



1^{ère} année
OFFERTE
pour les 100^{ères}
souscriptions⁽¹⁾

 **RESPONSABILITÉ CIVILE
PROFESSIONNELLE -
PROTECTION JURIDIQUE**

100 €⁽²⁾

 **ASSISTANCE
E-RÉPUTATION**

Offerte⁽³⁾

 **SOUTIEN
PSYCHOLOGIQUE**

Offert⁽⁴⁾

TOUTE UNE LIGNE D'OFFRES

Pour Vous

Nous agissons toujours
dans votre intérêt.

Offre dédiée  **MG
FRANCE**
Le syndicat des Médecins
Généralistes

3233 Service gratuit
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33 - macsf.fr

Médecins généralistes - Guide des premiers pas dans l'exercice

 **MG
FRANCE**
Le syndicat des Médecins
Généralistes



Médecins généralistes Guide des premiers pas dans l'exercice

Édition - Octobre 2018



(1) Remboursement de la cotisation de 100 € TTC pour la première année de souscription. Offre valable pour les 100 premières souscriptions enregistrées au 31/12/2018.
(2) Offre valable jusqu'au 01/07/2019 (date d'effet du contrat) pour toute souscription d'un contrat de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) et de Protection Juridique (PJ) par un médecin généraliste sans spécificité d'exercice de moins de 41 ans non client sociétaire de la MACSF en RCP et adhérent à jour de cotisation au syndicat MG France. Cotisation d'un montant de 100 € TTC les deux premières années puis 300 € TTC la troisième année, contribution au FAPDS incluse. (3) Prestation d'assistance « e-réputation » : en cas d'atteintes à la réputation des médecins généralistes par la diffusion d'informations via internet, mise en œuvre de prestations de nettoyage et/ou noyage de ces informations. (4) Prestation « soutien psychologique » : accompagnement par un psychologue des médecins généralistes qui en éprouvent le besoin suite à un sinistre RCP ou un litige PJ garanti.
MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX



Pilotage Professions de Santé

Détendez-vous, on s'occupe de la gestion de vos Feuilles de Soins Electroniques.

Avec notre solution Centre de Gestion des Feuilles de Soins Electroniques, vous optimisez le traitement de vos FSE avec le rapprochement bancaire entre tous vos flux FSE, les retours et règlements financiers, la mise à disposition d'un outil de suivi en ligne. Vous pouvez ainsi facilement traiter les anomalies restantes. Une solution clé en main qui augmente la fiabilité et vous offre un gain de temps appréciable.



Construisons dans un monde qui bouge.

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

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

Certains d'entre vous préféreront un emploi salarié ou mixte. Tout est possible.

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

Ce guide n'est sûrement pas exhaustif. Il reprend des éléments que chacun d'entre vous a découvert au cours de ses études, au cours des stages. Il présente, avec une approche plus professionnelle, l'environnement dans lequel le médecin généraliste en France, aujourd'hui, va évoluer, les partenaires avec lesquels il aura à travailler.

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

L'équipe de rédaction



Sommaire



L'exercice de la médecine générale

P.00

Être le responsable de la santé de ses patients

P.00

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

Être acteur de son territoire de santé

P.00

- Travailler en équipe
- Équipe de Soins Primaires (ESP), Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et Communauté Professionnelle de Santé (CPTS)
- Le projet de santé
- Faire partie d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)
- Travailler avec une infirmière ASALEE

Faire fonctionner son cabinet

P.00

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



La vie professionnelle

P.00

La représentation professionnelle

P.00

- Le Conseil de l'Ordre
- Le Collège de la Médecine Générale
- Les syndicats médicaux
- Les URPS

La nomenclature

P.00

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

La formation tout au long de la vie

P.00

- Les Groupes d'Échange et d'Analyse de Pratiques (GEAP) et groupes de pairs
- Le FAF-PM
- L'ANDPC
- La recertification

La protection sociale

P.00

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



L'entrée dans la vie professionnelle

P.00

Le pas à pas du médecin remplaçant non thésé

P.00

Le pas à pas du médecin remplaçant au médecin installé

P.00

Remplaçant ou collaborateur : avantages et inconvénients

P.00



Les démarches d'installation

P.00

Rêver son projet

P.00

- Choisir son lieu d'exercice
- Exercer seul ou à plusieurs ?

Concrétiser son installation

P.00

- Succession ou création ?
- Les démarches obligatoires
- Les démarches facultatives

Glossaire

P.00



L'exercice de la médecine générale

Être le responsable de la santé de son patient

Le médecin généraliste traitant est au centre du système de soins, au plus près du patient et des autres professionnels de soins. Il est la clef de voûte des parcours de santé des patients.

Ses missions sont clairement établies :

Le suivi du patient

Il assure le suivi personnalisé de chaque patient, tient à jour son dossier médical, l'oriente dans le système de soins et coordonne son parcours de soins en lien avec les autres professionnels qu'ils soient de premier recours (infirmiers, pharmaciens, kinés etc.) ou de second recours (spécialistes d'organes).

Ces rôles essentiels sont reconnus par la convention médicale au travers du dispositif "Médecin Traitant" qui permet de rémunérer, de façon forfaitaire, ces différentes missions.

Si tous les médecins peuvent être Médecins Traitants, à ce jour, 96 % des patients ont confié cette mission à leur médecin généraliste.

Les enfants peuvent également choisir leur Médecin Traitant.



La prévention et les dépistages

Le médecin généraliste contribue également aux actions de prévention et de dépistage, notamment en matière de dépistage du cancer du colon, de l'utérus ou du sein. Ces missions font partie de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) qui est une rémunération forfaitaire conventionnelle, basée sur des indicateurs de soins déterminés par la profession (Collège de Médecine Générale).

Depuis le printemps 2018, un groupe de travail technique associant les syndicats et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie permet de discuter des indicateurs, de leur pertinence et des erreurs méthodologiques afin de faire évoluer le dispositif.

La permanence des soins

Le médecin généraliste participe sur la base du volontariat à la PDSA (Permanence de Soins Ambulatoires) qui permet de répondre à la demande soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, c'est-à-dire en semaine de 20 heures à 8 heures, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés.

Les secteurs de garde sont définis par les ARS (Agences Régionales de Santé). Suivant les zones géographiques, ces gardes sont assurées, après régulation, par des effecteurs isolés ou exerçant en Maison Médicale de Garde (MMG). Dans certaines zones, le médecin de garde est également MCS (Médecin Correspondant SMUR), mission pour laquelle il a reçu une formation spécifique.

Cette mission donne lieu à une rémunération spécifique et variable suivant les ARS et à des cotations de garde majorées, dont le montant est conventionnel.

L'enseignement

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



TÉMOIGNAGE

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

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

bref l'accompagne au mieux et dans la durée.

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

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

Le métier de médecin généraliste demain

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

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

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

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

Une autre évolution majeure est l'évolution de l'image d'Epinal d'un médecin isolé (un homme qui avait souvent sa femme comme secrétaire) à celle d'un manager d'équipe. Le seul soin ne devient qu'une partie de l'activité de cette nouvelle génération de médecins généralistes. Des formations spécifiques pour l'acquisition des nouvelles compétences liées à ces fonctions sont en train de voir le jour.

Être acteur de son territoire de santé

Un territoire de santé est une zone géographique délimitée dans laquelle la population et les professionnels se reconnaissent, et ont des habitudes de circulation et de consommation.

Travailler en équipe

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

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

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

- ESP (Équipe de Soins Primaires),
- MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle),
- CDS (Centre de Santé),
- CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé).

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

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

La MSP : Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) est le regroupement de plusieurs professionnels de santé exerçant à titre libéral, dont au moins deux médecins et un autre professionnel de santé. Ils se retrouvent autour d'un projet de santé qui concerne la patientèle des médecins traitants. Ils peuvent exercer en un même lieu ou travailler sur différents sites on parle donc de maison de santé monosite ou multisite. La MSP regroupe des spécialistes en médecine générale et nécessairement des professionnels paramédicaux, éventuellement des sages-femmes, et d'autres spécialistes d'organes autour d'un projet commun de santé établi à partir d'un diagnostic de territoire.

Ce regroupement de professionnels permet :

- La réalisation d'un projet de santé (actions de santé publique, actions de prévention et éducation pour la santé, actions sociales)
- Une meilleure qualité de vie pour les professionnels
- Des plages horaires plus larges améliorant la continuité des soins
- Un plateau technique plus performant
- Un secrétariat et/ou une coordination
- Un travail en réseau de proximité

Le fonctionnement de la MSP répond à un cahier des charges plus exigeant que l'ESP dans le cadre d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui permet d'obtenir des financements et de concrétiser le projet de santé avec une coordination efficace et un logiciel métier partagé.

