est marqué sur la puce de la carte vitale : ses droits entre autres).
- s'il a l'aide médicale, vous devez configurer vous-même à la main les huit chiffres (la puce de la carte utilise la plage de la mutuelle complémentaire pour le moment vacante)
- s'il s'agit d'un acte concernant un accident de travail ou une exonération du ticket modérateur comme le sixième mois de grossesse ou les examens obligatoires de l'enfant (9ème et 24ème mois), vous ne devez pas utiliser la carte et revenir au papier.

NB : La diffusion et l'évolution de la carte vitale et la mise en place de la CMU devraient résoudre ces problèmes.

Les problèmes liés à votre carte CPS (Carte de professionnel de santé)

La CPS est personnelle (le transfert de responsabilité vous incombe seul). Pour le moment, il n'y a qu'elle qui permet d'effectuer la télétransmission, cela veut dire que la secrétaire ne peut pas le faire et que les remplaçants non plus. (Par

conséquent, vos remplaçants doivent revenir au papier.)

Mais vous pouvez toujours déléguer à vos risques et périls.

La carte CPS possède un code à chiffres de 10 Puissance n, d'où des millions de possibilités ; quant aux petits hackers (pirates) qui veulent la déchiffrer, ils auront beaucoup de mal. La sécurité d'accès est draconienne, contrairement à l'Internet où vous n'avez qu'un code d'accès avec un nombre de chiffres plus limité.

Problèmes liés au lecteur de carte vitale (appareil bifente)

C'est lui qui gère les FSE (feuilles de soins électroniques) en lots puis les distribue vers les différentes caisses.

Les inventeurs de ce système se vantent de sa nouvelle technicité complexe (trop justement, car c'est elle qui pose problème), ils justifient les deux fentes par une plus grande sécurité (on l'a vu plus haut).

En pratique :

- cet appareil lit plus difficilement les cartes avec une puce ronde (carré c'est mieux),
- les noms de famille en majuscule n'ont parfois plus d'accent (Mahé devient Mahe), d'où une méconnaissance de l'ordinateur qui demande à créer une nouvelle fiche patient,
- à l'intérieur il y a un logiciel qui permet de créer les différents lots vers les différentes caisses, seulement il peut se déprogrammer de temps en temps et sa reprogrammation est difficile à faire et nécessite la venue de la maintenance (600 F environ),

- l'appareil reste coûteux entre 304.90 à plus de 762.25 e,

- la maintenance coûte 10 % du prix de l'appareil par an.

Conclusion :

c'est un appareil cher, lent, fragile et qui augmente les contraintes de la télétransmission. Espérons que les progrès technologiques sauront résoudre ces problèmes...

Problèmes liés au progiciel (il coûte environ 228.67 e)

Vous devez vous procurer un progiciel agréé par la CNDA (Centre National D'Agrément - au 3615 CNDA ou www.cnda-vitale.org) qui permet la télétransmission des feuilles de soins électroniques vers le Réseau Santé Sociale (RSS) directement et presque exclusivement (via Internet plus récemment). Vérifier s'il est compatible avec votre logiciel de gestion des dossiers médicaux. Même s'il est agréé, en pratique, il peut lui aussi poser des problèmes en créant des plantages.

Problèmes liés au kit spécifique Réseau Santé Social

Si vous vous abonnez au Réseau Santé Social, il vous faut le kit spécifique pour vous connecter au réseau. Mais comme vous êtes déjà branché sur la ligne téléphonique (le modem, le répondeur, etc.), il faut qu'un spécialiste vienne vous l'installer. Vous devez fermer le cabinet médical une demi-journée, voire plus (si des problèmes se posent). Cela vous coûterait la bagatelle de 121.96 e environ.

Problèmes liés à la ligne téléphonique

- vous allez utiliser des lignes téléphoniques pour télétransmettre, attendez-vous à une augmentation de vos frais téléphoniques : lorsque vous répétez plusieurs fois la même connexion qui ne marche pas, lorsque vous aurez à courir après le service technique des caisses pour savoir pourquoi vous ne recevez pas les accusés de réception, mais surtout si vous attrapez le virus Internet et que vous voulez à tout prix connaître le résultat du Match de Foot !
- la télétransmission peut être parfois lente, voire impossible. Car à certaines heures (19 à 20 H) tout le monde se branche sur le réseau, l'embouteillage est réel pour les quelques aventuriers de la télétransmission alors que le Réseau Santé Social a été initialement prévu pour une connexion de plus de 400 000 professionnels de santé en même temps. Heureusement la télétransmission en heures creuses ne prend pas plus de quelques secondes.
- autre problème : la télétransmission vous oblige souvent à être présent physiquement (mais là aussi, des solutions sont en cours de développement)
- si vous êtes plusieurs associés et que vous utilisez une ligne Numéris : il vous est impossible pour le moment de télétransmettre, car la ligne téléphonique doit être propre à chacun, sinon le routeur (un super Modem) ne fait pas la différence entre les différents praticiens.

Problèmes liés au réseau santé social (RSS)

Le groupe Cégétel (filiale du groupe Vivendi) a eu le marché d'exclusivité du

transfert des flux finaux pour 5 ans (pour la part obligatoire des caisses).

L'ambition est de créer un intranet médical. L'accès est réservé aux professionnels de santé possédant la carte de CPS, et sécurisé (il existe un serveur vérifiant la signature électronique de chacun, cette identification est la différence avec l'Internet classique). L'Intranet médical permet de consulter des renseignements médicaux (pas de publicité de laboratoire, en principe), d'échanger des données sécurisées par l'intermédiaire des boîtes aux lettres électroniques. C'est à partir de ce réseau que vont être acheminées des FSE vers les différentes caisses (CPAM, MSA, etc...). L'abonnement à ce réseau coûte environ 20.58 e par mois pour une connexion illimitée et 5.34 e par mois pour trois heures. Cette dernière solution convient à ceux qui ne veulent que télétransmettre, car sur ce Réseau Santé Social, il est possible de retourner sur l'autoroute de l'information classique qu'est l'Internet.

Problèmes liés aux accusés de réception logique (ARL)

Ils sont générés par les différentes caisses lors de la réception des FSE : ils sont redistribués par votre ligne téléphonique via le RSS en retour des FSE. Il existe plusieurs centres techniques informatiques (CTI) en France pour générer ces ARL.

Les problèmes :

les ARL générés par les grands organismes comme la CNAM sont rapides (15 minutes environ). Malheureusement

certaines petites caisses sont plus lentes (personnels non remplacés pendant des congés maladie par exemple), ce qui explique un certain nombre de non réception d'ARL. Ce défaut de réception entraîne l'apparition d'un message de réexpédition de FSE par le progiciel ; en faisant cette manœuvre certains patients peuvent être remboursés deux ou trois fois.

D'autres régimes émettent les ARL deux fois, cela bloque le logiciel (il existe des FSE ventouses : c'est-à-dire qu'ils ne veulent se mettre dans aucun des lots). Mais comme il y a transfert de responsabilité de remboursement, si le patient n'est pas remboursé à temps, il viendra râler auprès de vous, cher docteur...

Sachez garder les ARL (imprimez-les). Car les régimes qui les émettent les détruisent au bout de 90 jours. Le fait de recevoir les ARL ne signifie pas que le contenu des FSE soit conforme (car non traité encore). Bref, vous voyez la galère, il faut toujours apporter la preuve de votre innocence !

Mais quand ça marche, vous et les patients seront remboursés plus rapidement (de l'ordre de 3 à 4 jours).

Problèmes liés aux différents intermédiaires avant d'accéder au RSS

Exemple :

- Wanadoo santé
- Santenet Cegedim
- Libéralis
- Medsyn
- Club-internet médical

L'avenant de Mai 1999 prévoit une possibilité aux concentrateurs [comme Libé-

ralis (= une douzaine d'unions professionnelles) ou Medsyn (MG-France)] d'être des intermédiaires. Par exemple : l'abonnement à Medsyn coûte 252.11 e par mois, cela permet d'accéder à l'Internet, de télétransmettre (par voie Internet, donc moins sécurisé ; des progiciels agréés Medsyn sont en attente). L'intérêt de passer par ces concentrateurs, c'est peut-être d'avoir une structure qui gèrera les divers problèmes que vous pourrez rencontrer (si vous n'avez pas compris, alors relisez les 7 étapes précédentes) et qui sera l'intermédiaire entre vous et les caisses.

