



Actu-Path

JUILLET
2009

Juridique

👉 Informations extraites des newsletters juridiques de la CSMF

🔗 PENALITES FINANCIERES : DE NOUVEAUX MOTIFS DE RECOURS

Le Décret n° 2008-1527 du 30 décembre 2008 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale actualise et étoffe le mécanisme des pénalités administratives qui peuvent être mises en œuvre par les caisses d'assurance maladie contre les assurés, les professionnels, les établissements de santé et les employeurs.

De nouveaux motifs de recours aux pénalités sont ajoutés à ceux existants :

- **Le non-respect des règles de facturation des frais de transport.**
- **Le non-respect du tact et la mesure dans la facturation à un assuré d'un dépassement d'honoraires.**
- Le respect du tact et de la mesure s'apprécie au regard de la prise en compte dans la fixation des honoraires :
 - de la situation financière de l'assuré,
 - de la notoriété du praticien,
 - de la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré,
 - du service rendu au patient,
 - ainsi que du pourcentage d'actes avec dépassement et du montant moyen de dépassement pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département.

Le directeur de l'organisme local adresse la mise en garde ou la notification indiquant obligatoirement le nombre et le montant des dépassements reprochés. Il en adresse simultanément copie au conseil départemental de l'ordre dont relève, le cas échéant, le professionnel concerné, qui peut engager la procédure disciplinaire. Le directeur de l'organisme local conserve également la possibilité, s'il l'estime nécessaire, d'engager la procédure prévue devant la Section des Assurances Sociales du Conseil de l'Ordre.

- **Le non-respect de l'obligation d'information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé.**

- **Le fait d'avoir fait ou tenté de faire obstacle aux activités de contrôle de l'assurance maladie dans le cadre de contrôles réalisés à la suite d'une décision de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-15 par l'absence de réponse aux questions de l'organisme local ou du service médical ou par la non-transmission ou la transmission abusivement tardive de documents nécessaires à l'exercice de ce contrôle et dont les intéressés ne pouvaient ignorer l'obligation dans laquelle ils se trouvaient de les transmettre.**

Le Décret actualise la composition et le fonctionnement de la commission des pénalités, chargée au sein de chaque caisse primaire de rendre un avis consultatif sur les dossiers transmis par le directeur, susceptibles d'entraîner des pénalités financières ou des mises sous accord préalable. Il intègre ainsi, aux côtés des représentants des professionnels de santé, les représentants des EHPAD, ainsi que ceux des fournisseurs et des autres prestataires de services.

🔗 REGLES DE SECURITE DANS LE CABINET MEDICAL

Vous êtes nombreux à nous demander de vous rappeler les règles de sécurité à respecter dans vos locaux. Voici un bref rappel des normes en vigueur, à ne surtout pas confondre avec les affichages sociaux spécifiques obligatoires et destinés au personnel salarié.

PREVENTION DES INCENDIES :

Le cabinet médical est considéré comme un lieu recevant du public, mais ne nécessite pas de visites périodiques de contrôle des normes de sécurité.

Lorsqu'une demande de permis de construire est faite, un dossier doit être soumis auprès de la Préfecture qui vérifie les normes applicables

Le cabinet médical doit être conçu et réalisé de manière à permettre en cas de sinistre à évacuer rapidement personnel et patients dans des conditions de sécurité maximales, mais également l'accès de l'extérieur et l'intervention des services de secours et de lutte contre l'incendie.

Concernant les **extincteurs**, il faut au moins un extincteur portatif à eau de 6 litres au minimum pour une surface de 200 m² avec un minimum d'un appareil par niveau et un extincteur à CO₂ en cas de risque particulier (sous un tableau électrique, par exemple).

REDIGER DES CONSIGNES D'URGENCES :

Les consignes d'urgence rappellent la conduite à tenir en cas d'incidents : numéros d'appel d'urgence (15 ou 18), localisation des trousseaux ou du local de 1er secours, transport et évacuation des blessés.