La CPTS : Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est une forme de coordination sur un territoire plus étendu comme un bassin de vie, un arrondissement de grande ville, etc. Elle est constituée de l'ensemble des acteurs de santé : professionnels de santé de ville, (qu'ils exercent à titre libéral ou salarié),

établissements de santé, acteurs de la prévention ou promotion de la santé, établissements et services médico-sociaux, sociaux... qui souhaitent se coordonner pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé identifiés pour la population de leur territoire.

Quelle que soit l'organisation territoriale, le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

Une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) informe les médecins généralistes, les aide dans l'orientation des patients, ainsi que dans l'organisation des parcours de soins complexes.





TÉMOIGNAGE

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

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

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

Actuellement, notre ESP est composée des infirmiers, des kinésithérapeutes, des sages-femmes, des orthophonistes, des pharmaciens, des pédicures-podologues, des orthoptistes, des dentistes. Ce projet

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

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

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

Sandrine Delamare

Le projet de santé

Pour créer une ESP ou une CPTS, la première démarche est de rencontrer et de fédérer les professionnels de santé concernés. Puis il faut élaborer ensemble le projet de santé. C'est un élément structurant qui doit être formalisé, les professionnels de santé devant attester de leur engagement dans le projet de santé.

Le projet doit être en cohérence avec les priorités identifiées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ; ce qui nécessite un diagnostic, à partir de l'analyse de l'offre en santé et des problématiques du territoire.

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

L'organisation des soins est une préoccupation majeure dans le contexte de démographie médicale actuelle. Il existe plusieurs modèles d'organisation

dont la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). On commence à parler de maison de santé depuis 2006, à partir de la volonté de certains professionnels de mettre en place un travail coordonné entre professionnels dans leur structure d'exercice (on compte 947 MSP officiellement reconnues en 2017).

Créer sa MSP : premiers pas

- La démarche commence en trouvant autour de soi des professionnels de santé motivés pour aller plus loin dans l'exercice en équipe autour du patient. Il faut au moins deux médecins et un autre professionnel de santé conventionné.
- Un leader (ou des) sera(ont) le(s) porteur(s) du projet.
- Il faut ensuite constituer une association selon la loi de 1901.

- Puis se rencontrer pour réfléchir ensemble et écrire le projet de santé qui est le reflet des objectifs que les professionnels de santé se donnent pour répondre aux besoins de santé des patients. Il indique les missions spécifiques portées par la structure : soins, prévention, éducation thérapeutique, suivi de pathologie chronique, organisation des prises en charge, etc. Il faut partir de l'existant et des problématiques ressenties par les professionnels : « comment je facilite la prise en charge du patient en travaillant avec les autres ».

Créer sa MSP : les démarches

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

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

Il faut :

- Rencontrer l'ARS pour connaître les zones reconnues déficitaires permettant une aide spécifique et monter un dossier FIR (Fonds d'Intervention Régional) qui peut apporter des subventions pour la première phase d'élaboration du projet médical

Portail d'accompagnement des professionnels de santé : <http://paps.sante.fr/index.php?id=20127>

- Rencontrer l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) qui peut apporter une aide logistique (personnes à contacter, réalisation de dossier...) voire plus selon les régions.
- Rencontrer le Maire, le Conseil général, le Conseil régional, la communauté de communes qui peuvent apporter un soutien financier, logistique, matériel, juridique...

Vous pouvez vous faire aider dans ce montage selon votre région par l'antenne régionale de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) – il y en a une par grande région : <http://www.ffmps.fr/>

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

L'exercice pluriprofessionnel se développe et nécessite des outils financiers pour pouvoir utiliser les éventuelles subventions reçues et les répartir entre les professionnels de santé impliqués dans les projets de territoire.

Tous les professionnels de santé n'ont pas le même statut fiscal. Certains exercent en société, d'autres sont assujettis à la TVA (pharmaciens), etc.

Le ministère des Finances a donc dû imaginer un nouveau modèle de société permettant à tous ces professionnels de soins de bénéficier d'un même cadre. C'est ainsi que sont nées les SISA. (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires).

Elles ont été créées par la loi du 10 août 2011 et répondent à plusieurs objectifs.

- Permettre le regroupement des professionnels de santé de soins primaires,

- Percevoir les financements publics et les redistribuer aux associés,

- Exercer dans un cadre fiscal clairement défini.

Pour constituer une SISA, il faut, au minimum, deux médecins et un infirmier. Il n'y a pas de limites autres que statutaires au nombre d'associés. Ces statuts (dont vous trouverez des modèles sur le site de MG France) doivent répondre à certaines obligations.

Les premières SISA étaient à capitaux fixes, mais n'étaient pas adaptées à la réalité du terrain. On leur préfère aujourd'hui, les SISA à capitaux variables, permettant de façon très simple l'arrivée et la sortie de nouveaux associés sans devoir repasser par les publications dans les journaux officiels et l'enregistrement en chambre de commerce.

Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qu'est-ce que c'est ?

Lorsqu'un financement est accordé par l'ARS, il faut conclure un CPOM avec elle. Ce contrat intervient entre l'ARS et le représentant légal de la structure. Le CPOM définit les engagements de l'ARS et ceux de la structure.

Les structures d'exercice coordonné peuvent bénéficier, dans la mesure où elles répondent à certaines conditions et contractualisent avec l'ARS et la CPAM, d'une rémunération complémentaire permettant de valoriser certaines activités mutualisées.

D'abord régi par les ENMR (Expérimentations sur des Nouveaux Modes de Rémunération), puis par le règlement arbitral, l'exercice coordonné est désormais régi par l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel)

L'ACI s'appuie sur la même logique que le règlement arbitral. Il reprend le principe d'une rémunération conventionnelle versée aux structures, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs articulés autour de 3 axes :

- l'accès aux soins,
- le travail en équipe,
- l'utilisation d'un système informationnel partagé (labellisation ASIP Santé).

Le montant de cette rémunération varie selon le nombre de patients suivis par les professionnels de la structure, et le degré de réalisation des engagements prévus dans le contrat.

Un CPOM est conclu pour 5 ans.

Travailler avec un infirmier ASALEE

Si la nécessité d'investir dans la prévention n'est plus à prouver, il faut donner des moyens aux professionnels de soins primaires afin que la prévention et l'éducation à la santé puissent se faire.

Le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) est une réponse possible. Il s'agit d'un modèle d'organisation de soins primaires centré sur le binôme infirmier - médecin généraliste traitant. L'infirmier est délégué à la santé publique et à l'éducation thérapeutique dans le cabinet du médecin généraliste.

Une coopération de proximité s'instaure entre ces deux professionnels de santé autour des patients pour lesquels une éducation thérapeutique et/ou la mise en place d'actions de santé publique serait utile. Ainsi, l'infirmier ASALEE reçoit pendant 45 minutes des patients orientés par le médecin généraliste. Il peut évoquer avec eux les dépistages du cancer et il peut colliger les éléments de suivi de leurs pathologies chroniques (diabète, pathologies cardio-vasculaires, BPCO, troubles cognitifs). Sur dérogation du médecin, l'infirmier réalise des examens que nous n'avons pas toujours le temps de faire en consultation : test au monofilament, ECG, index de pression systolique, Mini Mental State, spirométrie, etc. Les médecins généralistes les interrogent ensuite.

Il s'agit d'une véritable collaboration où les échanges entre l'infirmier et le médecin permettent une amélioration des soins. Les dossiers des patients sont enrichis des éléments notés par l'infirmier et font l'objet de discussions avec le médecin dans des temps de coordination définis et rémunérés.

En pratique

Le rôle de l'infirmier ASALEE est de :

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



TÉMOIGNAGE

Je suis installée dans un quartier populaire d'Ile de France avec beaucoup de patients migrants bénéficiaires de la CMU. Les maladies chroniques en particulier le diabète font des ravages dans ces populations et leur prise en charge demande du temps car il faut aussi surmonter les questions d'accès aux soins, la barrière de la langue, les représentations liées à la culture, le mal-être psychologique, familial et social conséquence d'histoires de vie souvent complexes et douloureuses. Comment assurer une prise en charge globale indispensable face à un temps médical qui se réduit et une salle d'attente qui se remplit. Depuis 3 ans j'ai le bonheur d'avoir un infirmier ASALEE !

Comment est-ce que je faisais avant ?

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

L'organisation

L'accueil d'un infirmier ASALEE nécessite :

- un local avec une table d'examen, une balance, une toise, un tensiomètre, un monofilament,
- un accès au logiciel médical du médecin,
- une connexion internet pour remplir les éléments sur son logiciel ASALEE.

Le temps d'accueil de l'infirmier ASALEE doit être de sept heures par semaine par médecin généraliste participant au dispositif. Il faut au minimum un infirmier et deux médecins généralistes pour monter un projet ASALEE.

Le cadre administratif et juridique

Une convention est signée entre l'ARS, le médecin généraliste et l'infirmier ASALEE.

