COMPTE RENDU DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE LA RHUMATOLOGIE 2015

Chères consœurs, chers confrères,

Les États généraux de la rhumatologie 2015 ont remporté un franc succès auprès de notre communauté. Plus de 150 participants très satisfaits des multiples thèmes abordés en plénière ou lors des ateliers, avec des échanges fructueux avec nos intervenants et entre confrères.

Nous ne pouvons que regretter une présence insuffisante des jeunes générations qui ne se rendent pas compte de l'importance de la connaissance de la profession, au-delà des connaissances scientifiques, pour exercer au mieux le métier de rhumatologue.

Pour tous ceux qui étaient présents et pour les autres, nous avons mis en ligne sur le site du SNMR des interviews des intervenants reprenant l'essentiel de leur intervention et les diaporamas de tous les sujets abordés.

Enfin, en partenariat avec la revue **Rhumatos**, ce dossier spécial permet la diffusion au plus grand nombre des informations passionnantes recueillies lors de ce congrès.

Vous pourrez ainsi en savoir plus sur l'édition 2015 du *Livre blanc de la rhumatologie* dont la parution est prévue pour juin 2015, sur les obligations en matière de radioprotection et d'accessibilité, sur les modes d'exercices en tant que PH ou en clinique, ainsi que sur la gestion d'un contentieux et le risque de *burn-out* pour le rhumatologue. De même, les ateliers ont permis de faire le point sur la retraite et la gestion de son patrimoine, la gestion des risques de la profession (responsabilité civile, interruption d'activité, invalidité), sur les modalités de l'installation et sur l'importance croissante de l'informatique médicale et ses applications en télémédecine.

Nous remercions, pour leur soutien et leur participation, la Société Française de Rhumatologie, le Collège français des Médecins rhumatologues, l'Association des Rhumatologues en formation, ainsi que la Fédération de Rhumatologie d'Île-de-France.

Merci à tous les participants, aux intervenants et aux nombreux partenaires de l'industrie et de la finance sans qui cet événement ne pourrait avoir lieu.

Nous espérons enfin, si le contexte est propice, que cet événement pourra être renouvelé dans 2 ans. Alors rendez-vous en mars 2017 ?

Dr Éric Senbel, président du SNMR,
Dr Guy Baudens, secrétaire général du SNMR

1 **Le *Livre blanc de la rhumatologie*** ..... **p. 124**

2 **Exercice en tant que PH** ..... **p. 125**

3 **Obligations pour les établissements recevant du public** ..... **p. 126**

4 **Radioprotection et obligations réglementaires** ..... **p. 127**

5 **Exercice libéral en clinique : intérêts et inconvénients** ..... **p. 128**

6 **Pénibilité du travail et souffrance professionnelle** ..... **p. 130**

7 **Le contentieux avec les caisses en rhumatologie** .. **p. 131**

8 **Ateliers** ..... **p. 132**

DOSSIER

1 Le *Livre blanc de la rhumatologie*

Entretien avec le Pr Daniel Wendling

Dr Michel Bodin* : *Pr Wendling, bonjour. Lors des États généraux de la Rhumatologie, vous avez présenté le nouveau* Livre blanc de la rhumatologie. *Pouvez-vous nous expliquer quelle en est la finalité, et quel en est le contenu ?***

Pr Daniel Wendling : La précédente édition datait de 2004 et avait grand besoin d'un renouvellement. Le nouveau livre a été rédigé par un collectif, sous l'égide et à l'initiative du Syndicat, de la SFR et du Collège, et sous l'impulsion d'Éric Senbel. Le but de cet ouvrage est de faire l'état des lieux de la rhumatologie en France, en illustrant l'activité et la place de la spécialité et en induisant une réflexion sur les évolutions, les enjeux et la formulation de propositions pour l'avenir. Il est constitué d'une dizaine de chapitres, abordant tour à tour la démographie, les champs d'activité de la spécialité, ses instances, les modes de formation, la gestion des examens complémentaires, des médicaments, les modes d'exercice, l'environnement socioéconomique et la recherche.

Dr M. B. : *Le mode d'exercice de nos confrères a-t-il beaucoup changé en 10 ans ?*

Pr D. W. : Voici, pour exemple, quelques données démographiques : il existait au 1er janvier 2014, 2 598 rhumatologues exerçant sur le territoire national, soit 1,18 % de l'ensemble des médecins. Environ 70 % ont une activité libérale, et 30 % sont salariés. Si actuellement l'effectif global est conservé (2 607 en 2002, 2 598 en 2014), il y a lieu de prévoir une importante diminution du nombre de rhumatologues dans les années à venir, puisque plus de 50 % d'entre eux, actuellement dans la tranche supérieure à 55 ans, arrêteront leur activité. Il est à noter également une féminisation relative de la profession (60 % d'hommes et 40 % de femmes en 2014, contre 70 % d'hommes et 30 % de femmes en 2003). À noter : 53 % des rhumatologues libéraux exercent en secteur I.

Dr M. B. : *Comment la spécialité est-elle encadrée ?*

Pr D. W. : Elle est régie par un certain nombre d'instances, société savante, collèges, regroupements d'enseignants en rhumatologie, fédération, groupes spécialisés, comme le GRIO pour l'ostéoporose ou le CRI pour l'inflammation. Un certain nombre de ces instances organisent l'enseignement de la rhumatologie ainsi que la formation médicale continue. Le DPC est obligatoire et 84 % des rhumatologues ont participé à au moins une session de formation.

Dr M. B. : *Notre spécialité présente-t-elle des spécificités particulières ?*

Pr D. W. : La rhumatologie est une spécialité complexe : le diagnostic d'une affection rhumatologique n'est pas toujours aisé et souvent requiert une consultation initiale de longue durée, d'autant plus que la rhumatologie s'articule avec d'autres affections. Par ailleurs, elle implique le recours quasi systématique à des examens complémentaires de biologie ou d'imagerie, et, à la démarche intellectuelle proprement dite, doit s'associer dans un certain nombre de cas la pratique d'actes dits de rhumatologie interventionnelle (infiltration, ponction-évacuation, viscosupplémentation, etc.).