Comme les flux mutuelle (= part complémentaire) peuvent ne pas passer par le RSS (il n'a l'exclusivité que du flux obligatoire), les concentrateurs négocieront désormais leur nombre d'adhérents pour pouvoir vendre leurs flux à l'avenir.

Avenant de mai 99 concernant la télétransmission

Diversification des formules techniques

Formule conventionnelle

C'est celle que nous venons de citer, c'est une solution avec encore des contraintes.

Système bouclé = solution minimale

C'est un dispositif permettant seulement la télétransmission (on shunte l'ordinateur et le progiciel), que l'on peut utiliser en visite également.

C'est une solution plus légère, mais qui

pour le moment coûte encore cher : jusqu'à 1829.39 e.

Autre solution : utilisation des lecteurs monofente

- Exemple : futur clavier avec une fente intégrée permettant le paiement par carte bancaire, par ex. pour les achats sur Internet.
- Problèmes : y aura-t-il autant de sécurité qu'avec un appareil bifente ?

Indemnisation de la télétransmission

Un accord a été signé en mai 1999 entre les partenaires de la convention des généralistes (les caisses d'assurance maladie et le syndicat M.G. France) prenant la forme d'un avenant conventionnel, mettant en place, enfin, une indemnisation des feuilles de soins électronique, afin de relancer la télétransmission qui végète en France.

L'indemnisation du traitement des feuilles de soins satisfait ainsi la revendication des médecins expérimentateurs et de ceux qui se sont lancés depuis un an, et qui sans cesse décrient le surcoût financier qu'entraîne la mise en place de la télétransmission des FSE.

N'oublions pas que la télétransmission satisfait avant tout le patient qui n'a plus de feuilles à remplir et à envoyer (il y a là la nouvelle notion de transfert de responsabilités, ce sont les médecins qui deviennent responsables du remboursement des patients), mais il est remboursé en quelques jours (moins d'une semaine).

Cet accord ne concerne pour le moment que les généralistes et serait étendu aux spécialistes, par exemple, sous forme

d'un avenant au règlement conventionnel minimum et pour toute la durée de la convention.

Les modalités pratiques sont les suivantes : 0.06 e / feuille de soins électronique

La moyenne des médecins se situe à 5 000 actes par an, soit $5\,000 \times 0.06 = 300$ e / an

Quant aux médecins qui ont une grosse clientèle, l'indemnisation du nombre d'actes est plafonnée à 7 500 actes /an soit : $7\,500 \times 0,06 = 450$ e par an.

Chaque année au 1er mars, la caisse vous versera une somme globale située entre 304.90 euros et 457.35 e correspondant à l'ensemble des actes effectués l'année précédente (ou le nombre de FSE transmises, pour lesquelles vous aurez enregistré l'ARL. Ceci permet de prémunir les médecins, en matière de responsabilité civile, contre les litiges liés au transfert de responsabilité.

Exemple d'un jeune généraliste installé depuis peu

Avec une moyenne 15 actes par jour : il se verra attribuer au 1er mars de l'an 2001 : 293.31 e, seulement s'il a démarré la télétransmission au 1er juillet 2000. Puis ensuite il aura 205.81 e par an d'indemnisation soit un total perçu pour les trois premières années de : $293.31 + 201.99 + 201.99 = 697.29$ e
Après un rapide calcul vous aurez compris que la télétransmission avec la solution la moins chère vous coûtera environ 914.69 e par an hors frais de communications la première année et entre 228.67 e et 304.90 e à partir de la deuxième année (hors frais de communication, de reprogrammation, de plantage, etc.).

Si vous prenez une maintenance, autant prendre une maintenance combinée CB / vitale. La maigre rémunération que va rapporter l'indemnisation (surtout pour les confrères fraîchement installés) sera symbolique.

Le passage à l'Euro

Toutes les modifications du matériel, du logiciel pour raisons indépendantes aux médecins seront à la charge de la caisse, le principe étant acquis (mais pas les modalités de paiement...)

Option médecin - référent, tiers-payant

Pour la dispense d'avance de frais, si le médecin est en visite, alors il lui est désormais possible de faire des FSE dégradées qui seront ensuite transmises en lots par fax à différentes caisses (ces feuilles seront indemnisées 0.06 e).

Conclusion

Se lancer dans la télétransmission peut paraître lourd, mais une fois qu'elle est mise en place, le patient y trouvera son compte.

Cela ne doit pas décourager celles ou ceux qui vont se lancer dans la télétransmission lors de leur installation. Après tout, on s'y habitue vite, les diffi-

cultés techniques s'amenuisent forcément avec le temps et cela peut même présenter un réel gain de temps pour les médecins avec une forte population CMU (plus besoin de tout écrire), ou celles et ceux qui seront médecins référents.

Le seul danger potentiel de la télétransmission (celui qui mobilise le SNJMG) concerne le codage des pathologies et des prescriptions.

NB : Depuis quelque temps la télétransmission avec une connexion Internet ADSL est possible et semble fonctionner sans problème avec un gain de temps lié à la vitesse de télétransmission.

Dans tous les cas, à l'heure actuelle, un accès Internet (quelque soit son débit) est indispensable, pour un médecin installé. C'est la possibilité de communiquer avec d'autres confrères pour tous types de discussions (syndicale, médicale, informatique médicale, etc..)

C'est aussi la possibilité d'être informé rapidement en cas d'alerte sanitaire, pour suivre l'évolution de l'épidémie de grippe annuelle, avoir accès à des info sur le Web sur des pathologies que l'on ne connaît pas bien. (pour cela nous ne pouvons que vous conseiller le site du CHU de Rouen qui répertorie tous les sites en fonction d'un sujet médical : www.chu-rouen.fr)

Ordre des médecins

Créé en 1940 puis refondé en 1945, l'Ordre des médecins « groupe obligatoirement tous les médecins habilités à exercer leur art en France » (article L381 du code de la santé publique). Il « veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie (...), il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la fonction médicale » (Article L382 du code de la santé publique).

Conseils départementaux

Composition du Conseil

Chaque Conseil départemental est composé de neuf à vingt-quatre membres, en fonction du nombre de médecins inscrits au tableau, élus par l'assemblée générale de ces médecins. Sont éligibles les médecins de nationalité française, âgés de trente ans révolus, inscrits à l'Ordre depuis au moins trois ans, n'ayant pas subi de plainte disciplinaire, d'avertissement ou de blâme depuis moins de trois ans ou d'interdiction d'exercice sans condition de délai. Le président du Conseil départemental est élu tous les deux ans après renouvellement du tiers du Conseil. Tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre est électeur des membres du conseil départemental.

Attributions du Conseil

Le Conseil départemental n'a que des fonctions administratives : il statue sur les inscriptions au tableau, il autorise le président à ester en justice, à accepter tout don et legs fait à l'Ordre, à transiger et à contracter tout emprunt. Il n'a pas de pouvoir disciplinaire : il ne fait que transmettre au Conseil régional les plaintes portées devant lui avec un avis motivé.

Conseils régionaux

Composition du Conseil

Sauf pour les régions Ile de France et Rhône-Alpes, le Conseil régional comprend neuf membres titulaires et neuf membres suppléants. Ils sont élus pour neuf ans et renouvelables tous les trois ans par tiers. Chaque Conseil départemental élit au moins un membre, les sièges restants étant répartis par le Conseil national en fonction du nombre de praticiens inscrits au tableau de chaque département.

Attributions du Conseil

Le Conseil régional représente le premier niveau de la fonction disciplinaire de l'Ordre. Il peut être saisi par le Conseil national, les Conseils départementaux, les syndicats de médecins, le ministre de la santé, le préfet, le procureur de la république ou tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre. Il doit statuer dans les six mois du dépôt de la plainte, sinon la plainte peut

être transmise par le Conseil national à un autre Conseil régional qu'il désigne.