Le médecin doit signaler à sa responsabilité civile professionnelle qu'il travaille avec un infirmier ASALEE. L'association ASALEE est l'employeur de l'infirmier. L'association rémunère ses heures et paye les charges relatives à cet emploi. L'association indemnise également le médecin généraliste sur les temps de coordination avec l'infirmier.

Les démarches

Pour être à l'initiative de la mise en place d'un dispositif ASALEE, la première démarche est de prendre contact avec ASALEE : www.asalee.fr ou contact@asalee.fr



TÉMOIGNAGE

Je travaille depuis 15 ans dans un cabinet de groupe en zone semi-rurale. Les médecins des villages environnants sont partis en retraite sans successeur pour la plupart.

Depuis quelques années, mes confrères et moi constatons une augmentation des demandes de soins pour un secteur géographique de plus en plus large. Nous faisons face à ces demandes mais force est de constater que nous avons de moins en moins le temps de nous occuper de nos patients chroniques pour lesquels la prévention et l'éducation à la santé auraient une grande utilité.

Un jour, j'ai entendu parler du dispositif ASALEE. J'ai pu me renseigner sur ce modèle d'organisation qui m'a séduite et qui m'apporte maintenant au quotidien une aide précieuse dans le suivi de mes patients aux lourdes pathologies.

Je vis au sein de mon propre cabinet une coopération de proximité enrichissante et bénéfique pour les patients avec l'infirmière ASALEE. Cette collaboration au quotidien a amélioré ma qualité d'exercice.

Faire fonctionner son cabinet

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

Tenir sa comptabilité

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

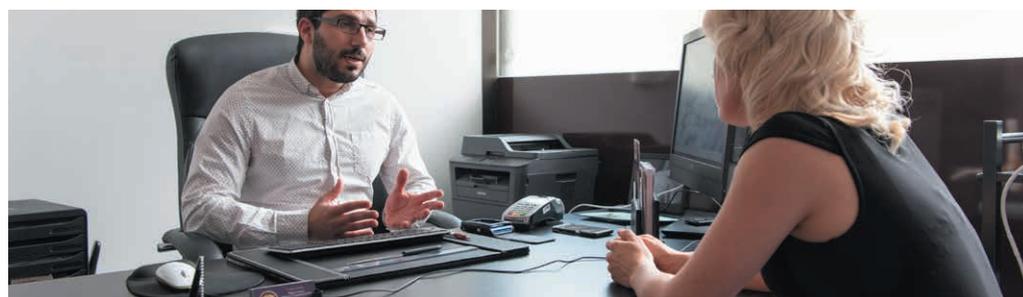
Vous pouvez vous faire aider pour cela par un comptable. Ce n'est pas une obligation, faire sa comptabilité soi-même est tout à fait possible.

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

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

Utiliser un logiciel médical

Son utilisation n'est pas obligatoire, mais fortement conseillée. Ils permettent de tenir un dossier médical, de réaliser une synthèse de soins, d'éditer les ordonnances et les courriers, et contiennent une aide et sécurisation de la prescription. Certains intègrent des fonctions d'agenda, de télétransmission et de comptabilité.



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

Les anciens critères de choix étaient : la pérennité de la société éditrice du logiciel et l'extraction fiable et peu coûteuse des données (moulinettes pour pouvoir changer de logiciel).

L'expérience montre que cela est rarement simple de changer.

La nouvelle tendance semble être celle des logiciels en ligne (ou dans le cloud). Débarrassé des opérations de sauvegarde et de mise à jour, le professionnel peut se concentrer sur le soin. Par ailleurs les logiciels en ligne favorisent la coordination entre professionnels dans le cadre de l'exercice en structure et permettent également l'accès au dossier médical à domicile.



Certains sites présentent des comparatifs permettant de se faire une première idée des logiciels médicaux. Mais rien ne remplace un essai ou une formation initiale.

MG Form propose régulièrement en région ce type de formation sur la plupart des logiciels médicaux.

Télétransmettre les feuilles de soins

La télétransmission nécessite :

- Un appareil de lecture de carte vitale appelé « lecteur bifente » éventuellement associé à un lecteur carte bleue (lecteur trifente). Cet appareil sera soit fixe (au cabinet du médecin), soit portable (il faudra dans ce cas faire le lien avec le poste principal pour l'envoi des FSE et faire la comptabilité). Cette dernière solution est plus fragile. Il fonctionne avec la CPS (Carte de Professionnel de Santé) de chaque professionnel.

- Un logiciel de télétransmission qui peut être couplé, ou non, au logiciel de tenue des dossiers,

Attention au lecteur carte bleue qui devra être interfacé avec votre compte bancaire professionnel, avec un coût de fonctionnement lié à ce mode de paiement (prix variables et à négocier).

Les données de santé numériques sont à protéger, au même titre qu'un dossier papier ou une discussion avec d'autres personnes. C'est le professionnel de santé qui est responsable de la protection de ses données médicales, et donc aussi pour les échanges numériques qui se multiplient (rapidité, coût moindre...).

Aide pérenne à l'informatisation :

En fonction du respect de règles incluses dans le forfait structure qui est inscrit dans la convention, la CPAM verse une prime qui permet de payer une partie de l'équipement informatique.

Cela nécessite par exemple, un logiciel de prescription inclus qui soit agréé par l'HAS et l'abonnement à une base de données médicamenteuse (Vidal ou BCB par exemple, qui sont payantes).

Utiliser une messagerie sécurisée

Pour les mails, il faut désormais (en application de la loi), une messagerie sécurisée (via la CPS) et cryptée. Si un message médical « en clair » arrive, par erreur de mail (erreur d'adressage) chez un non-médecin, le professionnel de santé peut être condamné en cas de plainte (au motif de « rupture du secret médical »).

L'ASIP Santé met en place une Messagerie Sécurisée gratuite (MSS) qui sera progressivement intégrée aux logiciels médicaux. D'autres systèmes existent : par exemple Apicrypt. À chacun de choisir selon sa situation et le contexte local, mais restons sécurisés, c'est la loi !

PUB



La vie professionnelle

La représentation professionnelle

Le Conseil de l'Ordre

Article L. 4121-2 du Code de la santé publique :
« L'Ordre des Médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence 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 prévu à l'article L. 4127-1 du présent titre.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il peut organiser toute œuvre d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des Conseils départementaux, des Conseils régionaux et du Conseil National de l'Ordre.

Ordre National :

Rôle moral :

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

national de veiller à son application et à son respect.

Rôle administratif :

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

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

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

Rôle juridictionnel :

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

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

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

Rôle consultatif :

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

Les conseils régionaux

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

Ils ont pour mission de :

Représenter l'Ordre des Médecins au sein de toutes les instances régionales touchant à la santé sous toutes ses formes (libérale, hospitalière, santé publique, ARS...). Il étudie et délibère sur les projets et propositions qui lui sont soumis par ces instances.

Coordonner les conseils départementaux de l'Ordre des Médecins de la région.

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins a, par ailleurs, le pouvoir de prendre la décision de suspendre temporairement un médecin du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession (article L. 4124-3 du Code de la santé publique). Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins peut être saisi soit par le Préfet, soit par délibération du Conseil Départemental ou du Conseil National.

Le nombre des conseillers est défini en fonction du nombre de médecins inscrits à l'Ordre pour chaque région. Ils sont élus par les conseillers départementaux.

Les conseils départementaux

Les membres sont élus au scrutin binominal à un tour. Chaque binôme est composé de candidats de sexe différent, élus pour 6 ans au suffrage universel par l'ensemble des médecins inscrits au tableau du département. Leur nombre dépend du nombre de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre. Le renouvellement s'effectue par moitié tous les 3 ans.

Ils exercent les missions générales de l'Ordre national. Ils ont de nombreuses fonctions exécutives :

- Gestion du tableau de l'Ordre et des autorisations d'installation ; contrôle du libellé des plaques et des mentions dans les annuaires et sur les ordonnances,
- Qualification,
- Examen des contrats passés entre deux ou plusieurs médecins, entre médecins et structures privées ou publiques,
- Délivrance des autorisations de remplacement (seul le conseil départemental de site universitaire délivre les licences de remplacement).

Le Collège de la Médecine Générale (CMG)

C'est une structure créée en 2010 regroupant de nombreuses structures généralistes organisées en quatre composantes : professionnelle, académique, scientifique et associations. Il a pour missions :

- Représenter la médecine générale,
- Promouvoir la qualité de l'exercice professionnel de la médecine générale,
- Promouvoir une démarche de Développement Professionnel Continu,
- Favoriser le développement de la recherche en soins primaires et sa publication,
- Promouvoir et valider des protocoles et recommandations pertinents en médecine générale, reposant sur la recherche en soins primaires,

- Promouvoir une formation initiale visant au développement des compétences nécessaires à l'exercice du métier.