Dr M. B. : *Les traitements mis en œuvre ont également beaucoup évolué, surtout depuis l'an 2000, avec l'apparition des biothérapies. La restriction de leur prescription au seul domaine hospitalier ne constitue-t-elle pas un handicap à l'exercice de la spécialité ?*

Pr D. W. : En fait, 44 % des libéraux ont une activité au sein des hôpitaux, et 84 % sont des praticiens attachés des hôpitaux. Parmi les rhumatologues libéraux, 57 % ont la possibilité de prescrire des biomédicaments. En fait, plus de la moitié de ceux qui n'ont pas accès à cette prescription souhaiteraient qu'elle soit libéralisée, d'après l'enquête réalisée pour ce *Livre blanc*.

Dr M. B. : *Dans leur ensemble, les affections rhumatologiques sont loin d'être bénignes, et leur évolution s'accompagne souvent d'un handicap progressivement accentué, pouvant aller de l'interruption du travail à l'invalidité, avec un important retentissement socio-économique. Pensez-vous qu'un tel ouvrage puisse aider à l'amélioration de l'exercice rhumatologique ?*

Pr D. W. : Certainement, et le *Livre blanc de la rhumatologie* peut être considéré aussi comme un

*Rhumatologue, Griselles
**Service de rhumatologie, CHRU de Besançon

instrument « politique ». Les rhumatologues sont conscients de l'importance des actions de prévention et de dépistage, des choix thérapeutiques qui sont souvent coûteux, de la nécessité d'une prise en compte de la pathologie, mais aussi de la dimension humaine et sociale autour du patient, et de la pertinence d'un exercice en collaboration multidisciplinaire avec d'autres partenaires (généralistes, kinésithérapeutes, chirurgiens, etc.). Plus que d'une simple consultation, le patient rhumatisant doit bénéficier d'une prise en charge réfléchie et concertée.

Le rôle du rhumatologue traitant peut aussi être étendu au recueil de données épidémiologiques, à la contribution à des études de développement clinique et à la participation au recueil de données dans les grandes études de cohorte.

Ce *Livre blanc* doit servir à mieux faire connaître notre spécialité, en particulier auprès des décideurs, et doit être actualisé et évolutif. Il devrait être en ligne sur les différents sites des instances avant l'été. ■

2 Exercice en tant que PH

Dr Agnès Monnier-Dutheil*

Introduction

L'exercice de praticien hospitalier en rhumatologie en centre hospitalier périphérique présente bon nombre d'avantages pour un jeune rhumatologue en fin de cursus que sont, notamment, l'exercice varié, le travail d'équipe, la multidisciplinarité au sein de la structure hospitalière et l'activité salariée.

Afin d'obtenir le titre de praticien hospitalier (PH), il est nécessaire de présenter le concours de praticien hospitalier sous l'égide du Centre national de gestion (CNG). Pour ce faire, 2 étapes sont de rigueur : la rédaction d'un dossier technique (comptant pour 150 points) comprenant une partie « titres et travaux » et une autre partie « services rendus » avec preuves à l'appui, d'où la nécessité pour un jeune interne ou chef de clinique de bien garder tous ses justificatifs (cours aux étudiants en médecine, aux infirmières, participation à des congrès nationaux ou internationaux, attestations de fonctions, communications orales ou écrites, etc.). Ce dossier sera déposé au mois de juin.

Il convient également d'y adjoindre une ou des lettres de recommandation émanant du PUPH du CHU de formation et du responsable du service « visé » où le candidat sera peut-être déjà en fonction sous le titre de praticien hospitalier contractuel (PHC), l'idéal étant, en effet, d'être déjà en poste au moment de passer le concours.

Ce dossier sera remis à un jury composé de 3 PUPH et de 1 PH, qui recevra le candidat lors d'un oral à Rungis, quelques mois après. Si le candidat a effectué 2 ans de clinicat ou d'assistanat, seul un oral (comptant pour 150 points) sera nécessaire (concours de type 1), dans le cas contraire (concours de type 2), un examen écrit devra le compléter.

À l'issue de ce concours et après réussite, le candidat sera inscrit sur une liste d'aptitude et pourra postuler pour le poste visé lorsque celui-ci sera publié au Journal officiel.

Il convient d'anticiper ce type de carrière pour coller au plus près au poste convoité, poste qui sera proposé la plupart du temps par le chef de service au candidat durant son internat ou par le PUPH responsable de la formation du candidat. En effet, il sera conseillé au candidat d'orienter sa formation en passant DIU, DU, en réalisant un inter-CHU dans un service référent dans telle ou telle pathologie... selon les caractéristiques du poste visé.

L'intérêt de travailler dans un service de rhumatologie au sein d'une structure hospitalière est de bénéficier d'un recrutement optimal et varié, et ce en collaboration avec les médecins généralistes et rhumatologues locaux, de varier son activité (consultations, hospitalisation de jour et de semaine avec accès aux biothérapies, hospitalisation conventionnelle, échographie, ostéodensitométrie, éducation thérapeutique, recherche clinique académique et industrielle, enseignement et participation à des congrès nationaux et internationaux, etc.), et de permettre un accès à un plateau technique optimal en matière d'imagerie. La multidisciplinarité de telles structures permet, de plus, la prise en charge optimale de nos patients (en

*Chef du service de Rhumatologie, centre hospitalier de la Côte Basque, Bayonne

concertation avec les radiologues, chirurgiens orthopédiques, cancérologues, infectiologues...). Par ailleurs, le PH bénéficie de congés annuels (25 jours), RTT (20 jours/an), congés formation (15 jours/an), congés mission (3 mois par tranche de 2 ans), congés maternité comme toute autre activité salariée.