Conseil national

Composition du Conseil

Le Conseil national comprend trente-quatre membres représentant les Conseils départementaux, élus tous les six ans, un membre de l'académie nationale de médecine, désigné par ses collègues, et trois membres élus par les autres membres du Conseil national, n'appartenant pas à la région parisienne. Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Attributions du Conseil

Il fixe le montant de cotisations à verser par chaque médecin au Conseil départemental en déterminant également les parts de cette cotisation que le Conseil départemental doit reverser au Conseil régional et au Conseil national. Il surveille la gestion des Conseils départementaux et verse à ceux-ci une somme en vue d'harmoniser leurs charges sur le plan national. La section disciplinaire du Conseil national se prononce en appel des décisions des Conseils généraux en matière de discipline, d'élection au Conseil de l'Ordre, d'inscriptions au tableau, de suspensions temporaires d'exercice.

Unions professionnelles des médecins libéraux (UP)

Constituées sur la base des régions administratives, les unions professionnelles sont

composées de médecins libéraux élus pour six ans par les médecins conventionnés sur des listes présentées par les syndicats médicaux. Elles « contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins ». Les unions professionnelles sont financées par la cotisation aux unions de médecins (CUM), cotisation versée par les seuls médecins conventionnés installés.

Les unions professionnelles ont six missions principales :

- Analyse et étude du fonctionnement du système de santé, de l'exercice libéral de la médecine, de l'épidémiologie et de l'évaluation des besoins médicaux.
- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.
- Organisation et régulation de système de santé.
- Prévention et actions de santé publique.
- Coordination avec les autres professionnels de santé.
- Information et formation des médecins et des usagers.

Syndicats médicaux

Il existe plusieurs syndicats représentatifs des médecins thésés.

La représentativité repose sur plusieurs éléments : le nombre d'adhérents à jour de cotisation, le travail syndical effectué, leur ancienneté,...

Au vu de ces éléments (recueillis lors d'une enquête menée par la DRASS d'Ile de France), le ministère de la santé décide ou non d'attribuer la représentativité (des généralistes et/ou des spécialistes) aux diverses structures.

Actuellement, cinq syndicats sont reconnus représentatifs

La CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français)

Président : Docteur Chassang.
C'est le plus ancien syndicat de médecins (créé en 1928). Il regroupe des spécialistes (rassemblés en collège au sein de l'UMESPE - 6221 adhérents) et des généralistes (rassemblés en collège au sein de l'UNOF - 4251 adhérents, président Dr Combier). Ce syndicat est représentatif des généralistes et des spécialistes.

La FMF (Fédération des Médecins de France)

Elle est née d'une scission avec la CSMF à la fin des années soixante. Elle représentait alors la minorité de la CSMF opposée au système de convention nationale. Elle regroupe actuellement des spécialistes et des généralistes, mais elle n'est représentative que des spécialistes (3883 adhérents).

MG-France (Fédération Française des Médecins Généralistes)

Président : Docteur Costes.
Ce syndicat a été créé en 1986 par des généralistes dissidents de la CSMF, des membres du SMG (Syndicat de la Médecine Générale, voir infra) et de généralistes impliqués dans la Formation Médicale Continue : ces généralistes estimaient qu'il n'existait pas alors de syndicat efficace pour défendre la médecine générale en tant que discipline clinique et universitaire spécifique. Il est représentatif des généralistes (4617

adhérents). (MG VA vigilance action, branche de MG-France, elle s'est créée en 2002, Président Dr Bronner).

Le SML (Syndicat de la Médecine Libérale)

Président : Docteur Cabrera.
Ce syndicat est né au début des années 90 d'une scission avec la FMF : ses fondateurs estimaient que la FMF ne défendait pas suffisamment la cause de la médecine libérale. Regroupant des spécialistes et des généralistes majoritairement conventionnés en secteur 2, il n'est représentatif que des spécialistes (3383 adhérents).

L'UCCSF (Union des Collèges de Chirurgiens et de Spécialistes Français)

Président : Docteur Winisdoerffer.
Ce syndicat, constitué dans les années 90, se veut le représentant spécifique des spécialistes et (surtout) des chirurgiens. Il est représentatif des spécialistes (3369 adhérents).

Les syndicats médicaux représentatifs sont chargés de représenter les médecins dans les discussions avec les caisses d'assurance maladie pour l'élaboration des conventions nationales.

Il existe d'autres syndicats non reconnus représentatifs des médecins thésés

Le SMIF (Syndicat des Médecins Indépendants de France)

Ce syndicat essentiellement implanté en Ile de France et dans la région Pro-

vence-Alpes-Côte d'Azur était jusqu'en 1999 associé au SML avant de prendre son indépendance en vue des élections aux unions professionnelles de mai 2000.

Le SNMG (Syndicat National de la Médecine de Groupe)

Présidente : Docteur Anne-Marie Soulié.
Ce syndicat rassemble des cabinets médicaux de groupe (spécialistes et généralistes) et a quitté la CSMF en 1994 pour devenir un syndicat autonome.

Le SMG (Syndicat de la Médecine générale)

Présidente : Docteur Marie Kayser.
Né dans l'après 68 il avait constitué au début des années 80, avec des syndicats de spécialistes, une confédération (l'Union Syndicale de la Médecine) concurrente de la CSMF. N'ayant pas obtenu sa représentativité en 1983, cette confédération s'est dissoute et plusieurs membres du SMG ont participé ensuite à la création de MG-France.

Le SNJMG (Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes)

Président : Docteur Sandrine Buscaïl.
Créé en mars 1991, c'est la seule structure représentative des résidents en Ile de France. Il défend aussi les remplaçants et les jeunes installés (jusqu'à 10 ans après leur installation).

La convention nationale des médecins

Présentation de la convention

La convention nationale est un accord négocié théoriquement tous les 4 ans entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux et les organismes d'Assurance Maladie. Cet accord doit être officialisé par approbation du gouvernement qui en fait un texte législatif.

La convention tente de respecter 3 objectifs :

pour les pouvoirs publics :

garantir aux assurés sociaux un taux minimum de remboursement des dépenses de santé, sans mettre en péril les comptes sociaux de la Nation,

pour les médecins conventionnés :

assurer la solvabilité des patients et donc ses revenus tout en maintenant un exercice de qualité,

pour les organismes d'Assurance Maladie :

surmonter les impératifs financiers pour améliorer l'accès aux soins de ses assurés.

Le 26 Novembre 1998, le syndicat MG-France a signé avec les Caisses une convention spécifique aux généralistes. En l'absence d'accord entre Caisses et syndicats de spécialistes, le gouvernement a établi un règlement conventionnel minimal qui tient lieu de « convention

non négociée » s'imposant aux médecins spécialistes.

Suivi de la Convention

Il est assuré par :

CMPL (comité médical paritaire local) :

il instruit la procédure de médecins ne respectant pas la convention sur le plan médical et propose au CMPN des thèmes en vue de l'élaboration des recommandations et des références médicales.

CMPN (comité médical paritaire national) :

il coordonne les CMPL, il conseille sur le plan médical la CCPN, il élabore les critères d'opposabilité des références médicales et les conditions d'application et il constitue l'instance d'appel pour les médecins sanctionnés en CMPL.

CCPL (commission conventionnelle paritaire locale) :

elle instruit la procédure de médecins ne respectant pas la convention sur le plan administratif et diffuse aux médecins les informations relatives à la convention;

CCPN (commission conventionnelle paritaire nationale) :

elle élabore tous les avenants et annexes nécessaires à la mise en oeuvre et à l'application de la convention et analyse les bilans d'activité des CCPL et du CMPN.

Les Références Médicales Opposables

Les RMO s'inscrivent dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de Santé définie dans la convention nationale de 1993. Elles ont été reprises dans les conventions de 1997 et 1998. C'est un code de « bonnes pratiques » à l'usage des médecins libéraux conventionnés et de leurs remplaçants. Chaque année, de nouvelles « recommandations » (indications positives: « il y a lieu de... ») et références médicales (indications négatives : « il n'y a pas lieu de... ») sont définies sur différents thèmes médicaux, à l'initiative de l'ANAES. Jusqu'en 1999, les partenaires conventionnels s'accordaient en CMPN sur les références qu'ils rendaient opposables aux médecins : en cas de non respect répété des RMO, un médecin peut être convoqué par le CMPL pour expliquer ses prescriptions et risque, s'il est reconnu « fautif », d'être financièrement sanctionné.