Le Collège est le promoteur du Congrès annuel de la médecine générale.

Pour en savoir plus :

www.lecmg.fr ou contact@lecmg.fr

Les syndicats médicaux

Ils sont différents selon trois axes qui les définissent :

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

Leurs missions :

Ils ont des missions données par l'État aux seuls syndicats représentatifs, en tant que corps intermédiaire, entre l'État et la profession représentée. Ils sont ainsi légitimes à négocier et à accepter au nom de tous les médecins libéraux la convention par exemple. Ils ont des missions spécifiques, statutaires.

Un exemple : MG France.

Né en 1986 d'une scission au sein de la CSMF par de nombreux médecins généralistes qui l'ont quittée pour aller fonder MG France, c'est le seul syndicat mono catégoriel représentatif des médecins spécialistes en médecine générale libéraux. Ce syndicat a 190 représentants au sein des commissions conventionnelles locales (2 par département) assurant ainsi la défense des intérêts des médecins dans le cadre de la vie conventionnelle (ex : ROSP, tracasseries administratives, questions tarifaires, etc.) mais aussi la défense individuelle de chaque médecin (ex : commission des pénalités, ...). Au niveau national, MG France a développé des outils pour former ses cadres et accompagner les médecins, notamment par son site qui contient de nombreuses informations professionnelles.

MG SERVICES Aides aux thèses : vous avez besoin de questionner les médecins généralistes pour votre thèse, vous pouvez publier sur le site le descriptif de la thèse et le lien vers votre questionnaire.

MG SERVICES Annonces : Vous cherchez à reprendre un cabinet médical (des annonces de médecins cherchant un successeur, classées par région).

MG SERVICES : services@mg-france.fr complète par des réponses personnalisées aux questions sur :

- **La Convention :** problèmes de cotation, nomenclature, CCAM,
- **Vos difficultés juridiques :** en cas de contentieux avec un patient, le conseil de l'ordre, votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie... Nos juristes analysent votre problématique et vous conseillent,
- **Votre protection sociale, votre retraite :** nos représentants à la CARMF vous répondent,
- **Un projet de regroupement avec d'autres professionnels :** nos experts vous conseillent sur tous les aspects de l'exercice professionnel et vous aident à trouver une solution adaptée à votre situation.

TÉMOIGNAGE

Demain, je vais à la CPAM car je suis convoquée en raison d'un nombre d'indemnités journalières supérieur à la moyenne régionale rapportée au nombre de consultations effectuées.

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

J'aimerais pouvoir argumenter et leur dire qu'un arrêt de travail n'est pas seulement une indemnité journalière, c'est surtout un soin pour un patient qui souffre et

qui ne peut assurer son travail, que la souffrance soit physique ou psychique.

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

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

Les URPS

Ce sont des structures régionales qui représentent la totalité des professionnels de santé libéraux, en référence à l'article 123 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ».

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

Elles ont succédé aux URML (unions régionales des médecins libéraux) créées en 1994. Les dernières élections ont eu lieu en 2015 pour élire les représentants aux URPS ML (médecins libéraux). Les élections ont lieu tous les 5 ans.

Leurs missions :

■ Au plan national, le résultat des élections aux unions détermine l'audience des organisations représentatives (les syndicats) et leur habilitation à participer aux négociations conventionnelles. Au niveau régional, les URPS en général et les URPS ML (Médecins Libéraux) en particulier participent à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé.

■ L'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins en vue de l'élaboration d'un Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).

■ L'organisation de l'exercice professionnel (permanence et continuité des soins, modes d'exercice).

■ Des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique. La mise en œuvre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec des réseaux, maisons et pôles de santé, pour améliorer la qualité et la coordination des soins. Le développement et l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés. Le Développement Professionnel Continu. Des actions également dans le développement et l'utilisation des systèmes de communication ou encore dans le développement Professionnel Continu.

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

Fonctionnement :

Chaque URPS médecins est administrée par une assemblée unique composée de trois collègues : généralistes, spécialistes et spécialistes à plateaux techniques lourds élus pour cinq ans. Selon la taille de la population médicale de la région cette assemblée peut être composée de 10 à 80 membres.

Les élections se font sur des listes électorales présentées par les organisations syndicales de médecins généralistes ou de médecins spécialistes bénéficiant

d'une ancienneté minimale de deux ans et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions.

Le bureau (8 membres) est élu par l'assemblée avec

une représentativité des trois collèges.

Cotisation :

Elle est obligatoire, prélevée par l'URSSAF. Elle représente 0.5 % du plafond de la sécurité sociale.

La protection du médecin contrôlé

Au niveau de la CPAM, le point de départ d'une procédure de contrôle est principalement informatique avec l'identification de praticiens présentant un écart statistique par rapport à la moyenne régionale (nombre d'indemnités journalières, nombre de prescriptions de transports, etc.).

Suite à ce repérage, le médecin reçoit une lettre recommandée avec accusé de réception émanant de la CPAM. Ce courrier fait référence aux articles de Loi et met en cause le médecin sur son exercice (sans que la raison de cette mise en cause soit nécessairement bien explicitée dans ce courrier).

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

Dans un premier temps, il faut conserver tous les courriers, toutes les enveloppes avec les dates d'affranchissement.

Il ne faut pas appeler le médecin conseil dont le numéro est mentionné dans le courrier. Tout doit se faire par écrit en recommandé avec AR en réclamant toutes les pièces nécessaires à la préparation de l'entretien (copies des ordonnances, attestations de patients...) conformément au décret 315-2 (code de la Sécurité Sociale) du 1^{er} février 2007 et l'exposé précis des griefs qui sont reprochés.

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

Pour toute rencontre, il faut idéalement être assisté soit par un médecin de son syndicat, soit par un confrère, si possible habitué à ce genre de procédure. Il est recommandé de prévenir son syndicat le plus tôt possible.

Il faut préparer son dossier en prenant chaque cas et en le documentant de façon précise.

L'entretien confraternel

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

Si vous ne pouvez pas être accompagné, il ne faut pas hésiter à reporter l'entretien. Si les documents nécessaires à la défense ne vous ont pas été adressés, il faut le faire notifier.

Le procès verbal de l'entretien doit être adressé en lettre recommandée avec AR au médecin dans un délai de 15 jours (décret 315-2). Ce dernier dispose d'un délai de 15 jours pour le retourner signé et accompagné de ses remarques.

Il faut surveiller les délais (au cas où le pôle contentieux ne les respecterait pas) et examiner le procès verbal avec soin. Lors du retour, il ne faut pas hésiter à faire des remarques et à mentionner tous les manquements à la procédure constatés dans les phases précédentes.



La nomenclature

L'exercice de la médecine générale libérale nécessite une facturation au patient des actes exécutés pour sa prise en charge. Actuellement, en médecine générale, deux systèmes de cotation des actes se côtoient, théoriquement incompatibles. On ne peut cumuler les deux systèmes sauf exceptions. La CPAM ou son assurance remboursera le patient en totalité ou en partie.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

C'est le système le plus ancien, avec :

■ des actes G, Gs, VG, APC, VL...

■ des majorations

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

Cela représente 90 % de votre activité et s'acquiert très vite : des outils sont disponibles (plaquette éditée par MG France, et bientôt application sur smartphones).



Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Elle concerne essentiellement les actes techniques et il est important pour vous de vous approprier la méthode d'utilisation ainsi que les principales règles et les actes concernant votre pratique.

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

<https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/la-ccam-du-mg>

La formation tout au long de la vie

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

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

Bien d'autres possibilités pour réaliser notre formation continue sont possibles. Collectives, individuelles, l'offre est très large. Pour évoquer que l'essentiel :

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

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



MG Form propose le cadre organisationnel pour mettre en œuvre ces formations.

N'hésitez pas à nous contacter : <https://www.mgform.org>

Le FAF-PM (Fonds Action Formation pour la Profession Médicale)

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

Le FAF PM, créé par les syndicats de médecins



libéraux, et toujours géré par eux, veut offrir une formation continue indépendante et dénuée de biais commerciaux.

Le FAF-PM est financé, via les URSSAF par le biais d'un prélèvement, la CFP (Cotisation pour la Formation Professionnelle) effectué en même temps que les cotisations sociales personnelles des médecins libéraux. Son montant, en 2018, reste modeste, inférieur à 100 € par an.

Le FAF-PM finance des formations sous 2 formes :

1) Formations collectives

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

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

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

2) Formations individuelles

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

L'ANDPC

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

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

Elle a pour principales missions :

- l'évaluation des organismes et structures,
- la garantie de la qualité scientifique et pédagogique des actions et programmes de DPC proposés,
- la mesure de l'impact du DPC sur l'amélioration et l'efficacité du dispositif,
- la promotion du dispositif de DPC (informer les

professionnels de santé, les organismes et les employeurs),

- la participation au financement des actions de DPC pour les professionnels de santé pouvant être pris en charge par l'Agence.