En moyenne, le salaire initial sera de 3 552 € net/mois, avec augmentation tous les 2 ans au fur et à mesure des échelons (jusqu'à 13) pour atteindre 6 629 € net/mois en fin de carrière.

Plusieurs modes d'activité sont possibles (temps plein, mi-temps, 80 %) avec possibilité de mutation au bout de 3 ans d'exercice.

Pour contrebalancer cette vision idéale de ce mode d'exercice, il faut en revanche bien réaliser que le poids de l'administration hospitalière peut peser (peu de pouvoir décisionnel du fait du fonctionnement très hiérarchique par Pôles), que du fait du travail en équipe l'emploi du temps sera moins libre qu'en activité libérale, et que du fait de la continuité des soins inhérente à toute structure hospitalière, il sera nécessaire de participer au tour de garde et astreintes de week-end. ■

3 Obligations pour les établissements recevant du public

Dr Éric Senbel*

Introduction

Selon la loi du 11/02/2005, tous les établissements recevant du public (ERP) sont censés être adaptés pour que toute personne porteuse d'un handicap (moteur, auditif, visuel, cognitif, psychique...) puisse bénéficier d'un accès sans aucune difficulté en lien avec celui-ci.

LES NORMES

Les normes sont disponibles sur le site du gouvernement (www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/Guide%20MNH%20accessibilit%C3%A9.pdf) et un lien dédié aux cabinets médicaux permet de faire un autodiagnostic (www.developpement-durable.gouv.fr/Outil-d-autodiagnostic-du-niveau-d.html).

Voici quelques exemples de normes :

- Parking : largeur d'au moins 3,3 m. Places réservées avec signalisation verticale et horizontale.
- Escalier : rampes à droite et à gauche.
- Pente maximale des rampes d'accès : 5 à 10 % selon les cas.
- Hauteur des boutons (sonnette, ouvre porte...) : au-dessus de 90 cm et en deçà de 1,30 m.
- Possibilité de se croiser en cas de couloir (dont la largeur minimale est précisément définie selon le lieu).
- Giratoire d'au moins 1,5 m dans tous les espaces accessibles.
- Pose de repères visuels sur la porte d'entrée si elle est en verre.
- La banque de secrétariat doit disposer d'une partie abaissée.
- Toilettes : la cuvette doit avoir une assise entre 0,45 et 0,50 m de haut ; une barre d'appui sur le côté et une aire de 0,8 x 1,30 m, avec un espace de manœuvre de 1,50 m de diamètre.

L'AD'AP

Tout démarre par un diagnostic réalisé par une entreprise spécialisée qui fournit un état des lieux, les modifications à apporter et un chiffrage pour effectuer ces modifications. Elle établira le chemin d'accessibilité en reprenant point par point tout ce qui pourrait poser problème. Une fois ce diagnostic effectué, l'entreprise propose un agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) qui est le cœur de la mise en conformité. L'agenda varie d'une accessibilité immédiate ou différée dans **3, 6 ou 9 ans à dater du 27/09/2015**. Peuvent s'en dispenser : les bâtiments construits après le 01/01/2007, les bâtiments ayant une anticipation de la mise en conformité, les établissements n'ayant plus le statut d'ERP au 27/09/2015 ou les professionnels de santé prenant leur retraite dans les 12 mois, les cabinets installés entre le 01/01/2007 et le 31/12/2010 dans un local avec changement de destination.

Si l'accessibilité est réalisable : il faut faire le nécessaire après avoir adressé en préfecture (avec copie en mairie) la demande de délai avec l'Ad'AP et le détail des travaux sur un imprimé CERFA N° 13824*03 avec d'éventuelles

*Président du SNRM et rhumatologue à Marseille

propositions pour les points dérogatoires (par exemple, si rampe d'accès avec une pente > à 10 %, proposer une aide avec appel au secrétariat, etc.)

→ **Ad'AP approuvé** (par arrêté préfectoral ou tacitement en l'absence de réponse sous 4 mois) ainsi que l'autorisation de travaux ou le permis de construire : vous pouvez commencer les travaux.

→ **Ad'AP refusé :** vous aurez un délai pour déposer un nouveau dossier.

En fin d'Ad'AP, il faut transmettre en préfecture du département une attestation d'achèvement des travaux. Cela est impératif si vous souhaitez transmettre votre cabinet à un éventuel successeur ou bien le revendre comme ERP, car en cas de dérogation ou de refus de votre part, celui-ci deviendrait automatiquement à votre retraite un établissement non autorisé à recevoir du public. À noter qu'en l'absence de cas de dérogation, le refus de se mettre en conformité peut avoir de lourdes conséquences prévues par la loi, à savoir 45 000 € d'amende et trois ans d'emprisonnement.

Si l'accessibilité n'est pas réalisable, voici les cas des dérogations :

- impossibilité technique résultant de l'environnement du bâtiment ;
- exercice dans un monument historique ;
- travaux au coût disproportionné par rapport à votre chiffre d'affaires ;
- rupture de la chaîne de déplacement rendant inutile la mise en œuvre, en aval de cette rupture ;
- refus de la copropriété de vous laisser faire effectuer les travaux demandés (cela ne vaut que pour les parties communes).

Si l'accessibilité est non réalisable, il faut faire une demande de dérogation à adresser à la préfecture : cerfa N° 13824*02, chapitre 5, avec le nombre de points dérogatoires.

En conclusion, cela risque de déboucher sur la disqualification d'un certain nombre de cabinets. ■

4 Radioprotection et obligations réglementaires

Sandrine Mougniot*

Introduction

« Une activité nucléaire [...] ne peut être entreprise ou exercée que si elle est justifiée par les avantages qu'elle procure, notamment en matière sanitaire, sociale, économique ou scientifique, rapportés aux risques inhérents à l'exposition aux rayonnements ionisants auxquels elle est susceptible de soumettre les personnes » (L. 1333-1 du code de la santé publique [CSP]). En radiologie, il est possible, dans certains cas, de substituer des actes irradiants (radiographies, scanographies) par des actes moins ou non irradiants (échographies, IRM).