Après avoir annulé à l'été 1999, le dispositif d'opposabilité des RMO figurant dans le règlement conventionnel minimal des spécialistes, le Conseil d'Etat a annulé en Novembre 1999, le dispositif correspondant figurant dans la convention des généralistes (articles 4-5 à 4-7) suite à un recours déposé par l'Association Médicale de Défense de la Déontologie et des Droits des Malades et 22 conseils départementaux de l'Ordre. Il a en effet constaté que le barème des sanctions pouvait atteindre « un montant qui excède celui de la participation des caisses d'assurance maladie au financement des régimes d'assurance maladie, de prestations complémen-

taires de vieillesse et d'allocations familiales des médecins conventionnés »; or, « le montant des sanctions financières (...) constitue un plafond qui ne saurait être dépassé ».

Depuis 2000, les médecins n'encourent donc plus de risque en cas de non respect des références médicales (ex opposables).

L'industrie pharmaceutique

Après quelques jours d'installation, le généraliste reçoit « gratuitement » un flot de publications médicales et les visiteurs médicaux se pressent à sa porte pour savoir comment il désire les recevoir (avec échantillons et « cadeaux » à la clé) et s'il serait intéressé par une réunion de FMC dont le laboratoire se chargerait de l'organisation et du financement...

Tout ceci relève d'une logique industrielle et commerciale évidente : l'in-

dustrie pharmaceutique vit des prescriptions des médecins. Aussi, s'est elle engagée depuis des années pour devenir quasiment indispensable aux médecins :

Elle finance la quasi totalité de la presse socioprofessionnelle et scientifique médicale (à l'exception notable de : Prescrire, Pratiques et Jeune-MG) ainsi que la FMC (à l'exception notable de la SFTG et de la SFMG).

Encore mieux, elle est le partenaire financier de l'essentiel des syndicats médicaux (à l'exception notable du SMG et du SNJMG).

Ainsi omniprésente, elle s'est rendue incontournable dans le système de soins et sait user de son poids pour agir au mieux de ses intérêts. Il n'existe pas de lobby de la santé publique qui dispose d'une telle influence et le médecin généraliste doit faire preuve d'une ferme volonté pour échapper à l'emprise de l'industrie pharmaceutique...

NE VOUS LAISSEZ PAS ACHETER !



ANNEXES

Références bibliographiques

Décret sur la Permanence de soins

(septembre 2003)

Carnet d'adresses

Plate forme du SNJMG sur la démographie médicale et l'installation

- Association Française de Gestion Agréée (1 à 5 rue Constantine, 72015 Le Mans)
« Guide d'installation en profession libérale »
- CNAMTS, « Carnets statistiques » 1994, n°80
- Conseil National de l'Ordre des médecins « La démographie médicale française. La situation au 31 décembre 1998 », étude n°32 octobre 1999 : 88 pages
- Conseil National de l'Ordre des médecins, « Guide d'exercice professionnel - commentaires du code de déontologie médicale », cédérom
- Ed. Concours Médical, « Guide de l'exercice libéral »
- Ed. Dalian, « La gestion du cabinet médical »
- Hebdo Média-santé (13 place des arts, 74200 Thonon les bains)
- Guides Interfimo (46 Bd de la Tour-Maubourg, 75007 Paris)
 - « Les locaux du professionnel libéral », 2ème édition
 - « Les financements du professionnel libéral »
 - « Le véhicule professionnel »
- Laboratoires Lilly Ed. Lamy, « Guide du cabinet médical » mise à jour 11/98, cédérom
- Prescrire « Démographie médicale en 1999 » Rev Prescr 2000 ; 20 (206) : 382
- Prescrire « Démographie médicale française » Rev Prescr 1998 ; 18 (189) : 785-786
- Simon M et Niel X « les effectifs et la durée du travail des médecins au 1er janvier 1999 » Etudes et résultats 1999, (44), 1-8

Décret sur la Permanence de Soins (15 septembre 2003)

Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4127-1 et L.6325-1 ;

Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 modifié portant code de déontologie médicale, notamment l'article 77 ;

Vu le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence ;

Vu la délibération du Conseil national de l'ordre des médecins du 4 avril 2003 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

L'article 77 du décret du 6 septembre 1995 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes:
" Art. 77. - Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. "

Fait à Paris, le 15 septembre 2003.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

J.O n° 214 du 16 septembre 2003 page 15863

Décrets, arrêtés, circulaires Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6313-1, L. 6313-2 et L. 6325-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-5 et L. 162-31-1 ;

Vu le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 modifié relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires ;

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 modifié relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU ;

Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 modifié portant code de déontologie médicale, notamment son article 77 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 12 mai 2003 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 29 avril 2003 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Il est inséré au livre VII du code de la santé publique un titre II intitulé: " Permanence des soins " et comprenant les articles suivants :

" Art. R. 730. - La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6325-1 du présent code est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabi-

nets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres.

" Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental mentionné à l'article L. 6313-1.

" A cette fin, le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante.

" La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du comité départemental mentionné à l'article L. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

" La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel.

" Art. R. 731. - Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 730 qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

" Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. Il en est de même pour les médecins des centres de santé.

" Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

" Art. R. 732. - L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service.

" Les médecins mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale peuvent participer à la régulation.

" Art. R. 733. - Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

" En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, ce conseil, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.

" Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

" Il peut être accordé des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins.

" Art. R. 734. - A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite.

" Art. R. 735. - Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du comité départemental prévu à l'article L. 6313-1. " Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques, prévoit les indicateurs d'évaluation et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières. Il précise en outre les modalités de participation des médecins spécialistes. "

Article 2

Le décret du 30 novembre 1987 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

I. - A l'article 1er :

A. - La liste des membres de droit mentionnés au a est ainsi complétée :

" 5. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. "

B. - La liste des membres désignés par les organisations qu'ils représentent mentionnée au C est ainsi complétée :

" 5. Un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

" 6. Un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral. "

C. - La liste des membres nommés par le préfet mentionnée au d est modifiée et complétée comme suit :

" 5. Un médecin d'exercice libéral désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national.

" 6. Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental. "

" 10. Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les services d'urgence hospitaliers.

" 11. Un représentant des associations d'usagers. "

II. - L'article 4 est modifié comme suit :

Au premier alinéa, les mots : " au moins une fois par an " sont remplacés par les mots : " au moins deux fois par an ". Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

" Il évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables. "

Article 3

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre

de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 15 septembre 2003.

Jean-Pierre Raffarin Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales,

Nicolas Sarkozy

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales,

Hervé Gaymard

Carnet d'adresses

Associations de gestion agréées

(AGA) :

En dehors de l'AFGA (coordonnées en dernière page), il existe de nombreuses associations de gestion pour les médecins à Paris et en province. Le centre des impôts peut vous donner un fascicule regroupant ces adresses.