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

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

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

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

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

Chaque médecin dispose d'une enveloppe personnelle lui permettant d'être indemnisé pour 21 heures de DPC sur l'année. Il peut également accéder à 21 heures de formation supplémentaire tous les 3 ans pour des formations pédagogiques (la maîtrise de stage). Les formations en e-learning sont elles limitées à 10 heures par an.

Pour être pris en charge, un programme de DPC doit obligatoirement être rattaché à une des orientations

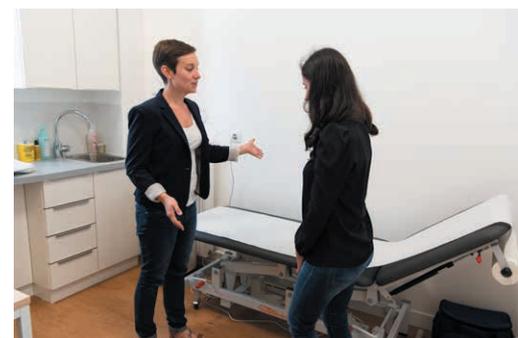
nationales prioritaires qui sont fixées par décret et ont une validité de 3 ans. Pour les médecins généralistes les orientations nationales prioritaires sont proposées au ministère par le Collège de la Médecine Générale, pour les autres spécialités elles le sont par la Fédération de Spécialités Médicales.

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

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

Le forfait pris en charge est de 140 € / heure réparti en :

- 90 € / h de frais pédagogique versé à l'organisme de DPC,
- 45 € / h d'indemnisation versée au participant.



Prélèvement de l'impôt à la source :

Éviter un piège mortel : jouer à la cigale et ne pas prendre contact avec les services fiscaux

Jusqu'en 2018 l'impôt était payé sur les revenus de l'année précédente.

À compter de la mise en place du prélèvement de l'impôt de façon contemporaine aux revenus perçus, le système change.

■ Pour les salariés : l'impôt sera prélevé sur le salaire par l'employeur qui le reversera aux services fiscaux

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

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

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

- Année n : démarrage de l'activité libérale,
- Année n+1 : déclaration d'impôts au mois de Mai et imposition à partir de septembre de deux années en même temps ! Cela donnerait le scénario catastrophe suivant :
- Année n : démarrage de l'activité libérale,
- Année n+1 : déclaration d'impôts au mois de Mai et imposition à partir de septembre de deux années en même temps !
- Pour peu que vous ayez une diminution de revenus dans l'année n+2, c'est la catastrophe.

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

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

Recertification

La recertification des médecins vise « à favoriser l'actualisation régulière » de leurs pratiques, tout au long de leur parcours, afin de « garantir aux patients une même sécurité et pertinence de leur prise en charge » (Ministère, 2018)

À la date de mise sous presse de cette brochure, le rapport de la Mission mise en place n'a pas paru. Les principes qui sous-tendent la mise en place de la recertification sont les suivants :

- se fera base du volontariat pour les médecins installés avant la parution du décret, mais obligation pour ceux qui s'installeront après
- s'appuiera sur les recommandations des collèges nationaux de spécialité, soit le collège de la médecine générale pour la spécialité médecine générale
- consistera en une validation des parcours professionnels et en aucun cas un examen de nature universitaire
- aura une périodicité probable de 3 ans

PUB

taille H165mmx L170mm

La protection sociale

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

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

Les médecins exerçant en secteur 1, relèvent d'un régime spécifique : le PAMC (Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés).

L'affiliation se fait à la CPAM de votre lieu habituel d'exercice.

Les cotisations sont recouvrées par l'URSSAF. Nous dépendons du « régime des travailleurs non-salariés » (art L613-1 du code Sécurité Sociale), ce qui explique des différences à la fois de cotisation et de droits (indemnités journalières essentiellement).

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

Si vous exercez une double activité libérale et salariée, vous pouvez bénéficier d'une double affiliation au régime des PAMC et au régime général (pour autant que vous répondiez aux critères d'ouverture des droits). Cela n'est pas toujours simple, notamment pour la perception d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie (régime salarié, libéral ou les deux). Si vous vous trouvez dans cette situation et en arrêt de travail, MG Services vous aide à y voir clair.



La protection en cas de maladie et d'invalidité

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

En revanche il ne verse pas d'indemnités journalières (IJ) en cas de maladie, exception faite des indemnités journalières en cas de grossesse pathologique.

Pour l'arrêt-maladie en cas de grossesse pathologique, le régime PAMC verse des IJ de 44,34 € par jour (chiffre 2018) à partir du 4^{ème} jour d'arrêt. Elle en versera pour une durée maximum pour 87 jours. Au-delà, le relais est pris par la CARMF, notre caisse de retraite.

La CARMF verse des IJ en cas de maladie. Elle le fait à partir du 91^{ème} jour d'arrêt.

De ce fait une assurance prévoyance est recommandée pour couvrir la carence des 90 jours. Elle se souscrit auprès d'assurances privées. Il est important d'équilibrer les besoins de protection avec le coût des assurances. Il est inutile de cotiser pour des montants supérieurs à vos revenus réels ou de cumuler des assurances.

Réduire le délai de carence est un enjeu majeur pour notre profession. Nous y sommes parvenus pour les grossesses pathologiques.

L'adhésion à la CARMF est obligatoire pour tout

médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins et exerçant une activité médicale libérale (installation, remplacements, expertises, secteur privé à l'hôpital, exercice au sein d'une Société d'Exercice Libéral ou toute autre activité rémunérée sous forme d'honoraires) en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre-mer ou à Monaco. Une déclaration en vue d'affiliation, visée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, doit être faite auprès de la CARMF dans le mois qui suit le début de l'activité

libérale. L'affiliation sera prononcée au premier jour du trimestre civil suivant la date de début d'activité.

Il y a 3 classes forfaitaires de cotisation pour ce régime de prévoyance invalidité décès de la CARMF. Les deux premières années d'installation le montant de la cotisation est de 622 € puis le calcul s'effectue en fonction des revenus de l'année N-2

	Revenu N-2 inférieur ou égal à 39 228 € Classe A	Revenu N-2 compris entre 39 228 et 117 684 € Classe B	Revenu N-2 supérieur à 117 684 € Classe C
Cotisation	622 €	720 €	836 €

Cette répartition en classes ne nous semble pas juste : pour 214 € de plus par an, les hauts revenus ont le double d'indemnités journalières en cas de maladie (voir tableau). Elle pénalise le médecin dont le revenu se situe au-dessous de 39 228 €.

	Classe A	Classe B	Classe C
Indemnités journalières	65,20 €	97,80 €	130,40 €

L'indemnité décès, versée par la CARMF est de 60 000 €.



TÉMOIGNAGE

J'étais installée depuis 20 ans lorsque j'ai fait mon infarctus. Brutalement, j'ai basculé dans l'univers de la maladie. Passée la phase aiguë du nécessaire traitement, ce sont les soucis administratifs et financiers qui ont pris le pas. Fort heureusement, j'ai pu avoir un remplaçant qui a assuré le suivi de ma patientèle.

J'ai aussitôt déclaré mon souci de santé à mon assurance privée. J'avais un contrat qui me permettait de toucher des Indemnités Journalières à J10.

Les prestations de la CARMF commençant à J91, je ne comptais pas trop sur cet apport. J'avais déjà en tête de reprendre le plus rapidement possible car la diminution de revenus n'est pas tenable sur la durée.

J'ai repris après un mois... Certains m'ont dit que c'était trop tôt. Surement... Mais avais-je le choix ?

Protection maternité, paternité, adoption : avantages retraite pour les parents.

Régime de base :

Les femmes bénéficient de 100 points supplémentaires gratuits pour le trimestre au cours duquel survient l'accouchement.

Tout enfant né pendant votre activité médicale (internat, affiliation à la CARMF pendant les remplacements et installation) vous donne droit à 8 trimestres de plus par enfant élevé :

Un exemple :

3 enfants = 24 trimestres.

4 de ces trimestres sont automatiquement attribués à la mère et les 4 autres peuvent être répartis entre mère et père selon la volonté du couple manifestée avant les 4 ans de l'enfant. À défaut ils sont attribués à la mère.

Régime complémentaire assurance-vieillesse :

Les femmes peuvent bénéficier de l'exonération d'un semestre de leur cotisation annuelle pour un congé maternité de plus de trois mois. Elles doivent en faire la demande à la CARMF. Dans ce cas La CARMF leur offre 2 points pour ce semestre non cotisé.