Une fois justifiée, il est nécessaire de s'assurer que l'activité mise en œuvre est maîtrisée, notamment du point de vue de l'application du principe d'optimisation.

Sont décrites ci-après les obligations réglementaires relatives à l'équipement, au praticien utilisateur de l'équipement ainsi que celles portant sur l'information du patient[1].

Conditions applicables aux équipements de radiologie

L'appareil émetteur de rayonnements ionisants utilisé doit :

- Porter le marquage CE en cas de mise en service après 1998 (articles R. 5211-1 à R. 5211-53 du CSP) ou être conforme à un type homologué selon la norme NFC 74-100 (arrêté du 9/12/1982).
- Comporter un dispositif permettant à l'utilisateur d'être renseigné sur la quantité de rayonnement émise en cas de mise en service après 2004 (article R. 5211-22 du CSP).
- Faire l'objet d'une déclaration ou d'une autorisation auprès de l'ASN (article R. 1333-4 du CSP).
- Faire l'objet d'une maintenance et de contrôles de qualité (articles R. 5212-25 à R. 5212-35 du CSP) selon les modalités précisées par l'ANSM.
- Être implanté dans des installations aménagées conformément à l'arrêté du 22/08/2013 portant homologation de la décision n°2013-DC-0349 de l'Autorité de sûreté nucléaire.

* Chargée d'Affaires au sein de la direction des rayonnements ionisants et de la santé, Autorité de sûreté nucléaire, Montrouge

1. Vous pouvez retrouver l'ensemble des informations relatives à la réglementation applicable dans le cadre de l'utilisation d'un équipement de radiologie sur le site de l'ASN (www.asn.fr).

• Faire l'objet des différents contrôles techniques prévus par les CSP (articles R.1333-95 et R. 5212 à R. 5212-35) et du travail (CdT) (articles R. 4451-29 à R. 4451-34) réalisés par l'IRSN, des organismes agréés et/ou la personne compétente en radioprotection.
• Faire l'objet d'une évaluation des risques qui conduira au zonage de l'installation (articles R. 4451-18 à 23 du CdT).

Conditions applicables au praticien

Aucun travailleur ne peut être affecté à un poste exposant aux rayonnements ionisants s'il n'a pas, au préalable, bénéficié **d'un examen médical** permettant au médecin du travail de se prononcer sur son aptitude à occuper ce poste (article R. 4451-82 du CdT).
Tous les personnels susceptibles d'intervenir dans des zones réglementées doivent bénéficier **d'une formation à la radioprotection** qui doit être renouvelée au moins tous les 3 ans (articles R. 4451-47 et R. 4451-50 du CdT) et chaque fois que nécessaire (nouvelle affectation, mise en œuvre de nouvelles techniques...).

Le praticien doit également **être formé à l'utilisation de l'appareil de radiologie**, connaître et évaluer les doses qu'il délivre et être capable de mettre en œuvre **le principe d'optimisation** : l'exposition des personnes aux rayonnements ionisants doit être maintenue au niveau le plus bas qu'il est raisonnablement possible, compte tenu de l'état des techniques, des facteurs économiques et sociaux (articles L. 1333-1 du CSP et R. 4451-10 du CdT).

Conformément aux dispositions de l'article L. 1333-11 du CSP, les professionnels pratiquant des actes de radiodiagnostic, exposant les personnes à des rayonnements ionisants (en application de l'article R. 1333-67 du CSP) doivent **tous**, bénéficier dans leur domaine de **compétence d'une formation théorique et pratique relative à la protection des personnes exposées** à des fins médicales.

Information du patient :

L'utilisation des rayonnements ionisants étant susceptible de conduire à des effets indésirables, le patient doit également être informé de ces risques et des doses qu'il a reçues lors de l'examen. Ces informations doivent être reportées sur le compte rendu d'acte (arrêté du 22/09/2006). ■

5 Exercice libéral en clinique : intérêts et inconvénients

Dr Bernard Morand*

Introduction

D'après une récente enquête, 20,6 % des rhumatologues ont une activité en clinique, 83 % à temps partiel et 17 % à temps plein. Nous restreignons notre propos aux seuls rhumatologues exerçant une activité libérale en clinique, l'activité salariée, surtout en centre de rééducation, se rapprochant de l'activité hospitalière traditionnelle.

Cette activité libérale en clinique est très disparate, et, suivant le niveau d'implication des acteurs, on peut distinguer :
• le simple avis ponctuel ;
• l'installation dans les locaux de la clinique sans participer aux hospitalisations ;
• la prise en charge d'hospitalisés uniquement en ambulatoire (biothérapie, geste technique) ;
• la prise en charge d'hospitalisés en ambulatoire, mais aussi en hospitalisation classique ;
• enfin, l'hospitalisation classique et la participation à la permanence des soins avec hospitalisation en urgence.

Les pathologies prises en charge sont : inflammatoires du fait des biothérapies, rachialgies et radiculalgies, complications fracturaires de l'ostéoporose, cancérologie, infection articulaire et discospondylite, rhumatologie gériatrique, divers...
À l'exception de l'avis ponctuel, il existe une nécessité d'un contrat entre médecins et établissement validé par le Conseil de l'Ordre. Ce contrat, éventuellement évolutif, devra préciser les modalités d'exercice du médecin dans la structure, la redevance, l'exclusivité ou non, les clauses de fin de contrat... En ce qui concerne la redevance, elle ne

*Clinique du Renaison, Roanne

représente en général pour les rhumatologues que les frais de recouvrement des honoraires estimés à environ 3 %. Dans notre enquête, elle varie entre 0 et 10 % + TVA. La tendance va vers une redevance nulle du fait des contraintes et de l'intérêt des cliniques, surtout si elles ont une activité d'orthopédie. Cette redevance est indépendante du loyer du cabinet, bien que parfois elle puisse l'intégrer. À souligner qu'en libéral, l'activité de consultation est nettement prépondérante à celle d'hospitalisation.