Assurances diverses :

- MACSF :
Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français
10 cours du triangle de l'Arche
TSA 40100
92919 LA DEFENSE Cedex
0 810 40 80 20
www.macsf.fr
- Sou Médical :
Assurance Responsabilité Civile du médecin et assistance juridique (lié à la MACSF).
130 rue du Faubourg Saint Denis
75466 PARIS Cedex 10
01 44 89 33 33
www.lesoumedical.fr
- La Médicale de France
27, avenue Claude Vellefaux
75010 PARIS
01 40 03 10 00
www.lamedicaledefrance.fr
- AGMF : Association Générale des Médecins de France
30, Bd Pasteur
75015 PARIS Cedex 15
01 45 67 91 31
www.agmf.fr
- La Mutuelle du Médecin
31 Ave de l'Opéra
75001 PARIS
01 42 61 30 52
- UNIM : Union Nationale des Intérêts de la Médecine
17, place Dupuy 31000 TOULOUSE
05 61 63 62 06

Cotisations :

- CARMF
46, rue Saint Ferdinand
75848 PARIS Cedex 17
01 40 68 32 00
www.carmf.fr
- URSSAF de Paris
3, rue Franklin
BP 430
93518 Montreuil Cedex
01 49 20 41 41
Pour la province, s'adresser à l'URSSAF locale www.urssaf.fr
- CNAM
66, Ave du Maine
75694 PARIS Cedex 14
01 42 79 30 30
Pour les cotisations, s'adresser à la CPAM de votre département
www.cnam.fr

La vie médicale :

- Centre Bonaparte
90, rue Bonaparte
75006 PARIS
01 44 32 15 70
www.macsf.fr
- Centre d'information des jeunes médecins (lié au Sou Médical)
37, rue de Bellefond
75009 PARIS
01 42 81 49 22
- Conseil National de l'Ordre des Médecins
180, Bd Haussmann
75389 PARIS cedex 08
01 53 89 32 00
www.conseil-national.medecin.fr
- Office d'Orientation Médicale de l'Ordre National des Médecins
propose un service d'aide à l'installation
- UCANSS : Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale
33, Avenue du Maine
75755 PARIS Cedex 15
01 45 38 81 20

Syndicats :

- UNOF-CSMF :
Confédération des Syndicats Médicaux Français (UNOF = section des généralistes)
Domus Medica
79, rue de Tocqueville 75017 PARIS
01 43 18 88 00
www.csmf.org
- FMF : Fédération des Médecins de France
60, rue Laugier 75017 PARIS
01 47 63 40 52
www.fmf.asso.fr
- MG-France
13, rue Fernand Leger
75000 PARIS
01 43 13 13 13
www.mgfrance.org
- MG VA (vigilance action)
3 place du Cygne
67000 STRASBOURG
- SMG : Syndicat de la Médecine Générale
52, rue Galliéni
92240 MALAKOFF
01 46 57 85 85
- SML : Syndicat des Médecins Libéraux
83, route de Grigny
91130 Ris Orangis Cedex
01 69 02 16 50
www.lesml.org
- SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes
7 bis, rue Decres
75 014 PARIS
tel : 01 45 41 38 10
fax : 01 45 41 72 93
www.snjmg.org
- SNMG : Syndicat National des Médecins de Groupe
176, rue du Temple
75003 Paris
01 44 54 57 40

Médecine humanitaire :

- MDM : Médecins Du Monde
62, rue Marcadet
75018 PARIS
Tel : 01 44 92 15 15
Fax : 01 44 92 99 99
www.medecinsdumonde.org

- MSF : Médecins Sans Frontières
8, rue Saint Sabin
75011 PARIS
Tel : 01 40 21 29 29
Fax : 01 48 06 68 68
www.medecinssansfrontieres.com
- Caisse des Français de l'Etranger
BP 100
77950 Rubelles
01 64 71 70 00
- Centre de documentation pour le tiers-monde
20, rue de Rochechouart
75009 Paris
01 42 82 07 51

Formation médicale continue (FMC) :

- Société Médicale BALINT
Dr Christian Lepez
136, rue de Flandre
75019 PARIS
01 40 36 47 54
- FAF-PM : Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale gère les fonds pour la FMC
14, rue Fontaine
75009 PARIS
01 49 70 85 40
www.faf-pm.org
- SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
24, rue Wurt
75013 PARIS
01 45 81 09 63
www.sftg.net
- UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de FORMation MEDicale Continue
261, rue de Paris
93 100 Montreuil sous Bois
01 47 00 90 86

Recherche en MG :

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
159, rue nationale
75 640 PARIS cedex 13
www.anaes.fr

- ANDEM : Agence Nationale de Développement de l'Evaluation Médicale
159, rue Nationale
75640 PARIS Cedex 13
01 42 16 72 72
- SFMG : Société Française de Médecine Générale
27, boulevard Gambetta
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
01 41 90 98 20
www.sfmfg.org

Revue médicale :

- Prescrire
BP 459
75527 PARIS Cedex 11
01 47 00 94 45
www.prescrire.org
une des seules revues médicales de Formation Médicale Continue (FMC) totalement indépendante des laboratoires pharmaceutiques.
- La Revue du Praticien médecine générale
2, cité Paradis
75 010 PARIS
01 55 33 68 00
- Le Quotidien du Médecin
21 rue Camille des Moulins
92789 Issy les Moulinaux
www.quotimed.com
- Panorama
2 cité du Paradis
75010 Paris
www.
- Le Généraliste
21 rue Camille de Moulins
92789 Issy les Moulinaux cedex 09
www.legeneraliste.fr
- Concours Médical
37, rue de Bellefond
75009 PARIS

Quelques adresses parfois utiles dans votre activité médicale :

- CLEIRPPA : Centre de Liaison, d'Étude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées
23, rue Ganneron
75 018 PARIS

- Fédération Nationale des établissements d'HAD
3 rue Saint Nicolas
75012 PARIS
ou: BP 136 40103 DAX Cedex
05 58 74 35 32
- UNACS : Union Nationale des Associations de Centres de Soins
1, allée Jean de La Fontaine
92000 NANTERRE
01 47 21 23 99
- UNASSAD : Union Nationale des Associations de Soins et Services à Domicile
108-111, rue Saint Maur
75011 PARIS
01 49 23 82 52
mouvement militant en faveur de l'aide à domicile

Quelques adresses internet parfois utiles :

- Assemblée Nationale :
www.assemblee-nationale.fr
- Assurance Maladie:
www.ameli.fr
- Documents Légaux :
www.legifrance.fr
- Institut veille sanitaire :
www.invs.sante.fr
- Ministère de la santé :
www.sante.gouv.fr
- VIDAL :
www.vidalpro.net

Plate Forme du SNJMG sur la Démographie médicale et l'Installation

Devant les défis démographiques à venir, le SNJMG réaffirme son attachement à la liberté d'installation des jeunes médecins. Ainsi, le SNJMG refuse fermement toutes mesures coercitives à l'installation des jeunes médecins (numerus clausus à l'installation, conventionnement sélectif / adapté).

En effet, ces mesures ne correspondent aucunement aux principes du système de soins français et accélèreraient, bien plus qu'elles ne les combattraient, la constitution de territoires médicalement "difficiles".

En revanche, le SNJMG, qui a toujours préféré l'incitation à la coercition, propose des politiques d'incitations positives à l'installation et la promotions de modes plus souples d'exercice destinés à rendre plus d'attractivité à des lieux menacés de dé-médicalisation.

Politiques d'incitations positives à l'installation

Attentif à l'évolution du système de soins français et soucieux de relayer les aspirations des jeunes générations de généralistes, le SNJMG s'est vite impliqué dans le dossier de la démographie médicale. Dans les années 90, le discours dominant était la dénonciation du sureffectif. Pourtant, le SNJMG faisait exception à la règle en remarquant que le mythe des "20 000 médecins de trop" n'était étayé par aucune étude scientifique. Rappelant que la densité médicale française se situait dans la moyenne européenne, le

SNJMG alertait les pouvoirs publics des problèmes de répartition des médecins et des risques à venir de situations de pénurie. Malgré les rapports ministériels Choussat et Coudreau confirmant cette analyse, il faudra attendre le début des années 2000 pour que soit reconnu les risques de pénurie relatifs à l'inégale répartition des médecins.

Cette inégale répartition porte sur :

- la qualification des médecins : déséquilibre spécialistes/généralistes
- la localisation des médecins : différences inter régionales (déséquilibre nord/sud), intra régionales (zone urbaine/zone rurale) et intra citadines (quartiers favorisés/quartiers défavorisés)

A. Analyse des causes

A1. Causes de l'inégale répartition des médecins

A1a. Causes du déséquilibre entre spécialistes et généralistes
Elles se trouvent dans la dynamique de l'hyperspécialisation générée par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Des services de plus en plus spécialisés se sont multipliés avec le développement des CHU. A la tête de ces services, les praticiens hospitaliers - praticiens universitaires avaient besoin d'étudiants pour justifier leurs postes universitaires et d'internes pour assurer la bonne marche de leurs services. Ainsi, le nume-

rus clausus des études médicales a été perverti au point de former plus de spécialistes que de généralistes.