Accidents de travail

Les médecins libéraux ne sont pas couverts en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Si vous souhaitez bénéficier de cet avantage vous devez en faire la demande auprès de votre CPAM. Les cotisations sont calculées en pourcentage d'un niveau de revenu de remplacement que vous décidez (et non sur vos revenus réels). Ce revenu doit être compris entre un demi et un plafond de sécurité sociale. La cotisation est de 1,04 % de ce revenu donc compris entre 200 € et 420 € annuel. Elle vous assure une prise en charge totale des frais médicaux au titre de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

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

■ une indemnité en capital, si le taux d'IPP est inférieur à 10 % ;

■ une rente, si le taux d'IPP est supérieur ou égal à 10 %. Elle ne vous donne pas droit à des indemnités journalières.

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

Les frais funéraires et, s'il y a lieu, les frais de transport du corps jusqu'au lieu de sépulture, sont remboursés, sur justificatifs, à la personne qui les a réglés, dans la limite des frais engagés avec un montant maximal fixé à 1 609,00 € au 1^{er} janvier 2016.

Des rentes peuvent être versées à ses ayants droit. Pour la souscrire : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/157/s6101.pdf>

Les allocations familiales

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

Revenus	< 43 151 €	de 43 151 à 54 919 €	> 54 919 €
Cotisations	2,15 %	progressive de 2,1% à 5,25 %	5,25 %
Part prise en charge par CPAM	100 %	75 %	60 %

Le montant des allocations varie selon vos ressources.

Montant de base est compris entre 32 et 462 € en fonction de vos revenus et de votre nombre d'enfants.

Une majoration est versée à la famille composée d'un ou plusieurs enfants de 14 ans et plus (sauf s'il s'agit de l'aîné de 2 enfants à charge). Elle est entre 16 et 64 € en fonction de vos revenus et de votre nombre d'enfants.

Plus d'informations sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N156>

La retraite du médecin libéral

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

Les cotisations

1. En début d'exercice : appel de cotisations provisionnel

À partir de la troisième année s'appliquent les barèmes réels basés sur les revenus de n-2 donc les revenus de la 1^{ère} année.

Lorsque les revenus d'activité sont définitivement connus, les cotisations font l'objet d'une régularisation. Il faut anticiper et provisionner.

2. Régime de base

La cotisation est proportionnelle selon 2 tranches de bénéfice.

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

Tranche 1 (jusqu'à 38 040 € de bénéfices), taux : 8,23 %

Tranche 2 (de 38 040 € à 190 200 €), Taux : 1,87 %

3. Régime complémentaire

La cotisation est de 9,7 % des revenus professionnels non-salariés nets de l'année « n-2 » plafonnés à 13 318 €.

4. Régime des allocations supplémentaires de vieillesse - ASV

■ Une cotisation forfaitaire fixée par décret (pour les médecins conventionnés).

Secteur 1 : 1643 € versés par le médecin, 3286 € versés par la CPAM en 2017

Secteur 2 : 4929 € versés par le médecin en 2017

■ Une cotisation proportionnelle de 0,9333% pour le secteur 1 jusqu'à 196 140 €. et de 2,9 % pour le secteur 2.

Les droits à la retraite

En moyenne le montant de la retraite mensuelle des médecins généralistes libéraux est de 2 630 €.

Le régime de base représente 21 % de notre retraite. Pour une cotisation à taux plein le départ est possible après 172 trimestres travaillés.

Votre vie professionnelle de médecin libéral a commencé le jour de votre premier remplacement libéral mais avant cette activité libérale vous avez été salarié d'un hôpital et peut-être vous avez travaillé ailleurs au cours de vos études.

Vous avez donc cotisé dans au minimum 2 régimes :

- le régime des travailleurs salariés (régime général),
- le régime des médecins libéraux (CARMF).

Le nombre de trimestres de cotisation de ces régimes s'ajoutera.

Vous pouvez obtenir votre relevé de carrière en écrivant à la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) de votre région, soit, plus simple en vous connectant sur le site de la Cnav (Caisse d'Assurance Vieillesse) <https://www.lassuranceretraite.fr/>

Dans les régimes complémentaires et ASV, seules les cotisations sont prises en compte, il n'existe pas de critère de durée d'assurance comme dans le régime de base. Vous pouvez demander vos retraites complémentaires et ASV dès l'âge légal de la retraite qui est de 62 ans.

Le régime complémentaire représentera environ 44 % de la retraite globale et le régime ASV en représentera 35 %.

Pour plus d'informations :

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

Cotisations	1 ^{ère} année d'affiliation en 2017 (médecin de moins de 40 ans)		2 ^e année d'affiliation en 2017	
	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2
Base (provisionnel)	752 €	752 €	1 070 € ⁽¹⁾	1 070 € ⁽¹⁾
Complémentaire	0 €	0 €	0 €	0 €
ASV forfaitaire	1 643 €	4 929 €	1 643 €	4 929 €
ASV ajustement	70 €	209 €	99 €	297 €
Invalité-décès	622 €	622 €	622 €	622 €
Total	3 087 €	6 512 €	3 434 €	6 918 €



TÉMOIGNAGE

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

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

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

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





L'entrée dans la vie professionnelle

Le pas à pas du médecin non thésé

Même si vous n'avez pas encore passé votre thèse, vous pouvez débiter des remplacements si vous avez déjà validé trois semestres de votre internat et effectué un stage chez le praticien.

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

Demande de licence de remplacement,

- Questionnaire à remplir de demande de licence auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins,

- 2 photos d'identité,

- Copie d'une pièce d'identité mentionnant votre nationalité (passeport, carte d'identité),

- Attestation d'inscription à la Faculté en 3^{ème} cycle ou en année de thèse,

- Fiche de situation universitaire actualisée à demander au Service de la Scolarité de votre Faculté de Médecine (document comportant le détail des semestres validés avec les dates et les DES et DESC),

- Déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune procédure pouvant donner lieu à une condamnation ou une sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours,

- Autorisation de communiquer vos coordonnées aux médecins qui en feraient la demande (facultatif).

Une fois le dossier complet, déposez-le directement au conseil départemental de l'ordre des médecins de votre lieu d'exercice choisi. Vous recevrez ensuite votre licence de remplacement puis votre carte de professionnel de santé en formation et ensuite vos codes d'activation.

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

Vous devez demander votre immatriculation dans les 8 jours qui suivent le premier remplacement et vous adresser au Centre de Formation des Entreprises (CFE) de l'URSSAF du lieu d'activité <https://www.cfe.urssaf.fr/saisiepl/>

Affiliation à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

Vous devez vous affilier à la CPAM de département de votre domicile à partir du 31^{ème} jour effectif de remplacement.

Souscription d'une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP)

Pour remplacer, vous devez obligatoirement avoir une assurance RCP.

Pièces jointes :

- Questionnaire du Conseil de l'Ordre des Médecins concernant une demande de licence de remplacement https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/demande_de_licence_de_remplacement.pdf

- Modèle de contrat de Remplacement par un étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/remplimed_0.pdf

Pour aller plus loin :

- Conseil de l'Ordre des Médecins « premier remplacement » <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1350>

- Guide du médecin remplaçant <http://www.remplacement-medical.com/guide-des-medecins-remplacants/0-centre-d-information-du-remplacement-liberal.html>

Le pas-à-pas du médecin remplaçant au médecin installé

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

Mairie :

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

CDOM :

Contactez votre CDOM et les informer de votre future installation. Un dossier vous sera envoyé et devra être complété pour être présenté en commission. En général, il y a une commission une fois par mois. Suite à cela vous recevrez l'accord d'installation.

CPAM :

Contactez la CPAM du lieu de votre futur exercice afin de fixer un rendez-vous. Vous n'êtes pas obligé d'attendre l'autorisation du CDOM pour y aller. Ce rendez-vous a pour but de vous enregistrer à la CPAM en tant qu'installé et de permettre la création de votre numéro ADEL ainsi que l'impression de vos feuilles de soin papiers, ordonnances sécurisées, arrêts...

Il faudra vous munir des pièces suivantes :

- Photocopie pièce d'identité,

- Photocopie attestation inscription à l'ordre de l'année en cours et de la carte de l'ordre,

- RIB professionnel,

- RIB personnel,

- Autorisation d'installation délivrée par le CDOM, le cas échéant leur envoyer dès réception.

Votre dossier sera ensuite transmis à la CARMF et à l'URSSAF.

À l'URSSAF, vous rencontrerez également un technicien informatique qui vous présentera l'espace PRO.

URSSAF :

La CPAM se charge normalement de communiquer les éléments à l'URSSAF. Sinon, il faudra remplir le dossier de modification d'activité « P2 » de l'URSSAF, disponible en ligne, au plus tard dans les 8 jours suivants le début de votre activité.

Service d'Imposition des Entreprises (SIE) de votre lieu d'installation :

Normalement, vous devriez recevoir automatiquement le dossier à remplir. Le cas échéant, contactez le centre.

CARMF :

La CPAM se charge de contacter la CARMF. Mettez à jour votre dossier. Possible de le faire en ligne.

Comptable/ AGA

N'oubliez pas de prévenir votre comptable et/ou AGA de votre changement de situation.