LES AVANTAGES

• Le plus cité dans notre enquête est **l'accès sans limitation aux biothérapies** IV ou sous-cutanées.
• Possibilité d'hospitalisation pour bilan et prise en charge.
• Accès plus rapide à l'imagerie en particulier en coupe (scanners, IRM) du fait de la proximité. Parfois laboratoire d'analyse sur place.
• Possibilité de rhumatologie interventionnelle utilisant un plateau technique (bloc opératoire, anesthésie).
• Polydisciplinarité : **échanges et contributions des confrères d'autres spécialités** présents dans l'établissement.
• Reconnaissance surtout par ses confrères généralistes d'une prise en charge plus complexe qu'en cabinet traditionnel.
• Logistique facilitante : parking pour patientèle, cafétéria, gestion des déchets, personnel d'entretien, de maintenance, de sécurité, **accessibilité garantie**...
• Tous ces facteurs aboutissant en général à une activité plus importante qu'en cabinet classique.

LES INCONVÉNIENTS

• La nomenclature : en l'absence de CCAM clinique, **la tarification en clinique n'est pas adaptée aux activités libérales non productrices d'actes techniques**. Par exemple la prise en charge d'une biothérapie IV en ambulatoire correspond à une CS (plus MPC, MCS). De même la consultation d'admission d'un patient non connu, qui est une consultation très complexe et chronophage, est honorée également d'une CS, soit actuellement 28 €, alors que le coût estimé en public d'une consultation d'un PH est de 80 €.
• **La permanence des soins n'est pas rémunérée**, ni la rencontre avec les familles.
• Il est parfois difficile d'avoir en propre un appareil de radiologie si les radiologues sont sur place.
• Les contraintes administratives (dossier, courriers) nécessitent un secrétariat performant.
• La prise en charge des patients âgés polypathologiques contraint à élargir, voire sortir de nos compétences habituelles.
• L'exercice de groupe est très souhaitable.
Pour toutes ces raisons, la plupart des rhumatologues libéraux exerçant en clinique se limitent aux activités ambulatoires type biothérapie et aux actes techniques.

EN CONCLUSION

L'activité libérale en clinique est très variée suivant le niveau d'implication du rhumatologue dans l'établissement. Elle renforce l'intérêt médical dans la pratique de notre spécialité par la diversité du recrutement et la pluridisciplinarité de l'exercice à condition d'en accepter toutes les contraintes. ■

10 numéros

Version Internet (plus de 4 ans d'archives)

Application pour **tablettes**
iPad & Android

Bulletin d'abonnement

• **Déductible de vos frais professionnels dans son intégralité**
• **Pris en charge par le budget formation continue des salariés**

À nous retourner accompagné de votre règlement à : **Expressions Santé**
2, rue de la Roquette – Passage du Cheval Blanc, Cour de Mai – 75011 Paris
Tél. : 01 49 29 29 29 – Fax : 01 49 29 29 19 – E-mail : rhumatos@expressiongroupe.fr

✔ Je m'abonne
+ Version papier *(10 numéros)*
+ Accès gratuit au site *(4 ans d'archives)*
+ Version tablette

❑ **Particulier 79 € TTC** (au lieu de ~~120~~ € prix au numéro)
❑ **Institution 110 € TTC**
❑ **Étudiant 39 € TTC**
(joindre la photocopie de la carte d'étudiant)

Frais de port (étranger et DOM-TOM)
❑ + 13 € par avion pour les DOM-TOM et l'UE
❑ + 23 € par avion pour l'étranger autre que l'UE

❑ Pr ❑ Dr ❑ M. ❑ Mme
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse d'expédition : .....
.....
.....
Code postal : ..... Ville : .....
Tél. : _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ ; Fax : _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _
E-mail : .....

Règlement
❑ Chèque à l'ordre d'Expressions Santé
❑ Carte bancaire N° : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Expire le : |_|_| |_|_| Cryptogramme : |_|_|_|
(bloc de 3 chiffres au dos de votre carte)

Signature obligatoire ▶

DOSSIER

6 Pénibilité du travail et souffrance professionnelle

Dr Christophe Hudry*

Introduction

La pénibilité au travail est un sujet qui a fait l'actualité lors de la dernière réforme des retraites.

Depuis 2012, la pénibilité au travail est définie par 2 conditions cumulatives :
• une exposition à un ou plusieurs facteurs de risque professionnels liés à des contraintes physiques marquées ;
• un environnement physique agressif ou certains rythmes de travail, susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé.

Depuis janvier 2015, toute entreprise doit prévenir la pénibilité au travail, quels que soient sa taille, son statut juridique et ses activités. Lorsqu'un salarié est exposé à des facteurs de pénibilité au-delà de certains seuils, l'employeur doit établir une fiche individuelle d'exposition. Le salarié bénéficie alors d'un compte personnel de prévention de la pénibilité sur lequel il peut accumuler des points.

Pour les médecins, la notion de pénibilité recouvre surtout les facteurs susceptibles de conduire à un risque de faute médicale ou à un syndrome d'épuisement professionnel. Dans la loi, cela s'est traduit par la notion de repos compensateur après les gardes de nuit, afin de se mettre en conformité avec les directives européennes sur la législation du temps de travail.

À travers les enquêtes, nombre de médecins apparaissent épuisés face à des patients mécontents. Interrogés sur les causes de leur fatigue professionnelle, la charge horaire de travail et la part croissante de l'administratif dans leur emploi du temps sont très souvent citées. Mais certains médecins décrivent également un patient « exigeant sur le traitement et les horaires », « anxieux », « hypocondriaque » ou « insatisfait chronique » et « posant plein de questions ».

Dans une enquête du syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP), il apparaît que cette génération n'est plus prête à sacrifier sa vie personnelle sur l'autel de la carrière, et place haut la notion d'épanouissement professionnel.

