LA PRÉVOYANCE CHEZ LE MÉDECIN LIBÉRAL :

MAL ASSURÉ, GARE AUX PIÈGES, LIMITES ET EXCLUSIONS.

Le médecin a, trop souvent, une prévoyance mal organisée et sous évaluée par rapport aux besoins nécessaires, aux chiffres d'affaires et au montant des frais professionnels. L'importance des rétrocessions d'honoraires aux remplaçants, pouvant parfois atteindre plus de 80%, aggrave ce phénomène.

En dehors de la CARMF, qui ne se déclenche qu'au bout de 90 jours et dont le versement des premières indemnités n'intervient qu'en fin du quatrième mois d'arrêt (pourvu que le médecin malade n'oublie pas de renvoyer le formulaire d'engagement sur l'honneur de non reprise d'activité), et qui est largement insuffisante pour couvrir même les frais professionnels, il apparaît qu'un grand nombre de médecins malades se retrouvent dans une situation très difficile par manque d'une bonne prévoyance.

Il est regrettable que les organismes spécialisés, type AGMF, l'UNIM, Médicale de France, MACSF etc… soient peu incitatifs envers les médecins pour réellement évaluer de façon satisfaisante le niveau de la prévoyance nécessaire en cas d'arrêt maladie, en particulier de courte durée ou de durée inférieure à 90 jours.
La réévaluation des niveaux de couverture est rarement proposée par ces organismes, ce qui est particulièrement regrettable. Il est donc nécessaire qu'une formation adaptée, pendant les études, en 3ème cycle par exemple, soit effectuée auprès des jeunes médecins afin de leur donner une bonne appréhension des impératifs d'une bonne prévoyance, en particulier en médecine libérale, mais également salariée avec activité libérale.

Il est pourtant évident que la majorité des médecins, et en particulier les médecins à gros chiffres d'affaires, n'imaginent pas la possibilité d'un arrêt d'activité.

L'existence de tontines confraternelles améliore la situation, mais elles restent, malheureusement, très rares. Elles permettent le plus souvent de couvrir les 90 jours de la CARMF et aident les conjoints en cas d'invalidité ou décès. Ces associations confraternelles ont l'avantage de créer une véritable solidarité confraternelle inter génération, mais elles doivent être limitées en nombre de médecins adhérents, afin de favoriser la confraternité, donc ne couvrir que des secteurs limités d'un département.

Il importe de ne pas déduire les cotisations à ces associations, afin de ne pas voir fiscalisées les indemnités versées.

Par contre, les rétrocessions d'honoraires sont déductibles par les médecins solidaires. Toutefois, ces tontines ne peuvent en aucun cas se substituer à un vrai contrat donnant des garanties sérieuses et pérennes.

Les contrats d'association prévoient également dans certains cas une solidarité pour l'associé malade, le plus souvent pour l'exclure pour des arrêts supérieurs à six mois, mais parfois des engagements " type tontine " sont prévus dans le contrat d'association qui doivent être absolument limités aux 90 premiers jours d'arrêt, et au décès éventuellement, car ces engagements peuvent mettre en péril les associés restants.

A noter que les organismes bancaires n'incitent jamais les médecins à se couvrir en IJ pour leurs prêts professionnels et privés et ne proposent que rarement une franchise inférieure à 90 jours. Or, ce sont les 90 premiers jours les plus difficiles à supporter dans la plupart des cas, de par le retard apporté à la prise en charge des assurances.

Une réévaluation régulière de la situation de prévoyance des médecins est nécessaire, une formation adaptée est donc utile afin que tous médecins en activité réévaluent la totalité de leurs contrats de prévoyance au moins tous les 5 ans. Il serait donc nécessaire que le Conseil de l'Ordre soit au contact des différents prestataires de service afin de les sensibiliser aux difficultés ressenties et vécues par les médecins en arrêt maladie. La création d'une "*banque de données* " au niveau du CNOM, résultat de cette sensibilisation des compagnies d'assurance, pourrait, en temps réel, délivrer un " *label* ", ce qui permettrait aux médecins de s'assurer en toute sécurité et connaissance des meilleurs contrats.

Enfin, si vous avez subi un problème de santé, il importe de ne jamais résilier imprudemment un contrat passé, même si creusé de lacunes et exclusions, pour

un contrat " *meilleur* ", sans en connaître exactement ses modalités d'acceptation.