Remplaçant ou collaborateur : avantages et inconvénients

Remplaçant

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

Collaborateur libéral

- Une seule démarche (contrat de collaboration) auprès du Conseil de l'Ordre par médecin installé (possibilité d'avoir plusieurs collaborations).
- Aucune contrainte : une ou plusieurs journée(s) fixe(s) régulière(s).
- Meilleure protection sociale.
- Carte de professionnel de santé personnelle.
- Obligation de remplacer au cabinet lorsque l'autre médecin est en congé.
- Le collaborateur n'adopte pas le secteur du médecin installé.



Les démarches d'installation

Rêver son projet

Choisir son lieu d'exercice

Il est d'abord nécessaire d'évaluer la démographie médicale, la population (selon âge, catégorie socio professionnelle etc.) ainsi que l'environnement économique (emplois, pôles d'activités etc.) et sanitaire (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, professionnels de santé paramédicaux) de l'endroit où l'on souhaite s'installer.

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

■ Les URPS peuvent également vous renseigner

Exercer seul ou à plusieurs ?

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

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

■ Outil d'aide à l'installation locale (ODIL) sur le site de l'INSEE (www.insee.fr) : cartographie socio et économique démographiques.

En exercice isolé, il peut être difficile d'organiser son temps personnel et la continuité des soins et il existe un risque d'isolement professionnel (avec parfois des difficultés à trouver un remplaçant).

■ Les plateformes d'Appui des Professionnels de Santé (PAPS) : cartographies sur la consommation des soins, densités professionnelles et activité moyenne des confrères.

En groupe, c'est une solution plus confortable avec partage des frais professionnels, mais parfois on assiste à des problèmes de cohabitation.

■ Les aides géographiques et financières (sur les portails ARS et les CPAM)

En association, la vigilance portera sur la cohérence des projets professionnels de chacun et la compatibilité des membres du groupe. Une association fera souvent suite à des remplacements ou une collaboration.

■ À noter qu'une installation dans certaines zones géographiques dites « fragiles » est susceptible de bénéficier d'allègements fiscaux et sociaux, et /ou d'aides financières à l'installation.

L'exercice en groupe n'implique pas forcément la rédaction d'un contrat d'association, mais une simple convention de partage des frais (contrat d'exercice et

de mise en commun de moyens ou « société de fait » reste nécessaire.

En cas de constitution d'une société, la Société Civile de Moyens est préconisée (SCM) mais une Société Civile Professionnelle (SCP) ou Société d'Exercice Libérale (SEL) est possible.

Autres formes de groupement de professionnels avec un projet de santé :

- En maison de santé ou en pôle de santé « hors les murs ».

Le statut juridique sera la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) qui permet de recevoir les subventions.

Concrétiser son installation Succession ou Création ?

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

Reprendre un cabinet (succession) :

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

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

Inconvénients : un droit de « présentation de patientèle » peut être attendue par le cédant. Il devient de plus en plus rare, du fait du nombre important de départs à la retraite et donc de l'offre et la demande. Une déperdition de patientèle peut être observée, mais rapidement compensée par la demande de soins croissante.

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

Créer son cabinet :

Choisir son local professionnel : propriétaire ou locataire ?

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



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

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

Les démarches obligatoires

Il est prudent d'envisager 3 mois pour l'ensemble des démarches.

- Attestation de DES (Diplôme Études Spécialisées)
- Inscription au CDOM (Conseil Départemental Ordre des Médecins)
- Attribution de numéro RPPS par le CDOM
- Signature convention à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)
- Déclaration d'activité à l'ARS (Agence Régionale de Santé)

- Attribution de la CPS par l'ASIP santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé)

- Déclaration d'activité à l'URSSAF

- Attribution d'un numéro SIRET

- Déclaration d'activité à la CARMF Caisse Autonome Retraite Médecin Français

- Contrats d'assurance (Responsabilité Civile Professionnelle, Prévoyance)

- Ouverture d'un compte bancaire professionnel

- Inscription dans une AGA (Association de Gestion Agréée)



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

TÉMOIGNAGES

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

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

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

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

Quelques mots pour vous raconter mon installation en cabinet.

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

Première étape :

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

Seconde étape :

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

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

Troisième étape : les démarches administratives.

Pour le phobique administratif que je suis, c'est une épreuve que j'appréhendais énormément.

En réalité, ce fut extrêmement simple et rapide.

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

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

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

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

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

S'inscrire à l'Ordre

Tous les médecins (libéraux ou salariés) sont tenus de s'inscrire au Tableau de l'Ordre de leur département d'exercice. L'Ordre gère le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) et délivre à chaque professionnel un identifiant RPPS, unique et pérenne.

Ce numéro se conserve durant toute la vie professionnelle, quels que soient les lieux et modes d'exercice (libéral, salarié).

Le défaut d'inscription est, conformément à l'article L.4161-5 du code de la santé publique, constitutif du délit d'exercice illégal de la médecine et punit des peines de deux ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende. Il convient de se rapprocher du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du lieu d'exercice pour constituer le dossier d'inscription.

Ce dernier vérifiera l'exactitude des pièces fournies. Votre inscription vous donnera droit à une carte de professionnel de santé délivrée par l'ASIP. En cas d'exercice sur plusieurs sites (exemple Maison médicale de garde), chacun sera identifié sur votre CPS.

Seul cas particulier : les remplaçants non thésés obtiendront une carte de professionnel en formation (CPF). Leur lieu d'exercice est fixé à leur domicile.

S'enregistrer à l'assurance-maladie

Le médecin exerçant en libéral doit s'adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de son lieu d'exercice une fois l'inscription au Conseil de l'Ordre enregistrée. Cela permettra à l'Assurance maladie d'effectuer le remboursement légal des prestations du régime général obligatoire aux patients, liées à votre activité professionnelle.

Chaque CPAM dispose d'un service dédié aux relations avec les professionnels de santé.

Les médecins doivent signifier leur position vis-à-vis de la convention médicale :

■ **Secteur 1**, la plupart du temps pour les médecins généralistes

■ **Secteur 2** (rarement, selon leur statut, c'est très encadré : ancien chef de clinique etc.)

ou refuser la convention (exercer hors convention).

L'Assurance maladie vous propose des services pour vous accompagner dans votre exercice au quotidien : mise à disposition d'informations (référentiels, mémos...), service téléphonique dédié pour tout renseignement, conseiller informatique, service pour la mise en route des échanges dématérialisés de l'Assurance Maladie.

Vous devrez vous inscrire sur l'Espace pro du site ameli.fr afin de pouvoir effectuer certaines formalités en ligne ou consulter certains éléments vous concernant (ROSP, ...).

S'immatriculer à l'URSSAF et à la CARMF L'URSSAF

Le médecin devra s'immatriculer à l'URSSAF du lieu d'exercice dans les 8 jours qui suivent le début de son activité professionnelle. L'URSSAF (Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) est le centre des formalités des professions libérales.

C'est un peu comme la déclaration préalable d'embauche pour les salariés...

Il s'agit d'une déclaration d'activité professionnelle qui ouvre des devoirs (cotisations !) et des droits (allocations familiales et protection sociale maladie) : régime des PAMC (Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés) ou du RSI (Régime Social des Indépendants) qui concerne les médecins en secteur 2 qui le souhaitent et tous ceux hors convention. L'URSSAF procède, à l'initiative de l'Assurance maladie à votre immatriculation, aux modifications de votre compte ou à votre radiation.

Elle vous attribuera un numéro SIRET, comme toute entreprise. Lors des deux premières années d'activité libérale, vous cotiserez à titre de provisions selon des chiffres forfaitaires, les charges sociales étant calculées de manière définitive 2 ans après. Attention à la troisième année d'exercice.

Un exemple :

Vous vous installez en 2018. En 2020 vous aurez un ajustement en plus ou en moins des cotisations versées pour les revenus 2018, et un ajustement des provisions faites pour 2019 et 2020.

Les charges sont « faciles » à calculer. Dès que vous connaissez votre revenu réel de l'année n'hésitez pas à provisionner le différentiel : ces sommes vous seront réclamées !

Outre les cotisations pour cette protection sociale obligatoire, l'URSSAF prélève la CUM (Contribution aux Unions de Médecins), forfaitaire et obligatoire, qui finance les URPS médecins. Il est au maximum de 187 €/an en 2014.

Pensez à déclarer en ligne à l'URSSAF le document de déclaration de vos revenus reçu vers le mois de juin. La mensualisation est facultative, mais protège des mauvaises surprises... Les droits ouverts auprès de l'URSSAF concernent les allocations familiales comme les salariés et les prestations de soins, y compris les prestations indemnités journalières maternité, mais pas les IJ maladie qui dépendent de la CARMF.

Les médecins salariés bien sûr ne se poseront pas ces questions : tout sera fait par l'employeur, mêmes devoirs (cotisations) et plus de droits.