En 2012, une commission paritaire nationale entre les partenaires sociaux et les syndicats médicaux établissait que, de toutes les spécialités médicales, la consultation de rhumatologie était la plus pénible.

On observe le volume d'actes annuels bondir de moins de 300 000 en 1980 à presque 600 000 actes 30 ans plus tard. Plus de 50 % des médecins travaillent plus de 2 130 heures par an, ce chiffre-repère correspond au temps de travail moyen des cadres d'entreprise.

À cette augmentation de la charge de travail est associée l'entrée massive des maux de la société dans les cabinets. La nomenclature des actes, en ne rétribuant pas également tous les temps de toutes les spécialités, induit un sentiment d'injustice entre les différents praticiens.
Le risque de ces éléments est le syndrome d'épuisement professionnel.
Une étude de l'URML d'Île-de-France, consacrée à l'ensemble des médecins libéraux, concluait en 2007 que 53 % des médecins répondant se sentent menacés par le *burn-out*. Il s'agit surtout de généralistes et de médecins en secteur 1.
Le stade ultime est le suicide. Le taux de suicide parmi les décès entre 30 et 65 ans est de 14 % chez les médecins contre 6 % dans la population générale (taux de suicide annuel : 3,13/10 000).

La perception implicite du risque de l'exercice en libéral apparaît clairement dans les chiffres du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'évolution du choix des entrants entre exercice libéral

*Rhumatologue, Paris

ou salarié au cours du temps. Moins de 10 % des entrants choisissent l'exercice libéral. De manière étonnante, la situation la plus concurrentielle et la plus difficile lors de l'installation se situait plutôt dans les années 1980 et ne décourageait pas le choix de l'exercice libéral. Alors que la situation serait plus favorable maintenant, on observe une véritable fuite de ce mode d'exercice. Parmi les causes, il apparaît que les médecins libéraux sont inquiets, car l'environnement au sein duquel ils exercent va changer. Ils n'ont pas confiance dans les tutelles et ne situent pas les vrais interlocuteurs entre les politiques, la CNAM, les ARS, la CPAM, les mutuelles et l'administration centrale. C'est l'offre de soins dans son ensemble qui est en cause, et le médecin ne peut plus déserter l'approche médico-économique comme cela a été trop longtemps le cas. Pour autant, nous sommes moins bien lotis que nos collègues européens et avons à gagner : notre rémunération est plus faible, le temps de travail plus important, 0,33 salarié par praticien (secrétaires, manipulateurs radio et infirmiers) contre 2,5, suggérant une réserve potentielle de création d'emplois.
On voit qu'il y a là des marges de négociation.

C'est en expérimentant de nouvelles offres de soins dans des structures monothématiques ambulatoires que nous pourrons mieux prendre en charge des patients, avec une efficience qui est attendue par les payeurs.
Dans la formation des médecins, lors du troisième cycle, il faut des modules dédiés à la l'exercice libéral pour donner aux internes des outils indispensables à un exercice plus serein. ■

7 Le contentieux avec les caisses en rhumatologie

Dr Vincent Diebolt*

Introduction

Lorsque vous êtes averti par lettre recommandée avec accusé de réception d'un contrôle par les services administratifs ou le contrôle médical de la caisse, faut-il ou non poursuivre le contentieux ? La procédure a-t-elle bien été respectée par la caisse ? Les motifs du contentieux sont-ils correctement précisés ?

Pour vous aider à vous poser les bonnes questions et y répondre, contactez immédiatement le SNMR ainsi que le représentant départemental et/ou régional de la centrale syndicale à laquelle vous cotisez (CSMF, FMF ou SML).

Vérifiez vos adhésions à ces instances, car, bien que non obligatoires, elles revêtent la même importance que celle de votre assurance en responsabilité civile professionnelle.

Les représentants de vos syndicats vous aideront à établir un dossier solide et argumenté et vous orienteront dans les arcanes des diverses procédures engagées à votre encontre.

Il y a des délais à respecter, il faut formaliser par écrit les entretiens contradictoires et corriger les procès verbaux. Il faut également être présent lors des audiences lorsque c'est autorisé.

Le directeur de la Caisse d'assurance maladie est à la fois le plaignant, le juge d'instruction, l'investigateur, le procureur et, pour finir, prononce et fait exécuter la peine ! C'est un pouvoir d'exception, mais, heureusement, il existe des recours. ■

*Rhumatologue, Obernai

ATELIERS

LA RETRAITE (d'après la présentation des Drs Jean-Yves Louboutin et Jean-Luc Friguet, avec La Médicale)

En 2014, 2 353 rhumatologues sont en exercice, 708 sont salariés, 1 137 en exercice libéral exclusif et 505 en exercice mixte. Dans 55 % des cas, ce sont des hommes, d'âge moyen 56 ans ; dans 45 % des cas, ce sont des femmes, d'âge moyen 48 ans. En cas d'exercice libéral intégral, les revenus non-salariés moyens sont de 70 000 € environ et le taux de remplacement par l'allocation retraite est d'environ 50 %. En cas d'exercice libéral avec temps partiel hospitalier, les revenus moyens sont de 71 000 €, avec un taux de remplacement de 48 %. Toutes formes d'exercices confondues, sur l'ensemble des rhumatologues ayant pris leur retraite en 2014, les revenus non-salariés moyens sont de 68 000 € et le taux de remplacement par l'allocation retraite de 50 %.

Les régimes de retraite obligatoires comprennent le régime de base, le régime complémentaire et l'ASV. Par ailleurs, il existe une cotisation de prévoyance (invalidité-décès). Un régime facultatif de retraite en capitalisation existe depuis 1994. La cotisation totale maximale est de 6 688 € et la cotisation minimale en cas de revenus inférieurs à 2 929 €, de 296 €. Il existe un dégrèvement en début d'affiliation. Il convient de noter que, sur ces sommes perçues, 920 € environ par professionnel libéral sont reversés au titre de la compensation nationale au régime de retraite des artisans, industriels et commerçants, et exploitants agricoles.