Elles doivent être regroupées dans un endroit précis, bien signalées et aisément accessibles, notamment aux secouristes (arrêté du 12 janvier 1984).

MATERIEL DE SECOURS :

*** Matériel de premiers secours :**

Les lieux de travail doivent être équipés d'un matériel de premiers secours adapté à la nature des risques et facilement accessibles.

Ce matériel doit être signalé par panneaux et la liste du matériel nécessaire est établie, après avis du médecin de travail en fonction des risques de l'entreprise.

*** Dispositif d'appel des secours :**

L'employeur doit afficher dans le cabinet médical l'adresse et le numéro d'appel :

- du médecin du travail ou du service médical du travail compétent pour l'établissement ;
- des services de secours d'urgence ;
- de l'inspection du travail compétente et le nom de l'inspecteur compétent.

Afin de tenir compte des compléments locaux de réglementation, il est conseillé de contacter la Préfecture de Police du département, de même que le service de renseignements de l'Etat-Major des pompiers.

🔗 PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT « DOMICILE – LIEU DE TRAVAIL »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a réformé les modalités de prise en charge des frais de transport « domicile-lieu de travail » exposés par les salariés. Le décret d'application est

paru au Journal officiel du 31 décembre 2008, ce qui rend la réforme effective depuis le 1er janvier 2009.

Les **employeurs ont l'obligation de prendre en charge une partie des frais de transports** publics de personnes ou de services publics de location de vélos exposés par les salariés pour se rendre de leur domicile à leur lieu de travail, quelle que soit la localisation de leur entreprise en France, dans ou hors Île-de-France (article L. 3261-2 du Code du travail).

La prise en charge obligatoire représente 50 % des titres de transport achetés par les salariés, sous forme d'abonnement, ce qui exclut donc les billets achetés à l'unité.

Pour les salariés à temps partiel employés pour un nombre d'heures égal ou supérieur à 50 % de la durée légale hebdomadaire du travail (ou de la durée conventionnelle, si elle est inférieure à la durée légale), l'employeur a la même obligation que pour les salariés à temps plein (article R. 3261-9 du Code du travail), sans prorata.

Pour les salariés à temps partiel employés pour un nombre d'heures inférieur à 50 % de la durée du travail à temps complet (à savoir 50 % de la durée légale hebdomadaire du travail ou, si elle est inférieure, de la durée conventionnelle), l'employeur a la même obligation que pour les salariés à temps plein, la prise en charge est proratisée par le rapport « nombre d'heures travaillées / 50 % de la durée du travail à temps complet ».

L'employeur doit verser les remboursements aux salariés dans les meilleurs délais et, au plus tard, à la fin du mois suivant celui pour lequel ils ont été validés.

Pour les titres de transport ayant une validité annuelle, la prise en charge est répartie mensuellement pendant la période d'utilisation.

La prise en charge des frais de transport par l'employeur est subordonnée à la remise ou, à défaut, à la présentation des titres par le salarié (article R. 3261-5 du Code du travail).

La prise en charge obligatoire est exonérée de charges sociales, y compris en cas d'application d'une déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels.

La prise en charge, par l'employeur, du prix des titres d'abonnement souscrits par les salariés, pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail au moyen de transports publics de personnes ou de services publics de location de vélos, est exonérée d'impôt sur le revenu.

Les **employeurs peuvent prendre en charge les frais de carburant ou d'alimentation de leurs véhicules électriques** exposés par les salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail (article L3261-3 du Code du travail). Cette prise en charge est facultative, aucune obligation légale ne pesant sur l'employeur. Elle n'est pas cumulable avec la prise en charge obligatoire des frais de transports collectifs.

La prise en charge ne bénéficie d'un régime social et fiscal de valeur que dans la limite de 200 € par an et par salarié.

La prise en charge des frais de transports publics et la prise en charge des frais de transports personnels font parties des mentions obligatoires du bulletin de paye.