Pour ne pas être déçu en arrêt de travail ou en invalidité, voici les garanties que vous devriez exiger de toute société d'assurances :

• les indemnités journalières doivent être servies aussi à 50% en exercice partiel sans limitation à 3 ou 6 mois ;

• les indemnités journalières doivent être servies normalement en cas de maladies dépressives ou de psychopathologies ;

• la rente d'invalidité : on doit respecter **vos critères professionnels** pour l'évaluation de votre taux d'invalidité **(pas de mélange avec le taux fonctionnel)** ;

• la rente doit être **totale** dès 66% d'invalidité professionnelle et non diminuée à 2/3 de la rente ;

• la rente totale doit être **compatible** avec un certain exercice professionnel résiduel, (à ce sujet la CARMF depuis quelques mois semble vouloir accepter le concept de reprise partielle : affaire à suivre !).

• à 33% d'invalidité : **la rente doit s'élever à 50%** et non à 33% ;

• de 33% à 66% d'invalidité : la rente ne doit pas être " *proportionnelle* " au taux d'invalidité, mais calculée selon la formule **n/66** (ex., à 50% d'invalidité : 75 % de la rente et non 50%) ;

• la rente doit être servie jusqu'à **65 ans** (et non jusqu'à 60 ans) **à 100%** (et non à 50%) ;

• la rente doit couvrir aussi les risques de dépression et de psychopathologies ;

• en décès : il faut un vrai capital décès mais hors loi Madelin afin que le capital reste un capital non fiscalisé, sans 2x ou 3x en accident, car les besoins du conjoint ne dépendent pas de la cause du décès.

• Exonération des cotisations : il faut obtenir une exonération totale en période d'indemnités journalières et en rente totales et exonération partielle en indemnités journalières partielles, et en rente partielle, jusqu'à 65 ans, si possible ne pas limiter les contrats à 65 ans mais à l'arrêt de l'activité professionnelle en cas d'activité partielle.

• **Prévoir les frais de scolarité des enfants**, c'est fondamental pour la survie de la famille. Les propositions de moduler les prises en charge des frais de scolarité selon l'avancement des études sont à bien examiner. Leur suppression doit intervenir dès la fin des études de chaque enfant.

• Les modalités d'augmentation des primes selon l'âge doivent être strictement précisées.

Où trouver tous ces avantages rassemblés dans un même contrat ?

Voici une liste de quelques sociétés connues (mutualistes ou privées), par ordre alphabétique :

AGIPI, 12 Avenue Pierre Mendès France - 67312 Schiltigheim Cedex - *agipi.fr*
AGMF, 30 Bd Pasteur - 75015 Paris - *agmf.fr*
BEAM, 5, Rue Legendre - 95580 Andilly - *beam-assurances.fr*
MACSF, 10 Cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100 - 92919 La Défense Cedex - *macsf.fr*
MEDICALE DE FRANCE, 50 Rue de la Procession - 75015 Paris - *medicaledefrance.fr*
UNIM, 1 Rue Lançon - 57046 Metz Cedex - *unim.asso.fr*

Or, ces contrats, sauf l'un d'entre eux, sont grevés de limites, lacunes et exclusions (qui peuvent déclencher un refus de paiement), le plus souvent non précisées dans les dépliants publicitaires, mais décelables seulement dans les conditions générales, qu'il importe de lire de façon approfondie et complètement avant de signer. Pour cela il faut parfois mieux s'adresser à un expert qui pourra vous accompagner dans votre démarche.

En voici un échantillon non exhaustif :

- **L'exercice partiel** (en demi indemnités journalières) **n'est pas garanti** ou est **limité à 3 ou 6 mois** ;

- **L'option B d' indemnités journalières**, théoriquement de 3 ans, est réduite **à 1 an** à partir de 60 ans !