Il existe des formules de rachat pour bénéficier avant la date d'une retraite à taux plein. La cotisation complémentaire est basée sur un pourcentage des revenus non salariés de 9,5 %, avec un plafond de 12 648 €. Là encore, un dégrèvement du montant des cotisations peut être accordé en cas de revenus insuffisants ou d'arrêt pour des raisons de santé. En 2015, la valeur du point de retraite est de 78,40 €. Pour le régime complémentaire, le rachat de points est également possible. Depuis janvier 2015, le régime complémentaire a été réformé et modulé de manière plus avantageuse en fonction de l'âge de départ à la retraite. Les cotisations ASV sont de 1 550 € en secteur I, 4 650 € en secteur II, avec un ajustement calculé sur le revenu conventionnel. En cas de revenu conventionnel faible, peut exister une dispense d'affiliation ou une prise en charge de la cotisation par le FAS. Pour 2015, la valeur du point du régime ASV est de 13 €. Pour les années à venir, il est à prévoir une importante augmentation des cotisations (70 %) et une baisse de la valeur du point jusqu'à 16 %. Pour 2015, la cotisation moyenne en secteur I est de 14 117 €, et, en secteur II, de 18 180 €, pour une allocation de retraite moyenne de 35 094 €.

La liquidation de la retraite peut se faire à condition d'en exercer la demande auprès de la CARMF et d'être à jour de ses cotisations. De plus en plus de médecins cumulent leur retraite avec le maintien d'une activité libérale (de 0 en 2004, à 9 992 au 1er janvier 2015). L'exercice libéral de cumul avec la retraite est soumis à la détermination d'un plafond dépendant de la perception ou non du régime de base à taux plein. Cet exercice est-il rentable ? À partir d'un cas théorique (médecin de 65 ans, marié, sans enfant à charge, bénéficiant de 80 000 € de BNC, exerçant en secteur I et cotisant depuis 30 ans à la CARMF) sont envisagées les 4 possibilités d'exercice :

- poursuite d'activité sans recours à la retraite : revenus réels après impôts 67 278 € ;
- poursuite d'activité et demande de retraite : revenus réels après impôts 90 635 € ;
- perception de la retraite et arrêt total de l'activité : revenus réels après impôts 30 898 € ;
- perception de la retraite et poursuite d'une activité réduite : revenus réels après impôts 67 278 €.

Il s'agit là bien sûr d'un calcul théorique, et chaque praticien devra envisager au cas par cas quelle est pour lui la meilleure solution. ■

Dr Michel Bodin

L'ÉQUIPEMENT DU CABINET (d'après la présentation du Dr Hervé Bard, avec Interfimo)

Le matériel de base, indispensable, doit être bien choisi : mobilier, éclairage, matériel informatique, logiciel de gestion, etc. De préférence, le lit d'examen sera motorisé, avec une lampe de bonne qualité pour les gestes interventionnels. Le petit matériel habituel consiste en tabouret, pèse-personne, toise, podoscope, négatoscope… L'équipement annexe peut comporter un électromyographe, un échographe, un ostéodensitomètre et un appareil de radiologie. L'échographe devra faire l'objet d'un choix rigoureux : portatif ou fixe ? Neuf ou d'occasion ? Il doit être choisi dans une bonne qualité en sachant qu'il pourra ultérieurement être renouvelé en fonction des progrès de la technique et de l'entraînement de l'expérimentateur. Il faut acquérir 2 sondes au minimum, haute et basse fréquences, avec si besoin une sonde « club de golf » et une sonde courbe.

Une installation réussie passe par un certain nombre de facteurs favorisants : choix des associés, du lieu d'installation, soin des lieux et de l'accueil, disponibilité. Aujourd'hui, il est rare qu'un médecin s'installe seul : le plus souvent, il rejoint 1 ou 2 rhumatologues ou s'installe en clinique. À partir d'un cas spécifique, les orateurs ont montré quels pouvaient être les facteurs les plus appréciables, aussi bien par le médecin que par les patients. Au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, il peut être possible de passer moins de temps aux tâches administratives et de développer l'aspect technique de la spécialité en suivant l'évolution de celle-ci. De plus, l'intégration d'une structure fonctionnelle permet aux jeunes médecins d'accéder à un certain nombre de dispositifs coûteux déjà installés et d'exercer dans les meilleures conditions dès le début l'installation.

Il faut également s'attacher à un certain nombre de principes d'installation destinés à faciliter l'accès des malades aux soins : accès handicapés, si possible en rez-de-chaussée, stationnement facile,

desserte par les transports en commun, acceptation et prise en charge des urgences, voire des visites à domicile. Si les conditions sont remplies, le nouvel installé bénéficiera très vite du développement du nombre de ses patients, qu'il lui appartiendra de fidéliser. Les investissements indispensables pourront être réalisés au fur et à mesure de l'extension de la clientèle et du perfectionnement indispensable de l'intéressé : développement des compétences, acquisition de spécialités (densitométrie, échographie, rhumatologie interventionnelle, pratique des ondes de choc, etc.). Bien entendu, l'appartenance d'un praticien à un service hospitalier spécialisé constitue pour un cabinet de groupe un indéniable avantage. ■

Dr Michel Bodin

RESPONSABILITÉ CIVILE (d'après la présentation du Dr Paul-Hubert Benamou, avec Celtique Courtage)

La réforme du statut des médecins implique des obligations accrues pour celui-ci : devoir d'information, de conseil, de vigilance et de coordination des soins. L'assurance responsabilité civile (RC) professionnelle est obligatoire pour les praticiens libéraux. Avec la loi du 04/03/2002, il existe une obligation légale d'assurance en RC professionnelle, mise à la charge de tous les professionnels de santé.

