

# Cotisation maladie : une négociation bien menée

Philippe Boisnault

Le vote par l'Assemblée Nationale de l'article 32 de la loi n°93-121 du 27 janvier 1993 est le terme d'une négociation d'un an entre le SNJMG et le ministère de la santé. Histoire d'une victoire sans perdant

Jusqu'à ce jour, les médecins remplaçants non thésés cotisaient pour l'assurance maladie, comme les médecins installés en secteur 2, à la caisse des travailleurs non salariés non agricoles (CANAM) au taux de 12,85 %. Néanmoins, lors de leur exercice, ils remplaçaient en majorité des praticiens en secteur 1 et étaient obligés, lors de l'installation, de s'inscrire en secteur 1 (convention 1990 oblige). Or, les praticiens conventionnés en secteur 1 ainsi que les remplaçants thésés ne sont pas des libéraux comme les autres puisqu'ils ont passé un accord avec les caisses (la convention) qui leur donne comme avantage d'être couvert par le régime général (CNAMTS) et de cotiser au taux de 6,655%. Nous avons donc demandé à bénéficier nous aussi de ce régime.

Entendus, après avoir rappelé cette exigence au

ministère pendant un an, nous avons négocié le moyen de mettre fin à cette anomalie avec la direction de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales. Le projet bouclé, nous avons obtenu du pouvoir politique son inscription au DMOS (loi portant Diverses Mesures d'Ordre Social) de fin d'année 92.

C'est donc sans tambour ni trompette, sans grève ni conflit, sans menace ni contrepartie que nous pouvons offrir cette réforme aux remplaçants. Les avantages sont substantiels (cf ci-contre). Ainsi pour 100 000 frs de revenus par an, c'est près de 7 000 francs d'économie... Ceci vaut bien une adhésion au SNJMG (350 francs cette année).

Nous donner les moyens d'une action collective, vous donner les moyens d'être efficacement représentés et défendus, c'est faire avancer un syndicalisme responsable. □

## Les cotisations sociales des jeunes médecins

Ghislaine Audran

Pour ceux qui n'auraient eu en main notre super dossier sur les remplacements (voir "JEUNE MG" N°3), nous allons vous faire un rappel sur les différentes cotisations sociales dont vous devez vous acquitter dans votre exercice de jeune médecin.

Si vous êtes résident ou si vous avez une profession salariée, vous êtes automatiquement affilié à la sécurité sociale des travailleurs salariés et vous n'avez rien à faire. Par contre si vous effectuez des remplacements, vous devez informer votre caisse départementale d'assurance maladie de votre changement d'activité (de salarié vous passez

au statut libéral). Vous devez également vous inscrire à l'URSSAF, organisme qui se charge de recouvrir les cotisations sociales (AM, AF et CSG).

En ce qui concerne l'assurance maladie, les deux premières années vous payerez des cotisations trimestrielles forfaitaires (1199 F/trimestre la 1<sup>ère</sup> année, 1599 F la 2<sup>ème</sup>), puis 6,655 % de vos revenus à partir de la troisième année. Pour les allocations familiales et la CSG, si on se réfère à ce que font actuellement les remplaçants thésés, la première année, vous réglerez une cotisation provisionnelle cette fois (130 F/trimestre soit 35 F pour les AF et 95 F pour la CSG, mais ça peut varier) puis il vous en coûtera 0,40 % de vos revenus pour les AF (au dessous d'un palier 144120 F/an, après c'est un peu plus cher) et 1,10 % des revenus avant déduction des charges pour la CSG (quels que soient vos revenus).

Par ailleurs si vous êtes thésé, vous devez vous affilier à la CARMF. Le calcul de ces cotisations étant complexe, renseignez-vous directement auprès d'eux.

### EN PRATIQUE

Le texte de loi indique que les médecins remplaçants non thésés bénéficient du régime des PAMC (professionnels et auxiliaires médicaux conventionnés).