A1b. Causes des déséquilibres territoriaux

Elles se trouvent dans le hiatus entre un mode d'exercice médical immuable et une société en pleine évolution. Cette évolution se manifeste d'abord chez les patients.

Les patients vivent l'évolution de plus en plus consumériste de notre société comme ils souffrent de l'accroissement des risques de cette société (difficultés socio économiques, relationnelles, conjugales). Dans un monde où s'étiolent les structures familiales (avec une perte de transmission des "savoirs pratiques") et les repères collectifs, les patients soumis à une société anxigène sont de plus en plus seuls face à leur souffrance morale et/ou physique. Il y a donc une demande de soins intimement plus pressante qui dans un univers de plus en plus marchand peut se transformer en une exigence de prestation.

Cette évolution ne touche pas que les patients mais aussi l'environnement professionnel du médecin. Elle se traduit alors par un accroissement des contraintes administratives (ex : responsabilisation vis à vis des dépenses de santé) et législatives (ex : responsabilité professionnelle). Sans compter l'évolution des savoirs qui impose aux médecins de trouver dans un flot de publications et de formations aux desseins plus ou moins clairs, les informations pertinentes.

Conséquence de ce hiatus entre exercice médical immuable et évolution de la société, cette évolution finit par toucher les médecins eux mêmes. Soumis à une pres-

sion grandissante sur la qualité de leur prestation, ils préfèrent s'installer dans des lieux bien fournis en correspondants et plateaux techniques bien équipés, à proximité de structures d'urgences hospitalières (privées ou publiques). De plus en plus menacés de burn out, les médecins rejettent de plus en plus les lourdes contraintes d'exercice (horaires à rallonge, gardes épuisantes) et sont de plus en plus soucieux d'une certaine qualité de vie privée.

A2. Raisons particulières expliquant la situation démographique dans les zones rurales

Elles découlent des raisons générales évoquées précédemment :

- isolement professionnel et privé
- contrainte des gardes

A3. Raisons particulières expliquant le déficit de professionnels dans les zones urbaines difficiles

Elles découlent des raisons générales évoquées précédemment :

- poids des problèmes socio économiques et socio culturels
- horaires à rallonge

B. Les propositions

B1. Proposition pour réduire les déséquilibres entre spécialistes et généralistes

Le SNJMG propose :

- la mise en place d'un observatoire de la démographie des professions de santé

(comme le SNJMG le demande depuis 1998) constitué d'une conférence délibérative (sur la base du décret de mars 2002) et de secrétariats régionaux techniques chargés de collecter localement toutes informations utiles,

- la production par cet observatoire, d'un rapport annuel sur l'état de la démographie médicale et les tendances évolutives. Ce rapport, à l'instar des rapports du haut comité de la santé publique et de la conférence nationale de santé, serait adressé au Parlement qui fixerait le numerus clausus (le SNJMG milite pour un relèvement significatif) et le ratio entre futurs généralistes et futurs spécialistes (le SNJMG milite pour un ratio de 2/3 - 1/3).
- l'abrogation des ordonnances de 1958 permettant une participation conjointe de l'hôpital et de l'ambulatoire aux missions universitaires
- la reconnaissance de la médecine générale comme discipline clinique et universitaire à l'égal des spécialités

B2. Propositions opérationnelles pour faciliter l'installation de médecins

- Assouplissement des conditions de remplacement

Cet assouplissement doit porter tant sur les modalités de remplacement (ex : durée et régularité) que sur les possibilités légales de remplacer (le SNJMG demande le maintien de la licence de remplacement et la possibilité de décompter des temps de maternité/adoption/paternité

ou de mission humanitaire de la période d'obtention de la licence)

- Création d'un statut de médecin assistant/collaborateur

Pour le SNJMG, la création d'un statut d'assistant/collaborateur impose de le différencier du remplaçant : le remplaçant exerce en lieu et place du remplacé lors de ses absences (congés personnels, maternité/paternité/adoption, maladie, accident de travail), le collaborateur exerce aux côtés du médecin pour l'aider dans sa pratique. Comme le remplacement implique un contrat de remplacement, l'assistantat/collaboration implique un contrat de travail.

Ce contrat a deux objectifs : déterminer la nature de l'assistantat/collaboration : "libérale" ou salariée (le SNJMG tient à ce que les 2 possibilités soient reconnues), déterminer les conditions pratiques de l'assistantat/collaboration : durée, horaires, partage des locaux et du matériel (Le SNJMG demande que le cadre légal et déontologique de l'assistantat/collaboration interdise toute affectation de l'assistant/collaborateur aux basses œuvres dont se déchargerait l'assisté)

NB : le SNJMG demande que le médecin thésé (assistant/collaborateur ou remplaçant) soit considéré comme un praticien à l'égal des installés.

- Possibilité d'exercice multi site

Le SNJMG est favorable à cette possibilité dans des zones déficitaires à condition de prendre toutes les précautions pour éviter la création de "chaînes" de cabinets à l'instar d'enseignes de commerces.

- Mesures financières, fiscales et conventionnelles liés à l'installation

Le SNJMG propose la mise en place d'aides ponctuelles lors de l'installation et des premières années de celle-ci (primes, exonération de charges, lissage des prélèvements URSSAF et CARMF) mais aussi et surtout la mise en place de mesures pérennes tout au long de la carrière du médecin (ex : création de rémunérations forfaitaires complémentaires à moduler selon le lieu d'installation).

Etant donné que l'aménagement du territoire revient à l'Etat, les mesures financières et fiscales doivent être du ressort de l'Etat et non des collectivités locales (sinon ce sont les collectivités les plus riches qui auront les plus gros moyens pour proposer des incitations aux médecins, ce qui va à l'encontre du but recherché).

Les zones déficitaires en offre de soins ambulatoires doivent être déterminées par l'Observatoire de la démographie des professions de santé sur les critères suivants : structures démographiques des populations et des professionnels de santé, équipements sanitaires, paramètres socio économiques... Compte-tenu du contexte démographique médical, il importe que les mesures incitatives à l'installation se voient couronnées de succès. Aussi, elles ne doivent pas comporter de contreparties qui s'avèreraient dissuasives pour les jeunes médecins qu'elles concernent. Le SNJMG s'oppose donc aux clauses restrictives auxquelles sont soumises les aides à l'installation dans les projets gouvernementaux de février 2002 : regroupement obligatoire dans un cabinet de groupe ou une structure de

soin déjà existante, entrée obligatoire dans un tour de garde, obligation de rester plus de 3 ans sur le lieu de l'installation.

NB : Il importe aussi de se fixer une période d'expérimentation suffisamment longue pour qu'il puisse être fait un bilan cohérent de leur impact en terme de repeuplement des zones sous-médicalisées.

Promotions de modes plus souples d'exercice

A. Sur l'exercice des médecins

- Transfert de compétence de certains actes médicaux à des para médicaux

- Exercice en groupe

Le SNJMG est favorable à une incitation au travail en groupe car il pense que celui-ci est mieux adapté à la médecine du 21ème siècle (rupture de l'isolement, sécurité, partage des connaissances). Toutefois, il refuse d'en faire une condition d'obtention des mesures fiscales et financières à l'installation. En effet, le SNJMG ne peut que s'inquiéter des effets pervers d'une prime qui obligerait un jeune médecin de « faire affaire » avec les médecins de la région. D'autant que ce regroupement, surtout en zone non concernée par les problèmes d'insécurité, peut parfaitement être virtuel (grâce aux nouvelles techniques de l'information et de la communication). Le SNJMG donne donc sa préférence à des mesures fiscales et financières d'incitation.

- Maisons de soins

Dans le prolongement de l'exercice en groupe et du transfert de compétence de certains actes médicaux à des para médicaux, le SNJMG est favorable à une promotion des maisons de soins associant médecins et para médicaux via des mesures fiscales et financières relevant de l'Etat.