- **Les affections dépressives et les psychopathologies** sont mal garanties en indemnités journalières, et parfois **pas du tout en rente d'invalidité** ;

- **En rente d'invalidité, non respect des seuls critères professionnels** du médecin pour la détermination du taux d'invalidité mais **mélange avec le taux fonctionnel** ce qui risque de faire baisser dangereusement le taux d'invalidité ouvrant droit à la rente (partielle ou totale) ;

- En rente d'invalidité, même en cas d'invalidité à 66% selon les critères professionnels, le médecin risque de ne toucher que 65 % **de la rente** s'il exerce encore ou " s'il peut exercer encore " ;

- Entre 33 et 65% d'invalidité professionnelle : rente proportionnelle au taux d'invalidité, c'est-à-dire que le médecin ne touchera que 1/3 de la rente s'il est invalide à 33% et que 50% s'il est invalide à 50%, **ce qu'il faut obtenir c'est 50% de la rente à 33% d'invalidité et 75% de la rente à 50% d'invalidité** ;

- À 60 ans : **rente réduite à 50%** pour deux options !

- Atteint d'une maladie grave, le médecin touche ses indemnités journalières ; au 7ème mois, il sent qu'il ne pourra jamais reprendre sa clientèle comme avant, et il vend son cabinet ; déception, les indemnités journalières s'arrêtent (n'étant pas encore " *consolidé* ", il ne touchera pas la rente d'invalidité, résultat : il ne touchera plus rien pendant de nombreux mois !

- Cotisations non fournies dans les conditions générales, par tranche d'âge, **ce qui est illégal** ;

- Danger des options laissées au choix du futur assuré : options sans ou avec l'exercice partiel, options avec ou sans rente totale à 66% d'invalidité, avec ou sans rente de 33 à 65% d'invalidité.

Donc à vos claviers, et faites vous votre opinion !
Bien confraternellement.

(Texte rédigé avec l'aide de Monsieur Jean-Marie VERSCHUUR : 01 34 16 26 60)

Docteur Marc BIENCOURT
Commission Nationale Permanente du CNO (juin 2008)

Président du Conseil Départemental du Pas de Calais

RAPPEL

À COMPTER DU 1ER FÉVRIER 2009, LES MÉDECINS EN HONORAIRES LIBRES DOIVENT REMETTRE AU PATIENT UNE INFORMATION ÉCRITE PRÉALABLE LORSQUE LES HONORAIRES TOTAUX FACTURÉS LORS DE LA CONSULTATION REMPLISSENT
2 CONDITIONS CUMULATIVES :

★ **DÉPASSER LES HONORAIRES CONVENTIONNELS ...**

★ **ETRE ÉGAUX OU SUPÉRIEURS À 70 EUROS**

CECI SERA RELATIVEMENT FACILE LORSQUE LA SITUATION EN QUESTION SE PRÉSENTERA LORS D'UNE CONSULTATION ULTÉRIEURE AU PREMIER CONTACT ...

PAR CONTRE CELA SERA CERTAINEMENT BEAUCOUP PLUS DIFFICILE LORS D'UNE CONSULTATION INITIALE, OÙ LE MÉDECIN NE CONNAIT PAS LE PATIENT ET NE POURRA DONC PAS ANTICIPER LES DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS DU PROBLÈME.

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
Statistiques des 3 dernières années

Origine : DASS 44 (pays-de-la-loire.sante.gouv.fr)

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	2006	2007	2008
Fièvre Typhoïde	3	0	1
Hépatite virale	3	1	4
S.I.D.A.	23	15	17
Légionellose	15	10	12
Listériose	6	3	4
Maladie de Creutzfeldt-Jacob	2	0	0
Infection à Méningocoque	22	18	31
T.I.A.C.	33	31	31
Tuberculose	101	112	108
Saturnisme	18	1	1
Rougeole	3	0	20
Hépatite Virale A	11	20	12
Tularémie	0	0	1

Méningococcies : les 31 cas ont donné lieu à une prévention antibiotique chez les personnes en contact proche et répété avec le malade. Ce traitement a été complété par une vaccination les 10 fois où un méningocoque accessible à la vaccination a été identifié.

Légionellose : sur les 12 cas 2008, 10 étaient d'origine communautaire et 2 étaient d'origine nosocomiale

Toxi-Infection Alimentaire Collective (T.I.A.C.) : les coprocultures ont permis d'en retrouver l'origine dans la moitié des cas.

Rougeole : compte-tenu de l'épidémie qui sévit actuellement dans le département, il est important de vérifier le carnet de vaccinations et de vacciner (Cf. LOM 121)

Docteur Agnès PONGE
02 40 12 81 43