➔ Si vous êtes ayant-droit du régime général au titre d'une activité salariée interrompue depuis moins d'un an, il faut vous inscrire auprès de votre CPAM dès votre premier remplacement afin de bénéficier au plus tôt de la couverture au titre du régime des PAMC. En effet il existe un délai de 30 jours avant de bénéficier de ce régime.

➔ Si vous êtes toujours au régime général au titre de salarié (résidant ou FFI), vos remplacements libéraux sont considérés comme revenus accessoires. Cependant vous devez quand même vous inscrire auprès de la CPAM.

➔ Si vous êtes déjà inscrit au régime de la CANAM, il vous faut faire un transfert de dossier en vous adressant à votre CPAM. Normalement il n'existe pas ce délai de 30 jours. Une fois votre inscription faite à la CPAM, vous informerez la CANAM du transfert.

### Où s'inscrire ?

Auprès du service des relations avec les professionnels de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre domicile (Siège social de la CPAM de votre département).

Attention ! La loi indique que ces modalités et les taux de cotisations pourront être modulés (à notre avantage) par décret. Nous vous informerons dans les prochains "Jeune MG".

### LES AVANTAGES

➔ Diminution des cotisations d'assurance maladie de 12,85 à 6,655%

➔ Meilleure couverture sociale : prise en charge du risque maladie par le régime générale (CNAMTS) qui offre de meilleures prestations que la caisse des professions libérales (CANAM).

➔ Unification du régime puisque nous resterons, du résidant à l'installation, au régime général (donc moins de transfert de dossiers).

➔ Cette unification des régimes permet d'envisager la mise en place d'un régime complémentaire unique (dès le début du troisième cycle).

# Les prestations sociales : comment s'y retrouver

Nicolas Sainmont

Profitant de ce coup de projecteur, il nous a paru utile de faire le point sur la couverture sociale des jeunes médecins, salariés ou libéraux. La complexité des prestations sociales nous oblige à préciser, avant tout certains points.

**I**l faut distinguer les couvertures obligatoires dit régime obligatoire (R.O.), des couvertures complémentaires qui comblent sur la base du volontariat, les lacunes ou les insuffisances des régimes obligatoires et qui sont proposées par les assurances ou les mutuelles.

Aujourd'hui, nous nous intéressons uniquement aux régimes obligatoires, qui ont traditionnellement comme compétence l'assurance maladie, l'assurance couvrant les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'assurance maternité, l'assurance invalidité décès, les caisses de retraite.

Par ailleurs, il faut rappeler qu'il existe deux catégories de prestations :

d'une part les *prestations en nature*, correspondant au remboursement des dépenses des frais engagés pour les soins par l'assuré, et d'autre part les *prestations en espèces*, qui sont des indemnités versées à l'occasion d'un événement défini par le code de la sécurité sociale. Ce sont sur ce type de prestations que se trouvent les principales inégalités entre le régime des médecins salariés et le régime des professions de santé conventionnées.

## Les espèces des salariés

Nicolas Sainmont

Les décrets d'application de la loi du 30 juillet 1987 et les modifications ultérieures précisent le statut social du résident et de l'interne. Comme nous l'avons vu, concernant les prestations en nature, le résident relève du régime général de la sécurité sociale. Les prestations en espèces font l'objet de définitions statutaires.

• **Arrêt (dit congé) maladie (simple)** (article 12) : il est garanti à l'intéressé dans ce cas, le versement pendant les 3 premiers mois de ce congé, des deux tiers de la rémunération et de la moitié de celle-ci pendant les six mois suivants.

• **Arrêt sur certaines pathologies** (Article 13) :

certaines pathologies bénéficient d'un statut particulier. Ce sont la tuberculose, les maladies mentales, la poliomyélite et les affections cancéreuses. Le patient bénéficie d'un congé de 12 mois pouvant être prolongé de 6 mois après avis d'une commission médicale. Il perçoit alors une rémunération des 2/3 de son salaire.

• **Arrêt en cas de pathologie de la liste de longue durée** (Article 14) : le malade atteint de ces pathologies peut bénéficier d'un congé de longue maladie de 30 mois au maximum pendant lequel il lui est garanti au cours des 6 premiers mois le versement des 2/3 de la rémunération et du tiers les 24 mois suivants.