- Gardes et urgences

Le SNJMG estime qu'il faut en premier lieu trouver des solutions concrètes à ce problème avant de vouloir résoudre les problèmes de démographie : le règlement de la question des gardes et urgences doit être un préalable et non un sous dossier des aides pérennes à l'installation.

Concernant les gardes et urgences, le SNJMG renouvelle sa revendication d'un véritable volontariat pour les gardes et la reconnaissance de la permanence des soins (en tant que prise en charge des urgences) comme une mission de service public (où les généralistes volontaires pourront participer dans le cadre d'un contrat de praticien contractuel à temps partiel avec tous les droits et devoirs inhérents à ce statut public).

B. Liens ville/hôpital

Pour combattre l'isolement professionnel, le SNJMG demande un développement des réseaux de santé.

Dans le même temps, le SNJMG demande que les réseaux soient soumis à une règle de respect et reconnaissance de chacun des acteurs : les réseaux ne doivent pas être les chevaux de Troie de l'hospitalo - centris-

me (déjà trop développé) du système des soins.

Dans ce cadre, le SNJMG soutient l'existence d'hôpitaux locaux en zones rurales.

C. La formation

C1. FMI

Le SNJMG propose :

- le remplacement de l'actuel concours de spécialités par une épreuve classante nationale, d'organisation décentralisée, commune (Médecine Générale et Spécialisée confondues) permettant d'établir des quotas par filière ou par groupe de spécialités en fonction des besoins de santé publique de la population,
- l'augmentation des possibilités de stages (d'externat et d'internat) chez le praticien en milieu rural et de stages (d'externat et d'internat) dans les structures hospitalières périphériques, dans le respect du statut des internes et résidents.
- la suppression du DES de gynécologie médicale

C2. FMC

Le SNJMG propose les actions de FMC soient organisées sur le temps de travail (et non en sus) et qu'un mécanisme conventionnel puisse dédommager le médecin du temps ainsi consacré à sa formation.



Table des matières

Introduction	5
Démographie médicale : aujourd’hui et 20 ans plus tard	7
Principes de base de l'analyse actuelle et future: modèle de projection	7
Les medecins en 2002-2004	8
L’horizon 2020	8
Création, association ou reprise de clientèle	10
Faire une étude de marché	10
Choisir entre création, reprise, association	11
cas n° 1 : Vous créez un nouveau cabinet médical	11
cas n° 2 : Vous reprenez le cabinet d'un médecin qui part	12
cas n° 3 : Vous choisissez la médecine de groupe.	12
Il vous faut ensuite négocier un prix	13
Formalités et démarches avant l'installation	17
Banque	17
Conseil départemental de l'ordre des médecins	17
Tribunal de grande instance et DDASS	17
Local professionnel	18
CARMF	18
Sécurité sociale	18
URSSAF	18
Services fiscaux	18
Assurances	19
Association de gestion agréée	19
Annonce de l'installation	19
Télécommunications	19
Local professionnel	20
Introduction	20
Achat	20
Patrimoine professionnel	20
Patrimoine privé	21
Société Civile Immobilière (SCI)	21
Règlement de copropriété	21
Transformation d'un local d'habitation en local professionnel	21
Société Civile Immobilière (SCI)	22
Coût	22
Objet - fiscalité	23
Statuts - dépôt - enregistrement - déclaration	23
Bail	24
Location	24
Les frais de location	24
Les différents baux	25

Charges locatives	26
Charges récupérables	26
Réparations locatives	27
Voisinage	27
Plaque professionnelle	27
Accès au local	28
Parking	28
Code de déontologie	29

Listing du matériel30

Introduction	30
Le matériel de base	30
Dans la salle d'examen	30
Dans le bureau	32
Entre le bureau et la salle d'attente	33
Dans la salle d'attente	33
La réserve	34
Le vestibule	34
Les toilettes	34
Les catalogues de matériel médical	34
Le matériel secondaire	35
En conclusion	35

Financement de l'installation36

Que financer ?	36
Comment calculer les besoins financiers ?	36
Le budget d'installation	36
Le budget de fonctionnement	36
Les nécessités personnelles	37
Où s'adresser pour financer son projet ?	37
Les solutions de financement	38
le crédit accordé par la CARMF :	38
L'emprunt auprès d'une banque ou d'une société de financement	38
Le crédit bail	40
Le prêt familial	40
L'apport personnel	40
Souscrire une assurance pour un crédit	41
Types d'assurances	41
Les prestations versées	41
Lexique	42
Aide à l'installation	42

Contrats - Introduction sur les définitions de SCM, SCP43

Contrats	43
Ils obéissent à quelques principes de base	44
La rédaction du contrat doit préciser	44
Les cadres légaux de l'association	46

La société civile de moyens (SCM)	46
Les autres types de sociétés	48
Déontologie	49
Annnonce de l'installation	49
Dans les journaux	49
Plaque professionnelle	49
Annnonce par affichage	49
Annnonce par le prédécesseur	49
Annnonce aux futurs confrères	49
Obligations juridiques concernant l'affichage obligatoire en salle d'attente et les mentions obligatoires sur les ordonnances.	50
Les honoraires	50
L'AGA	51
Permanence des soins	51
Mentions autorisées sur les ordonnances	51
Les assurances professionnelles	52
Les assurances de responsabilité	52
Les assurances de biens	52
Cabinet professionnel	52
Bris de matériel	53
Pertes d'exploitation	53
Véhicule professionnel	53
Les assurances de personnes	53
En cas de décès	53
En cas de maladie ou accident	54
Fiscalité du médecin libéral	57
La déclaration d'impôts	57
Le régime « micro BNC » (formulaire 2042)	57
La déclaration contrôlée (formulaire 2035)	57
Quels abattements choisir en pratique	57
Fiscalité et installation	59
Frais d'installation déductibles	59
Immobilisations - Amortissements - Plus et Moins value	59
Immobiliser	59
Amortir	60
Plus et moins value professionnelles	60
Commentaire général	61
Petit Lexique de Fiscalité	61
Taxe professionnelle (TP)	63
Autres taxes	66
Taxe d'habitation	66
Taxe foncière	66
Déclarations complémentaires	66

Cotisations sociales et professionnelles	67
L'Union de Recouvrement des cotisations Sécurité Sociale et Allocations Familiales (URSSAF)	67
L'assurance maladie (AM)	67
Les allocations familiales (AF)	68
La contribution sociale généralisée (CSG)	69
La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)	69
La contribution à la formation professionnelle (CFP)	69
La cotisation aux unions professionnelles de médecins (CUM)	70
Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF)	70
Association de Gestion Agréée (AGA)	72
Ordre des Médecins	73
Prestations sociales	74
Prestations maladie	74
Prestations maternité	74
Activité mixte	74
Conjoint collaborateur	74
Activité libérale exclusive	74
Adoption	76
La durée du congé paternité	76
Prestations sociales et fiscalité	77
L'automobile	78
Introduction	78
Fiscalité du Véhicule	78
L'évaluation forfaitaire avec barème kilométrique	78
Les frais réels	78
Achat d'un véhicule	79
Neuf ou occasion ?	79
L'amortissement du véhicule	79
Cash ou crédit ?	79
Conclusion	79
Nomenclature des actes	80
Les logiciels informatiques	82
La télétransmission	84
En pratique, ce qu'il faut faire	84
Problèmes liés à la télétransmission	85
Avenant de mai 99 concernant la télétransmission	88
Conclusion	90
Institutions professionnelles	91

Ordre des médecins	.....91
Unions professionnelles des médecins libéraux (UP)	.....92
Syndicats médicaux	.....92
La convention nationale des médecins	.....94
Présentation de la convention	.....94
Suivi de la Convention	.....95
Les Références Médicales Opposables	.....95
L'industrie pharmaceutique	.....96
Références bibliographiques	.....99
Décret sur la permanence de soins (septembre 2003)	.....100
Carnet d'adresses	.....105
Plate forme du SNJMG sur la démographie médicale et l'installation	.....108

Le SNJMG, qu'est ce que c'est ?

Cinq lettres qui sont limpides pour tous ceux qui s'intéressent à l'évolution de la médecine sous toutes ses coutures... Mais pour les nouveaux venus, que signifient-elles réellement ?