AFFICHAGE DES TARIFS : DU NOUVEAU DANS LES CABINETS MEDICAUX

Afin de compléter la liste des textes existants en matière d'affichage dans les cabinets médicaux, vient de paraître au Journal Officiel un **décret relatif à l'information sur les tarifs pratiqués**.

Ainsi, les professionnels de santé qui reçoivent des patients doivent afficher, de manière **visible et lisible, dans leur salle d'attente** ou, à défaut, **dans leur lieu d'exercice**, les **tarifs des honoraires** ou **fourchettes des tarifs des honoraires** qu'ils pratiquent ainsi que le **tarif de remboursement par l'assurance maladie** en vigueur correspondant à certaines prestations dès lors qu'elles sont effectivement proposées.

Dès lors, pour les médecins, il convient de préciser le tarif des honoraires et du remboursement des prestations suivantes : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées.

Les médecins doivent également afficher, dans les mêmes conditions matérielles et selon leur situation conventionnelle, les phrases suivantes :

*** Pour les médecins secteur 1 :**

“Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l’assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :

- exigence exceptionnelle de votre part, s’agissant de l’horaire ou du lieu de la consultation ;
- non-respect par vous-même du parcours de soins.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l’assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d’honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure.”

*** Pour les médecins conventionnés secteur 2 :**

“Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l’assurance maladie.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l’assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.

Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l’assurance maladie.”

*** Pour les médecins non conventionnés avec l’assurance maladie**

“Votre médecin n’est pas conventionné ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l’assurance maladie se fait sur la base des « tarifs d’autorité », dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les médecins conventionnés.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l’assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.”

*** Sanctions prévues pour le fait de ne pas afficher les informations relatives aux honoraires**

- En cas de première constatation d’un manquement, les agents habilités notifient au professionnel un rappel de réglementation mentionnant la date du contrôle, les faits constatés ainsi que le montant maximum de l’amende administrative encourue.

- Le professionnel en cause dispose d’un délai de quinze jours pour se mettre en conformité avec la réglementation ainsi rappelée. Passé ce délai, en cas de nouvelle constatation d’un manquement chez le même professionnel, le représentant de l’Etat dans le département notifie les manquements reprochés et le montant de l’amende administrative envisagée au professionnel, afin qu’il puisse présenter ses observations écrites ou orales, le cas échéant assisté d’une personne de son choix, dans le délai de quinze jours francs à compter de la notification.

- A l’issue de ce délai, le représentant de l’Etat peut prononcer une **amende administrative** dont le montant **ne peut excéder 3 000 €**. Il la notifie à l’intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s’en acquitter et les voies de recours qui lui sont ouvertes.

Bien entendu, les textes antérieurs restent toujours en vigueur et vous devez toujours afficher :

- . Votre situation au regard de la Convention (arrêté du 11 juillet 1996)
- . Le numéro de téléphone à appeler en cas d’urgence (arrêté du 25 juillet 1996)
- . Rappel du 15 pour les urgences vitales (arrêté du 25 juillet 1996).
- . Avertissement des patients lors de l’utilisation de fichiers informatiques (Loi informatiques et libertés du 6 janvier 1978).
- . Appartenance éventuelle à une association de gestion agréée (décret du 27 juillet 1979).

Pour vous aider, nous vous proposons des modèles d'affiches, pour les spécialistes :
http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=663

🔗 EST-IL POSSIBLE DE FACTURER DEUX CONSULTATIONS LE MEME JOUR À UN MEME PATIENT ?

Cela est tout à fait possible. Le point III 3B 2H des dispositions générales de la CCAM dispose en effet :

« Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical. »

Il est également fortement recommandé de mentionner sur les feuilles de soins et le dossier médical l'heure à laquelle le patient est venu consulter.