• **Arrêt de maladie ou accident du travail dit AT** (article 15) : dans ce cas, la rémunération est maintenue intégralement pendant 1 an. Si une prolongation est décidée, le cas est alors réévalué par une commission, et on peut bénéficier du maintien des deux tiers de son revenu pour une

durée qui ne saurait dépasser 24 mois.

• **Les prestations liées à la maternité** (Article 11) : la résidente bénéficie d'un congé de maternité d'une durée égale à celle prévue par la législation de la sécurité sociale avec le maintien du salaire pendant la durée du congé. Celui-ci est de 16 semaines pour les 2 premières grossesses et 26 semaines pour les suivantes (il existe des cas particuliers pour les grossesses multiples).

• **Les prestations liées à l'assurance d'invalidité et celles des décès** : pour l'invalidité, la durée des prestations en espèces de l'assurance maladie ne saurait dépasser 3 ans. Comme nous venons de voir dans le cadre du statut des résidents, elles sont le plus souvent inférieures.

L'assurance invalidité se présente donc comme une assurance maladie prolongée et une "assurance vieillesse anticipée". Il existe un certain nombre de conditions qui sont cependant trop complexes pour être développées ici.

• **Le décès** : il est garanti le paiement d'un capital décès aux ayants-droits de l'assuré, ce capital est dû quelle que soit la cause du décès.

• **Les retraites** (Article 19) : le salarié bénéficie également du régime de retraite géré par l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'état et des collectivités publiques (IRCANTEC). L'assiette des cotisations est fixée par arrêté ministériel.

En ce qui concerne les statuts des *autres médecins salariés* tels que les FFI, les assistants et médecins vacataires, le socle des *prestations en nature* commun à tous les régimes généraux des salariés reste valable ainsi que les *prestations en espèces* relevant des droits sociaux : maternité, accidents et maladies du travail, invalidité décès. Des différences peuvent intervenir sur les prises en charge, notamment dans des indemnités journalières en fonction des contrats ou des conventions collectives. Il faut donc lors d'une prise de fonction, se renseigner sur le statut du poste. □

Profession		Assurance maladie	ALD	Statut particulier	Accident de travail	Maternité	Invalidité	Retraite	Décès
résidents	nature	régime général	100% pour tous les soins en rapport avec l'ALD	-tuberculose -maladie mentale -poliomyélite -cancer	100% pour tous les soins en rapport avec l'AT	100% pour les prestations liées à la maternité	100% si ALD	régime général	capital décès versé aux ayant droits quelle que soit la cause du décès
et internes	espèces	- 2/3 du salaire les 3 premiers mois: - 1/2 du salaire les 6 mois suivants	congé longue maladie de 30mois maximum - 2/3 du salaire les 6 premiers mois - 1/3 du salaire les 24 mois suivants	- 2/3 du salaire le 12 premiers mois - +/- 6 mois sur avis de la commission	- 100% du salaire pendant 1 an - +/- 2/3 du salaire pendant 2 ans sur avis de la commission	100% du salaire pendant le congé de maternité (16 semaines ou plus pour certaines grossesses)	si l'AT est supérieure à 30mois - incapacité < 66%: assurance invalidité - incapacité > 66%: pas de prestation en espèces	cotisation à l'IRCANTEC pour la retraite	

# Les activités libérales : plus c'est compliqué, moins il nous en reste !

Nicolas Sainmont

Les médecins appartiennent au régime général des professions de santé conventionnées (P.S.C.). Il faut distinguer le cas où il n'y a pas inscription à la CARMF (caisse autonome de retraite des médecins français) de celui des médecins adhérant à la CARMF.

Deux structures se partagent les compétences du régime obligatoire. Une importante partie est dévolue au régime des professions de santé conventionnées, émanation du régime général de la sécurité sociale des salariés, notamment pour les *prestations en nature*, ainsi que certaines *prestations en espèces* qui sont définies par le code de la sécurité sociale (mais elles sont peu nombreuses).