Le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes est une structure nationale indépendante, créée en 1990. Son but est de représenter les internes de médecine générale, les jeunes médecins, qu'ils soient installés ou remplaçant. Leur défense, tant au niveau régional (DRASS) que national (Ordre des Médecins, Ministères, Syndicats seniors) se révèle, depuis le départ, inexistante. Les médecins généralistes ont en effet du mal à faire entendre leur voix face aux spécialistes. Le SNJMG a donc décidé de se consacrer à l'étude du statut, des conditions d'exercice et d'installation des jeunes médecins. Cela inclut aussi les résidents puisqu'il a participé de manière efficace à la dernière grève d'internes, en décembre 2001. Grève d'ampleur nationale qui a abouti, enfin à l'application du repos de sécurité, une mesure défendue depuis longtemps par le syndicat.

Mais, être syndicalisé, c'est faire un choix politique !

Beaucoup « tiquent » lorsqu'ils entendent parler de syndicat. Un syndicat, c'est forcément politisé, il y a un « mauvais esprit » à toujours tout contester, etc. Le SNJMG n'est ni de droite, ni de gauche. Preuves en sont les confrontations et chocs plus ou moins houleux, avec les différents gouvernements ! Adhérer au syndicat peut être considéré comme un acte politique. Parce qu'il revient à s'exprimer, à choisir, à défendre une liberté de débattre pour mieux

construire et avancer dans notre exercice futur. Se préoccuper de la politique, des décrets régissant les études que nous faisons, notre mode d'exercice, c'est être « en plein » dans la médecine. C'est s'ouvrir sur la réalité et ne plus exercer dans son p'tit coin tout seul, en espérant que les choses bougeront un jour...

L'indépendance, la pierre angulaire du syndicat

Deuxième point qui fait parfois peur, notre volonté de défendre becs et ongles l'indépendance de notre structure. C'est la pierre angulaire du syndicat, une conception qui ne sera nuancée ou oubliée à aucun prix. L'indépendance garantit la liberté de parole et d'action. Elle permet de préserver une éthique de comportement, parfois jetée aux orties. Le SNJMG est indépendant des parties politiques, des instances officielles (les ministères), des autres syndicats seniors (Unof-Csmf, Mg-France, FMF, ...). Il ne dépend pas non plus de l'industrie pharmaceutique. Peut-on librement parler du système de soin français en acceptant un financement de l'un des ses acteurs principaux ? La réponse est évidente ! Ainsi, notre indépendance et notre liberté de ton nous permettent de travailler en partenariat avec la revue Prescrire. Et notre financement repose à près de 80% sur les adhésions ainsi que le produit de la vente de nos différents guides. Les comptes, soumis à une expertise comptable, sont d'ailleurs publiés tous les ans.

SNJMG : mode d'emploi

Le syndicat comporte à sa tête un Bureau National, élu chaque année. La présidente actuelle est San-

Pour recevoir GRATUITEMENT 4 NUMEROS DE LA REVUE Jeune MG

A RENVOYER AU SNJMG : 7 bis rue Decrès, 75014 PARIS ou Par e-mail : info@snjmg.org

Veuillez inscrire vos coordonnées ci-dessous

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : Faculté :

E-mail :

Il ne sera fait en aucun cas usage commercial de votre adresse (sauf avec nos partenaires)

Partie détachable réservée au SNJMG

BULLETIN D'ADHESION 2004-2005

drine Buscaïl, remplaçante dans le Nord. Notre trésorière, Véronique Batardy-Ferrigno exerce à Paris, en faisant également des remplacements. Et la secrétaire générale, Sophie Rachou, est installée dans la région parisienne.

Après eux, il existe un certain nombre de vice-présidents, variable en fonction des années. Chaque sujet d'actualité, chaque changement est commenté au sein du syndicat. La diversité de ses acteurs permet d'exprimer des points de vue très variés. Ils rendent la réflexion plus riche et plus profonde. Le ton est parfois un peu « chaud » mais c'est au bénéfice de la discussion ! Un vote final permet de refléter l'opinion majoritaire et de la faire valoir auprès des Ministères, des Drass, etc. Les adhérents sont informés de tout ce qui se passe, au niveau national et local, par internet (www.snjmg.org), par notre journal trimestriel, ou encore le JMG Rapido, de publication mensuelle ou selon l'actualité du moment. De plus, des guides sur le résidanat, l'installation, le remplacement, le départ en mission humanitaire. Tout le parcours du jeune médecin est suivi depuis ses études à son choix professionnel. Il peut ainsi bénéficier des aboutissements des différentes expériences vécues par les membres du Snjmg. Et rien ne remplace l'expérience des anciens quand on se retrouve devant l'angoisse de la nouveauté et du choix. La faculté est un doux cocon qui ne prépare pas toujours à la vie professionnelle.

Quel est l'intérêt d'adhérer ?

Adhérer, c'est d'abord s'intéresser à ce qui se passe dans son domaine professionnel. Cela permet de faire entendre sa voix, de débattre, d'enrichir ses connaissances et parfois de changer d'avis ! C'est aussi contribuer aux grandes avancées, comme le

repos de sécurité, le congé paternité... C'est tout simplement défendre une liberté d'expression et de réflexion indispensable au bon fonctionnement du système de soins français. Mais... Pourquoi faut-il payer pour adhérer ? C'est la garantie de l'indépendance. L'argent est nécessaire pour lutter et faire passer des messages. Des efforts sont faits pour que la cotisation soit la moins lourde possible. Elle est, par exemple déduite des impôts. Mais il faut néanmoins un mode de financement des guides, du site du syndicat, sur lequel on trouve une mine d'informations indispensables !

Le Jeune MG

De l'amour de l'indépendance est née une union : celle de la revue Prescrire et du snjmg. Nous travaillons beaucoup en relation avec ses différents membres. Et c'est grâce à leur équipe qu'est publié et distribué tous les 3 mois le Jeune MG. Ce journal de 12 pages a pour but d'informer tous les adhérents, automatiquement abonnés, de toute l'actualité de la profession. Courrier des lecteurs, rubrique littéraire, carte blanche à un médecin ou une association sous les feux de l'actualité, dossier thématique viennent enrichir les rubriques « résidanat, remplacement, installation ». De la réforme de l'internat à la limitation de la liberté d'installation, vous saurez tout de ce qui se passe aujourd'hui sur le plan politique et médical ! Les membres du bureau sont les principaux rédacteurs des articles ; tous ceux qui le souhaitent peuvent bien sûr y participer.

Alors, n'hésitez plus ! Nous avons besoin de vous pour défendre la médecine d'aujourd'hui et construire celle de demain. Rejoignez-nous vite et à bientôt...

COORDONNEES PERSONNELLES :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : Faculté :

E-mail :

Fax :

SITUATION UNIVERSITAIRE ACTUELLE :

Faculté d'origine (3ème cycle) :

Etudiant : TCEM 1 TCEM 2 TCEM 3 Année de Thèse :

Thésé : Date : / / Faculté :

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

Joindre impérativement un justificatif.

Plusieurs réponses possibles (ce qui nous permettra de justifier de notre représentativité professionnelle)

Remplaçant Installé Date d'installation / /

Code Postal : Ville :

Fonction hospitalières : Junior Senior Type de contrat :

La cotisation pour l'année 2004-2005 est fixée à 85 e (Inclus l'abonnement à Jeune MG); 40 e pour les résidents première adhésion. Soit 7 e par mois ou 3,3 e par mois pour les résidents en première adhésion.

J'adhère au SNJMG et m'abonne à Jeune MG

Règlement par : Chèque dee à l'ordre du SNJMG

Je recevrai au mois de janvier de chaque année un justificatif de mon adhésion pour ma déclaration fiscale. L'adhésion est annuelle et le renouvellement se fait chaque année dans le premier mois du trimestre anniversaire de la première adhésion.

Fait à le / / Signature (cachet) :

N'OUBLIEZ PAS DE TENIR COMPTE DE VOTRE REDUCTION D'IMPOT !

(30% de votre adhésion)