🔗 CUMUL RETRAITE ACTIVITE LIBERALE : LA NOUVEAUTE DE 2009

Actuellement, les médecins retraités peuvent reprendre ou prolonger une activité libérale limitée tout en touchant leur retraite, à partir du moment où les plafonds revenus net d'activité libérale fixés par décret s'élèvent en 2009 à :

- . 44 600 € pour les médecins ayant pris leur retraite **après** 65 ans ;
- . 33 276 € pour les médecins ayant pris leur retraite **avant** 65 ans.

L'article 88 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié les dispositions du code de la Sécurité sociale relatives au cumul activité libérale / retraite.

Les médecins retraités, **sous réserve qu'ils aient liquidé l'ensemble de leurs pensions personnelles auprès des régimes de retraite obligatoires** (de base et complémentaires, français et étrangers) dont ils ont relevé, pourront désormais **cumuler entièrement leur retraite et le revenu d'une activité professionnelle** à partir de 60 ans s'ils ont la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou, à défaut, à partir de 65 ans.

Autrement dit, pour les médecins libéraux, ce dispositif ne peut s'appliquer qu'à partir de 65 ans sachant que les régimes Complémentaire et ASV supportent une décote avant 65 ans.

Dans cette hypothèse, le seuil de ressources à respecter n'est donc pas applicable, de même que celui de l'assiette de calcul de cotisations particulier au cumul activité/retraite.

🔗 CONVENTION COLLECTIVE DU PERSONNEL DES CABINETS MEDICAUX : SIGNATURE DE DEUX NOUVEAUX AVENANTS

Avenant n°50

- Les salariés pacsés sont désormais intégrés dans les dispositions relative à l'article 40 « congés exceptionnels de courte durée », en ce qui concerne les jours supplémentaires accordés à l'occasion d'une naissance ou adoption, d'un pacs ou du décès de son partenaire.

- L'article 21 de la Convention collective tient désormais compte des modifications législatives concernant la période d'essai, suite à la loi du 25 Juin 2008 portant modernisation du marché du travail (JO du 26 Juin 2008) :

« La période d'essai est de deux mois. Cette période pourra être renouvelée une fois à la demande de l'une ou l'autre des parties. Pour les cadres, la période d'essai est de quatre mois, renouvelables.

La période d'essai et la possibilité de la renouveler ne se présument pas. Elles sont expressément stipulées dans le contrat de travail. Ainsi, la lettre d'engagement ou le contrat de travail peuvent prévoir une durée de période d'essai plus courte.

Lorsqu'il est mis fin, par l'employeur, au contrat en cours ou au terme de la période d'essai, le salarié est prévenu dans un délai qui ne peut être inférieur à:

- vingt-quatre heures en deçà de huit jours de présence ;
- quarante-huit heures entre huit jours et un mois de présence ;
- deux semaines après un mois de présence ;
- un mois après trois mois de présence.

La période d'essai, renouvellement inclus, ne peut être prolongée du fait de la durée du délai de prévenance. Lorsqu'il est mis fin à la période d'essai par le salarié, celui-ci respecte un délai de prévenance de quarante-huit heures. Ce délai est ramené à vingt-quatre heures si la durée de présence du salarié dans l'entreprise est inférieure à huit jours. »

Il en est de même pour l'article 25, paragraphe 2 « indemnités de licenciement » qui a subi quelques aménagements :

« Une indemnité de licenciement est due pour le personnel ayant plus d'un an d'ancienneté, quelque soit le motif du licenciement, en dehors du cas de faute grave.

Cette indemnité sera calculée comme suit :

Moins de dix ans d'ancienneté : de 1/5 de mois de salaire brut par année d'ancienneté ;

A partir de dix ans d'ancienneté : 1/5 de mois de salaire brut par année d'ancienneté, auquel s'ajoutent 2/15ème de mois par année au-delà de 10 ans.

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité minimum légale est égal à 1/12e de la rémunération brute des 12 derniers mois précédant le licenciement ou, selon la formule la plus avantageuse pour le salarié, à 1/3 des 3 derniers mois, étant entendu que, dans ce cas, toute prime ou gratification de caractère annuel ou exceptionnel, qui aura été versée au salarié pendant cette période, ne sera prise en compte que dans la limite d'un montant calculé prorata temporis.