L'autre partie relève de la CARMF qui outre sa compétence sur notre régime de retraite couvre les prestations d'espèces concernant l'indemnité journalière, l'invalidité totale et définitive, et le décès.

## Le régime des professions de santé conventionnées

Cela concerne les médecins remplaçants non thésés et certains thésés. En effet, les médecins thésés qui ne sont pas assujettis à la taxe professionnelle, peuvent s'ils le souhaitent, ne pas adhérer à la CARMF. Dans ce cas, ils ne bénéficieraient que des prestations de base, celles qui sont liées au régime des Professions de Santé Conventionnées (P.S.C.).

• *L'assurance maladie* : dans ce régime, seuls les remboursements des prestations en nature des soins sont pris en charge au même titre que le régime général. Rappelons que les indemnités

journalières ne sont pas du ressort de ce régime.

• *Les accidents du travail* : en ce qui concerne les prestations en espèces, ils ne relèvent pas de ce régime. Les remboursements des frais de soins ne sont pas différenciés et il se font comme les autres soins sur la base de l'assurance maladie.

Un cas particulier mérite d'être souligné : on peut bénéficier des prestations liées aux remboursements des soins qui caractérisent ce régime (100%, pas d'avance des frais...) en souscrivant volontairement à cette couverture auprès des caisses primaires, moyennant une cotisation supplémentaire.

• *L'assurance maternité* dans le cadre du régime des professions de santé conventionnées : les *prestations en nature* liées à la maternité sont en règle générale remboursables à 100%, (les examens systématiques pré et post-natals, l'accouchement, les problèmes liés à la prématurité, les examens de surveillance sanitaire des enfants des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> âges, l'examen du futur père quand c'est utile et le traitement de la stérilité).

Mais il faut noter qu'il y a aussi des *prestations en espèces* qui relèvent du régime P.S.C. Ce sont les allocations de repos et les indemnités de remplacement. Ces prestations ont été instituées par la loi du 10 Juillet 1982. Peuvent en bénéficier : les femmes directement affiliées au régime

P.S.C. et les conjointes collaboratrices d'assuré du régime. L'*allocation de repos maternel* ne peut être versée que s'il y a eu naissance d'un enfant viable ou non, ou à l'arrivée d'un enfant destiné à être adopté. Le montant de base des allocations de repos est de 5780 frs (1/7/92). Pour l'*indemnité de remplacement*, il doit y avoir eu cessation continue d'activité d'au moins une semaine durant la période commençant dix semaines avant la date présumée de l'accouchement et finissant dix semaines après. Cette indemnité de remplacement s'élève à 5780frs (1/7/92). Cependant, il existe des variations en fonction de la nature de la grossesse.

• *Invalidité Décès* : nous avons déjà souligné que ces prestations étaient du ressort de la CARMF. Paradoxalement, il faut noter un chevauchement de compétences puisqu'il existe un capital décès versé par l'assurance maladie qui doit être demandé à la caisse primaire dans un délai d'un mois.

Voilà résumé l'ensemble des prestations délivrées par le régime des professions de santé conventionnées (P.S.C.).

Pour les autres prestations d'ordre obligatoire, c'est la CARMF qui les prend en charge.

## Les prestations directement du ressort de la CARMF

Ces prestations concernent exclusivement les médecins thésés inscrits à la CARMF.

Nous ne parlerons, bien sûr, que des médecins conventionnés du secteur 1 qui relèvent donc du régime P.S.C.

• *Les incapacités temporaires* : en cas d'arrêt maladie ou accident, la CARMF verse à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt total de toute activité 465 frs (1993) pendant 3 ans (1 an si plus de 60 ans). Si l'origine de l'affection est antérieure à la demande d'affiliation, les taux peuvent être réduits. Il faut, pour en bénéficier, être à jour de ses cotisations et avoir déclaré sa cessation d'activité par