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

L'adhésion à la CARMF

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

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

Elle est obligatoire pour couvrir les risques liés à nos pratiques et à nos décisions thérapeutiques.

Ce contrat doit être étudié soigneusement pour couvrir toutes les activités médicales d'un généraliste incluant la pose des implants contraceptifs et stérilets, les infiltrations, la maîtrise de stage... Il faut penser à le faire évoluer parallèlement à sa pratique.

L'assurance protection juridique accompagne souvent la précédente. Elle assure une aide juridique et financière quand un litige survient entre le médecin et un fournisseur ou autre intervenant comme l'assurance maladie.

MG France a négocié un contrat spécifique comprenant ces deux couvertures.

Ouvrir un compte en banque professionnel

Ce compte professionnel vous permettra de :

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

Mais aussi :

- Permettre le règlement par carte bancaire à l'aide d'un TPE (Terminal de paiement électronique),
- Obtenir des prêts professionnels, des facilités de trésorerie...

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

**Les démarches facultatives
La protection sociale facultative**

Les assurances obligatoires protègent de manière très partielle les médecins libéraux.

Ceux-ci doivent prévoir des assurances facultatives, dès le début de leur exercice, adaptées à leurs besoins professionnels et privés et en fonction de leurs ressources.

À réfléchir au moment de l'installation, puis annuellement (c'est une vraie gestion d'entreprise).

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

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

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

Les cotisations sont calculées en pourcentage (1,12 %) d'un niveau de revenu de remplacement en cas d'invalidité que vous décidez (et non sur vos revenus réels). Ce taux peut varier : il est fixé par la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie CRAM. Ces frais sont déductibles de vos revenus imposables comme toute dépense professionnelle. Ce revenu doit être compris entre 17 553 et 35 552 € annuel (chiffres au 01 janvier 2011).

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle deux cas de figure sont à considérer :

- **Le médecin a souscrit à l'assurance volontaire individuelle.** Les soins relatifs sont remboursés à 100%. Aucune prestation en espèces ne sera versée (indemnités journalières), à l'exception d'une rente s'il demeure atteint d'une incapacité permanente résiduelle par l'AVI.

- **Le médecin n'a pas souscrit cette AVI :** les soins seront pris en charge aux différents taux du régime général.

Les praticiens exposés à des risques particuliers ont intérêt à souscrire une garantie supplémentaire facultative et indépendante pour des indemnités journalières adaptées à leurs besoins, seules susceptibles de leur assurer la réparation intégrale de leur préjudice (exemple : accident de la circulation pour un généraliste effectuant de nombreuses visites à domicile).

Toutes ces assurances facultatives sont déductibles de vos revenus. D'autres médecins provisionnent cette somme sur un carnet d'épargne, ou adhèrent à une tontine (solidarité hors assurances).

Une assurance pour compléter les IJ de la CARMF

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

Une assurance pour compléter votre retraite de la CARMF

Certes, il n'y a pas d'urgence, mais plus tôt c'est fait, moins cela coûte, le montant se répartissant sur de nombreuses mensualités...

La protection complémentaire maladie

Prévoir comme tout citoyen une protection complémentaire maladie pour couvrir le montant des frais non remboursés par le régime général. Elle est également déductible de vos revenus (Régime Madelin) y compris les sommes versées pour les couvertures de vos ayants-droits (conjoint, enfant à charge).

La perte d'exploitation

Suite à un incendie, à un dégât des eaux, etc. Votre local professionnel peut ne pas vous permettre d'exercer.

Les frais fixes restent dus (loyer, téléphone, secrétariat). L'objectif de cette assurance « perte d'exploitation » est de mutualiser ce risque.

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

TÉMOIGNAGE

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

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

Notre investissement diurne dans ce travail aux horaires extensibles, les gardes de nuit ou de week-end, les réunions professionnelles de formation ou de fonctionnement de groupes ont souvent donné

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

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

L'adhésion à une Association de Gestion Agréée (AGA)

Un praticien libéral doit établir une comptabilité simplifiée. Il relève de la déclaration de revenus contrôlée si ses revenus sont supérieurs à 70 000€. Elle doit être dématérialisée. L'Association de Gestion Agréée (AGA) permet un premier contrôle de la comptabilité du praticien, hors services fiscaux et une aide à la déclaration du bilan d'activité (formulaire des impôts 2035). Elle n'est pas obligatoire mais une majoration de 25% de ses bénéfices est appliquée à tout médecin qui n'y adhère pas.



Vous aimez.
Nous protégeons.

Cambriolages et agressions

Avez-vous pensé à protéger votre nouveau cabinet ?

Les services EPS c'est :

- Un système d'alarme connecté à un centre de surveillance 24H/24,
- Une formule tout compris,
- Maintenance incluse même le remplacement des piles,
- Pilotage à distance par application mobile⁽¹⁾.

VOTRE OFFRE PRIVILÈGE

- + Les frais d'installation⁽²⁾ et de mise en service vous sont OFFERTS.
- + 2 Boutons d'Alerte Télésurveillés intégrés dans votre offre.
- + 2 MOIS OFFERTS également sur la protection de votre domicile⁽³⁾.



(1) Sous réserve de compatibilité. (2) Au lieu de 75€ HT. (3) Offre réservée aux adhérents du syndicat MG FRANCE, non cumulable avec toute offre ou promotion en cours, valable uniquement sous réserve de la souscription simultanée à un abonnement « particulier » et un abonnement « professionnel ». Valeur de la mensualité d'abonnement de télésurveillance offerte pour chaque abonnement, selon formule et options retenues le jour de l'installation, hors service La Vidéo.

EPS - SAS au capital de 1.000.000 euros - Siège social : 30 rue du Doubs 67100 STRASBOURG - Correspondance abonnés : 36 rue de Messines - CS 70002-59891 LILLE CEDEX 9. RCS Strasbourg n° 338 780 513 - Code APE 80.20Z - N° TVA Intracommunautaire FR 92 338 780 513 - NIF Collectivité St Martin 179886. L'autorisation administrative délivrée par le Conseil National des Activités Privées de Sécurité en date du 16/04/2018 sous le numéro AUT-067-2117-04-16-20180359358 ne confère aucune prérogative de puissance publique à l'entreprise ou aux personnes qui en bénéficient.

EPS, N°1 de la télésurveillance en France (Source : Atlas 2018 En Toute Sécurité) - Centres de Télésurveillance EPS certifiés APSAD - Service de Télésurveillance P3 (référentiel i31j) - Certificats n° 163.00.31 et n°216.10.31 délivrés par CNPP Cert. (www.cnpp.com) - Services proposés sous réserve des conditions et limites figurant dans les conditions générales. Engagement 12 mois minimum - Photos non contractuelles.

RECOMMANDÉ PAR



Pour plus d'informations :
securite-service@mg-france.fr

Glossaire

GLOSSAIRE

ACI Accord Conventionnel Interprofessionnel	HAS Haute Autorité de Santé
AGA Association de Gestion Agréée	MCS Médecin Correspondant du Samu
ANDPC Agence nationale du Développement Professionnel Continu	MT Médecin Traitant
ARS Agence Régionale de Santé	MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire
ASIP Santé Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé	NGAP Nomenclature Générale des Actes Professionnels
CARMF Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France	PAMC Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés
CCAM Classification Commune des Actes Médicaux	PAPS Portails d'Accompagnement des Professionnels de Santé
CDOM Conseil Départementale de l'Ordre des Médecins	PDSA Permanence Des Soins Ambulatoires
CMG Collège de la Médecine Générale	RCP Responsabilité Civile Professionnelle
CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie	ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
CNIL Commission Nationale Informatique et Libertés	RPPS Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé
CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins	SCI Société Civile Immobilière
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie	SCM Société Civile de Moyens
CPS Carte Professionnelle de Santé	SCP Société Civile Professionnelle
CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	SEL Société d'Exercice Libéral
CROM Conseil Régional de l'Ordre des Médecins	SIE Service des Impôts des Entreprises
DMP Dossier Médical Partagé	SISA Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
DPC Développement Professionnel Continu	UNCAM Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (CNAM + MSA+RSI)
FAF PM Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale	URPS Unions Régionales de Professionnels de Santé
FPMT Forfait Patientèle Médecin Traitant	URSSAF Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
GeaP Groupe d'Echanges d'Analyse de Pratiques	



MG|RDV
Votre appli prise de rendez-vous

Réalisé par des médecins,
pour des médecins.
Pour rester maître
de son outil de travail



- Vous êtes propriétaire de la base de données
Le détournement de patientèle est impossible



- L'outil est personnalisable

La solution :

- pour gérer les demandes de soins non programmés
- pour gérer votre activité interprofessionnelle

**21€/mois
adhérents**

Contactez-nous
mgrdv-services@mg-france.fr