Cette indemnité de licenciement ne se cumule pas avec toute indemnité de même nature. »

http://www.csmf.org/upload/File/Conv_Coll/avenant_50.pdf

Avenant n°51

Deux augmentations salariales sont à prévoir cette année :

- L'une au 1er JANVIER 2009 : Augmentation de 1,25% de la grille des salaires, avec rétroactivité au 1er janvier 2009. La nouvelle valeur du point est fixée à 6,80 €
- L'autre au 1ER JUILLET 2009 : Augmentation de 1,25% de la grille des salaires au 1er juillet 2009. La nouvelle valeur du point sera alors fixée à 6,88 €.

http://www.csmf.org/upload/File/Conv_Coll/avenant_51.pdf

🔗 COMMENT ORGANISER LA CESSION DE VOTRE CLIENTELE ?

Depuis un arrêt du 7 novembre 2000, la jurisprudence reconnaît la validité des cessions de clientèle, bien qu'en pratique, les conventions de présentation fonctionnaient déjà avant cette date. La **convention de présentation** s'analyse comme le contrat par lequel un médecin s'engage à présenter un successeur à sa clientèle, moyennant une indemnité, **à condition que soit sauvegardée la liberté de choix du patient.**

Si vous cessez votre activité et avez trouvé un successeur, il vous faut alors conclure, en tant que cédant, un **contrat de cession** avec le médecin qui va reprendre votre clientèle.

LE CONTRAT DE PRESENTATION DE CLIENTELE

Le contrat doit préciser clairement les obligations de chacune des parties. Il existe des contrats types, notamment un proposé par le Conseil de l'Ordre des médecins. Mais il convient de l'adapter très précisément à votre situation personnelle, avec éventuellement l'aide d'un juriste ou d'un

avocat spécialisé.

Une fois signé, il conviendra de l'adresser au Conseil départemental de l'Ordre qui vérifiera qu'aucune clause ne porte atteinte à la déontologie.

Concernant le cédant, il s'engage à :

- Présenter son successeur à sa clientèle. Il est souhaitable de prévoir une période de remplacement préalable ou de collaboration. Le cédant devra aussi remettre son fichier clientèle en totalité à son successeur, prévenir sa clientèle du changement de praticien, en l'engageant à reporter sa confiance sur son successeur, tout en sauvegardant sa liberté de choix. Il est également souhaitable de faire paraître une annonce dans la presse local afin d'informer son réseau professionnel de son départ et de sa succession.
- Présenter son successeur à son réseau professionnel, selon des modalités convenues préalablement;
- Ne pas concurrencer son successeur après son départ (clause de non concurrence sur un périmètre donné et pendant un temps donné)
- S'engager à remettre le droit au bail à son successeur, après accord préalable du bailleur, ainsi que l'ensemble du matériel du cabinet.

Quant à l'acheteur :

- Il s'engage à verser le prix de la vente prévu par contrat dont la fixation pourra tenir compte de l'obligation de non réinstallation souscrite par le vendeur.
- Il s'engage à faire procéder à l'enregistrement de l'acte de cession auprès des impôts dans un délai d'un mois à compter de la signature (droits d'enregistrement déductibles en frais professionnels).
- Il convient d'informer la clientèle du changement, soit par courrier, soit par affichage dans la salle d'attente, en l'engageant à reporter sa confiance sur son successeur, **tout en préservant la liberté de choix des patients. En effet, la validité du contrat de présentation est conditionnée à la sauvegarde de cette liberté essentielle.**

EVALUER LA CLIENTELE ET FIXER UN PRIX

C'est une question importante et difficile. En effet, toutes les clientèles n'ont pas la même valeur et le prix peut varier d'un quartier à l'autre, d'une commune ou d'une région à l'autre.