Profession	Assurance maladie	ALD	Accident de travail	Maternité	Invalidité	Retraite	Décès
remplaçants thésés inscrits à la Carmf et médecins généralistes installés	nature régime général	100% pour tous les soins en rapport avec l'ALD	- régime général - 100% si une assurance complémentaire a été souscrite auprès de la CPAM	100% pour les prestations liées à la maternité	100%	régime général	- 20500Frs versés immédiatement  - Rente de 23680 à 49728Frs/an pour le conjoint et de 31376Frs/an pour chaque enfant à charge
	espèces 465Frs par jour à partir du 91 <sup>e</sup> jour pendant 3 ans	465Frs par jour à partir du 91 <sup>e</sup> jour pendant 3 ans	idem arrêt maladie	-repos maternel 5780Frs variation suivant la nature de la grossesse -indemnité de remplacement 5780Frs	pension de 34200 à 79800Frs/an + 35% en cas de conjoint, 29640/an par enfant à charge	en fonction des versements à la CARMF	-Capital décès versé par la CPAM

un certificat médical détaillé (rempli par un confrère) avant la fin du 2<sup>e</sup> mois d'arrêt. Aussi, il est fortement conseillé de le faire parvenir même si l'on pense être guéri.

• *les invalidités définitives* : les pensions sont comprises entre 34200 à 79800 frs/an (1993). Il y a 35% en plus pour le conjoint (marié depuis au moins 2 ans) et 10 % si le médecin a au moins 3 enfants ainsi qu'une rente de 29640 frs/an et par enfant à charge (moins de 21 ans, 25 ans en cas d'études).

• *Le décès* : l'indemnité est de 20500 frs versés immédiatement au conjoint survivant ainsi qu'une rente annuelle de 23680 frs à 49728 frs. Une rente de 31376 frs/an est donnée pour chaque orphelin à charge (majorée si l'enfant a perdu ses deux parents).

• *La prévoyance retraite* : nous l'étudierons ulté-

rieurement.

Pour bénéficier des prestations dévolues par la CARMF, il suffit d'être à jour dans le versement de ses cotisations.

En conclusion, le SNJMG a gagné une bataille, pas la guerre. Certes, nous avons réussi à affilier l'ensemble des médecins remplaçants au régime des professions de santé conventionnées, ce qui leur assure une qualité certaine des prestations en nature, notamment le remboursement de leurs frais de maladies. Mais aucune indemnité journalière n'est directement liée à leur régime. Il leur

est donc fortement conseillé de prévoir une couverture volontaire pour être protégé dans ce contexte. Par ailleurs, nous l'avons vu, si les prestations obligatoires couvrent le minimum, il ne faut pas attendre pour améliorer sa couverture sociale en souscrivant des contrats complémentaires mieux adaptés aux besoins de son environnement auprès d'une mutuelle ou d'un assureur. le SNJMG devrait bientôt vous faire des propositions concrètes dans ce sens. □

**E**n 1984, le gouvernement Fabius disait beaucoup de bien de la MG. Cela ne l'empêcha pas de créer une différence de 700 fr mensuels en faveur des internes DES lors de l'instauration de la prime de sujétion destinée aux étudiants du troisième cycle (à partir du 2<sup>e</sup> semestre). Pas de chance, le statut des IMG et des DES étant le même, cela était illégal. Plainte fut donc déposée par un syndicat de l'époque (l'UNANIM) et le Conseil d'Etat imposa en 1989, l'égalité devant la prime de sujétion entre les DES et ceux qui par la grâce de M. Barzach (elle disait elle aussi du bien de la MG!) étaient devenus des Résidents en médecine générale. Résultat : février 90, les résidents sont augmentés de 1000 fr par mois avec effet rétroactif depuis septembre 89 !

D.S.

Profession	Assurance maladie	ALD	Accident de travail	Maternité	Invalidité	Retraite	Décès	
remplaçants non thésés et remplaçants thésés non inscrits à la Carmf	n a t u r e	régime général	100% pour tous les soins en rapport avec l'ALD	- régime général - 100% si une assurance complémentaire a été souscrite auprès de la CPAM	100% pour les prestations liées à la maternité	100% si ALD	○	versements d'un capital décès par la CPAM
	e s p é c e s	○	○	○	-repos maternel 5780Frs variation suivant la nature de la grossesse -indemnité de remplacement 5780Frs	○	○	