Il faut distinguer et différencier d'une part, la **valeur vénale de la clientèle**, c'est-à-dire du droit de présentation, et d'autre part, le **prix de la cession des autres éléments corporels** (droit au bail, matériel...).

S'agissant de la valeur du droit de présentation de la clientèle, le calcul du prix se fait en principe sur la base de la moyenne des chiffres d'affaires des 3 dernières années, moyenne calculée à partir des documents comptables. Le prix de vente est fixé à un pourcentage de cette moyenne.

Mais d'autres critères plus subjectifs peuvent rentrer en ligne de compte comme la quantité de patients, l'âge moyen de la clientèle, la diversité ou non de pathologies et de soins, les lieux d'habitation de la clientèle, l'ancienneté de la clientèle et sa fidélité au cabinet, la réputation du cabinet, l'offre de soins dans le secteur ou les modalités concrètes de présentation de la clientèle, etc.

En réalité, c'est surtout la loi de l'offre et la demande qui permet de fixer la valeur de la cession. Il est toujours possible de partir de la valeur de la clientèle déterminée par les usages de la profession, mais tout sera affaire de négociation. D'autant que l'évolution des modes d'exercice telle que la tendance générale au regroupement des praticiens et la diminution de la démographie médicale entraîne la diminution du prix de cession.

S'agissant de l'évaluation des éléments corporels du cabinet, et plus précisément du matériel, il est en principe évalué de gré à gré, en tenant compte de la date d'acquisition, de la valeur marchande, de l'état général, de sa valeur de remplacement, et de l'amortissement.

A titre comparatif, il est possible d'**interroger l'administration fiscale** afin de connaître à quel

prix fut céder d'autres clientèles médicales de cabinets voisins.

Il existe également des sociétés spécialisées dans le conseil financier des professions libérales qui vous proposent d'évaluer votre clientèle en suivant notamment une méthodologie inspirée de l'évaluation d'entreprise.

Sachez que rien ne vous interdit de **céder votre clientèle à titre gratuit**.

Cette cession s'apparente fiscalement à **une donation entre tiers** et seront dus des droits de mutation à titre gratuit basés sur la valeur vénale de la clientèle. Toutefois, en application des dispositions de l'article 787 C du CGI, sont exonérés de droits de mutation à titre gratuit, à concurrence de 75 % de leur valeur, les donations en pleine propriété des biens meubles et immeubles, corporels et incorporels, affectés à l'exploitation d'une entreprise individuelle ayant une activité industrielle, commerciale, artisanale, agricole **ou libérale**. Le donateur doit détenir l'entreprise depuis au moins deux ans. Le donataire doit, d'une part, prendre dans l'acte de donation l'engagement de conserver pendant quatre ans à compter de la transmission les biens affectés à l'exploitation et doit, d'autre part, poursuivre effectivement pendant trois ans l'exploitation de l'entreprise.

D'UN POINT DE VUE FISCAL

Les indemnités perçues à l'occasion de la cessation totale ou partielle d'activité, dès lors qu'elles rémunèrent un transfert de clientèle, **relèvent du régime des plus et moins-values professionnelles** qui prévoit une imposition au taux de 27% s'il s'agit d'une plus-value à long terme et une intégration aux bénéfices imposables s'il s'agit d'une plus-value à court terme.

Toutefois, **la loi du 30 décembre 2005** a prévu deux nouveaux dispositifs d'exonération extrêmement favorables en matière de cession d'activité professionnelle :

*** L'exonération prévue dans le cadre d'un départ à la retraite (article 151 septies A du CGI) ;**

Les plus-values réalisées pourront dans ce cas être exonérées si :

- l'activité a été exercée pendant au moins 5 ans ;
- la cession réalisée à titre onéreux porte sur l'intégralité de l'exploitation (hors biens immobiliers bâtis ou non bâtis) ;
- le cédant n'exerce pas, directement ou indirectement, un contrôle sur l'entreprise ou la société cessionnaires.

Seules les contributions sociales de 11% seront exigibles.

*** L'exonération prévue dans le cadre des transmissions d'entreprises (article 238 quindecies du CGI) ;** Le cédant ne sera redevable d'aucune plus-value sur la cession de son cabinet médical dans la mesure où la valeur du fonds libéral n'excède pas 300 000 euros. Si la valeur du fonds est comprise entre 300 000 et 500 000 euros, la plus-value sera exonérée mais seulement partiellement.

Les conditions pour bénéficier de cette seconde exonération :

- l'activité a été exercée pendant au moins 5 ans ;
- la cession réalisée à titre onéreux porte sur l'intégralité de l'exploitation (hors biens immobiliers bâtis ou non bâtis) ;
- le cédant n'exerce pas, directement ou indirectement, un contrôle sur l'entreprise ou la société cessionnaire.

LE SORT DU PERSONNEL DU CABINET

En cas de cession du cabinet médical et donc modification dans la situation juridique de l'employeur, la Loi oblige le successeur à **reprendre tous les contrats de travail en cours au jour de la cession** (c. trav. art. L. 1224-1).

Ainsi, le nouvel employeur a l'obligation de :

- poursuivre les contrats (s'il s'y refuse, il y a rupture du contrat de son fait) ;
- ne pas poser de conditions à la reprise des salariés, puisqu'elle lui est imposée par la loi ;
- fournir le travail convenu ;
- verser la rémunération convenue, y compris l'intégralité de l'indemnité de congés payés ;

- respecter les conditions essentielles du contrat.

De même, le salarié dont le contrat a été maintenu à la suite de la cession doit respecter toutes les obligations nées du contrat et s'il refuse de poursuivre son travail, il y a rupture du contrat de son fait. Cette rupture produit alors les effets d'une démission.

CAS PARTICULIERS

* Dans l'hypothèse où vous cessez votre activité et où vous n'avez malheureusement pas trouvé de successeur, vous devez impérativement conserver les dossiers médicaux de vos patients de façon à pouvoir répondre éventuellement à toute sollicitation d'un patient désirant que son dossier le concernant soit transmis au praticien qu'il aura désigné. Attention, compte tenu des délais de prescription des actions en responsabilité, il est plus que conseillé de conserver les dossiers médicaux pendant au moins 30 ans.

* En cas de décès du médecin, la famille du défunt doit organiser la présentation de clientèle avec un éventuel successeur qui s'installe où avec un médecin déjà installé à proximité.

Dans les deux cas, la clientèle doit être informée par courrier et la parution d'une annonce dans la presse est conseillée.

Toutefois, dans le cas où la famille veut se décharger des dossiers médicaux, le conseil départemental de l'ordre des médecins reste l'intermédiaire obligé dans le souci de l'intérêt public et du respect de la confidentialité des données nominatives pour gérer toute demande de transmission d'un dossier au médecin désigné par un patient.

🔗 EXERCER HORS CONVENTION : QUELLES CONSEQUENCES ?

Sauf lorsque le médecin a fait l'objet d'une sanction le plaçant hors convention pour une durée limitée dans le temps, **le médecin a le choix d'exercer hors convention.**

Ce choix peut se faire **au moment de l'installation** mais il peut également se faire **en cours d'exercice**. En effet, pour les praticiens qui ont déjà signé la convention, celle-ci prévoit que *"Conformément à l'article L 162-15 du code de la Sécurité sociale, le médecin qui souhaite ne plus être régi par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse"*.

En pratique, qu'est ce que cela implique ?

- Le médecin qui exerce hors convention et qui ne souhaite plus dépendre de l'assurance maladie ne doit bien évidemment pas inviter les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer des cotisations et contributions dues, ce qui selon les dispositions de l'article L114-8 du code de la sécurité sociale, est punissable d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15000 euros ou de l'une de ces deux peines seulement.

Il en est de même pour les dispositions du Code de déontologie et les bonnes pratiques médicales édictées par la Haute Autorité de santé (HAS) que le médecin est tenu de respecter.

- Le médecin reste tenu de fixer ses tarifs avec **tact et mesure**.

- Concernant les patients d'un médecin hors convention, **le remboursement se fera sur la base du tarif d'autorité** (article L.162-5-10 CSS) « *Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins qui n'adhèrent pas à la convention ou qui ne sont pas régis par le RCM, donnent lieu à remboursement sur la base du tarif d'autorité* ». Ce dernier est fixé à 0,98 €. Quant aux patients bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU), les soins effectués par le praticien hors convention ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie et le patient devra régler les actes.

Décider d'exercer hors convention n'a **aucune conséquence sur le contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle (RCP) du praticien**. Il est toujours tenu de cotiser à la caisse

autonome de retraite des médecins français (CARMF), mais ne verse plus les cotisations d'allocations supplémentaires de vieillesse (ASV) et celles de l'allocation de remplacement de revenus (ADR).

Le praticien doit toujours cotiser à une URSSAF pour sa couverture maladie et les prestations familiales.

La CPAM ne prend plus en charge, comme elle le fait pour un médecin conventionné, les 9,7 % du montant du revenu net de dépassements d'honoraires du praticien pour l'assurance maladie, maternité, décès et les 5 % du montant du revenu net de dépassements d'honoraires jusqu'au plafond, puis les 2,9 % des cotisations pour les allocations familiales.

🔗 AUTOTRAITEMENT ET COLLECTE DES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUE (DASRI)

Un décret du 6 novembre 1997 a établi la responsabilité des producteurs de déchets d'activité de soins à risque (DASRI), « *toute personne qui produit des DASRI est tenue de les éliminer* » (article R1335-2 du Code de la santé publique).

Au domicile des patients, cela ne pose plus guère de problème quand ces déchets sont produits par les professionnels de santé eux-mêmes au même titre que ceux produits à leur cabinet. C'est en effet à ces derniers que relève la responsabilité de les éliminer.

Cela devient plus compliqué pour les déchets produits par les patients en autotraitement car ils sont légalement responsables de leur élimination. En effet, les filières d'élimination ne sont pas toujours parfaitement organisées.

Depuis 2003, les patients ont l'obligation de jeter leurs déchets dans les collecteurs jaunes disponibles en pharmacie, auprès des associations de patients ou de certaines collectivités et cela est en principe à la charge du malade. Mais la collecte au final de ces boîtes se fait de manière tout à fait disparate sur le territoire.

L'article 30 de la **loi de finances pour 2009** a donc tenté de régler la question, sans tenir compte des travaux actuels de concertation. Elle a ainsi prévu une **obligation de collecte sur tous les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) produits par les patients en autotraitement à la charge des officines, pharmacies à usage intérieur et des laboratoires d'analyses de biologie médicale.**

Les députés, lors du vote du projet de Loi HPST, ont adopté un amendement qui précise la portée de cette obligation sachant que la définition est sujette à diverses interprétations et peut inclure de nombreux déchets pour lesquels il n'y a aucun problème d'élimination particulier (pansements usagés par exemple), ce qui pourrait entraîner d'inutiles surcoûts.

Ils ont ainsi précisé que le principe de responsabilité élargie du producteur, visé à l'article L. 4211-2-1 du code de la santé publique, s'applique uniquement aux déchets de soins piquants-tranchants.

🔗 AU FIL DU JO...

Décision du 5 décembre 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (actes de biologie médicale)

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020046728&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2008-1501 du 30 décembre 2008 relatif au remboursement des frais de transport des salariés

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020017814&dateTexte=&categorieLien=id>

Avis relatif à l'avenant n° 28 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020010672&dateTexte=&categorieLien=id>

Arrêté du 3 février 2009 portant fixation du montant du coefficient mentionné à l'article L. 432-3 du code de la sécurité sociale

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020237560&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2009-294 du 13 mars 2009 modifiant les articles D. 162-6 à D. 162-8 du code de la sécurité sociale : Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale : Description : MIGAC_JO du 17/03/09