• **La responsabilité civile** : c'est une obligation légale de réparer le dommage qu'une personne physique ou morale a causé à autrui. Elle est articulée autour de plusieurs garanties :
- la responsabilité civile exploitation ;
- la responsabilité civile employeur ou faute inexcusable ;
- la responsabilité civile professionnelle.

• **La responsabilité civile exploitation :** cette dernière couvre les risques encourus à l'égard des tiers en dehors de votre prestation elle-même. Le préjudice doit provenir d'un fait lié à la vie courante du cabinet. Le dommage causé n'a donc rien à voir avec la profession exercée, les prestations délivrées ou les produits vendus par l'assuré. Ce volet de l'assurance RC entreprise couvre également la société en cas d'accident du travail d'un salarié résultant de la faute inexcusable de l'employeur. C'est le pot de fleur que la secrétaire fait tomber par mégarde du 1er étage et qui blesse un passant, d'où le surnom de « RC pot de fleur » donné par les assureurs à la RC exploitation.

• **La responsabilité civile employeur :** en cas de préjudice subi par l'un de vos collaborateurs dans l'exercice de ses fonctions, vous bénéficiez de la garantie « réparation de la faute inexcusable », si celle-ci est reconnue comme telle. Les cotisations dues au titre de sanction aux caisses de sécurité sociale sont remboursées. « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. »

• **La responsabilité civile professionnelle :** elle est subordonnée à l'existence des 3 éléments suivants :
- Obligation de moyens et faute : les professionnels de santé sont, en principe, seulement tenus d'une obligation de moyens, en raison de la part de risque liée aux actes de prévention, de diagnostic ou de soins dont la réussite ne peut être assurée. Ils ne sont responsables des conséquences dommageables de ces actes qu'en cas de faute. Comme toute responsabilité contractuelle, la responsabilité des professionnels de santé est subordonnée à l'existence de 3 éléments : une faute (soit un manquement aux devoirs généraux, soit une faute technique commise lors de la mise en œuvre des soins), un préjudice (peut être physique, moral ou économique, peut aussi être subi par les tiers, c'est-à-dire les membres de l'entourage, victimes par ricochet du dommage subi par le patient), ou un lien de causalité (la faute doit avoir contribué de façon directe à la production du dommage dont la réparation est demandée).

Il y a 3 niveaux d'action pour la RC médicale :
- Niveau pécuniaire : il s'agit de la RC ou administrative. L'objectif est d'obtenir une compensation financière à un préjudice subi.
- Niveau pénal, lorsque la faute reprochée constitue une infraction. L'objectif est de voir l'auteur de l'infraction condamné à une peine d'amende et/ou de prison.
- Niveau disciplinaire, le conseil de l'Ordre pouvant sanctionner un praticien pour une faute professionnelle.

• **Choix du tribunal pour la RC professionnelle médicale :**
S'il a été soigné en libéral (c'est-à-dire en cabinet ou en clinique), le malade peut rechercher la RC du praticien devant les juridictions de l'ordre judiciaire (tribunal de grande instance ou tribunal d'instance, cour d'appel, cour de cassation). En revanche, s'il a été soigné à l'hôpital public ou dans un service public de santé, c'est la responsabilité administrative de l'établissement qui pourra être recherchée (sauf faute détachable de la fonction), devant les juridictions de l'ordre administratif (tribunal administratif, cour administrative d'appel, Conseil d'État). Il existe des plafonds de garanties obligatoires pour la RC professionnelle.

SINISTRES AYANT DONNÉ LIEU À DES INDEMNISATIONS

En 2012, les 1 373 rhumatologues assurés à la MACSF ont adressé 31 déclarations (30 en exercice libéral et 1 en exercice salarié), soit une sinistralité de 3 % en exercice libéral : 1 procédure pénale, 7 procédures civiles, 8 plaintes ordinales, 9 réclamations et 6 saisines d'une CCI.

• **Répartition des sinistres :** infiltration (14), diagnostic (7), prise en charge (5), expertise (2), divers (3). La protection juridique est un complément indispensable au contrat de RC. Cette garantie permet à un assuré d'être représenté et défendu par son assurance dans une procédure de justice qui l'oppose à un tiers. L'assurance défend et représente l'assuré devant la justice dans 2 types de situations :
- soit l'assuré demande réparation auprès d'un tiers pour un

préjudice qu'il estime avoir subi ;
- soit l'assuré doit se défendre, car un tiers estime avoir subi un dommage dont il est responsable.
La garantie prend en charge les honoraires de l'avocat, les frais d'expertise, les frais de procédure.
À noter : l'assuré peut choisir librement son avocat. Il n'est pas obligé d'opter pour celui proposé par son assurance. ■

Dr Michel Bodin

LA PROTECTION SOCIALE (d'après la présentation du Dr Éric Senbel, avec Celtique Courtage)

• Des chiffres

Quelles indemnités vais-je percevoir avec la CARMF ?
Le délai de carence est de 90 jours, la durée de versement de 3 ans au maximum : mise en invalidité d'office après 3 ans d'inactivité. Le montant des indemnités journalières est de :
- Classe A : 63,73 €/j (revenus < 1 PASS)
- Classe B : 95,60 €/j (revenus compris entre 1 PASS et 3 PASS)
- Classe C : 127,46 €/j (revenus > 3 PASS)

Versement jusqu'à l'âge légal du départ à la retraite (62 ans), avec montant minimum de 14 044 € à 23 408 € en fonction du nombre d'années de cotisation et du revenu. La pension est majorée de 10 % si 3 enfants à charge et, pour le conjoint, la majoration est de 35 %. La rente forfaitaire par enfant à charge jusqu'à 25 ans si poursuite d'étude est de 6 520 €/an.
Capital-décès : 40 000 € à condition d'être marié. Rente du conjoint survivant jusqu'à 60 ans : 6 230 € à 12 474 €. Rente orphelin jusqu'à 25 ans si poursuite d'étude : 7 344 €/an. Si orphelin de père et de mère : 9 147 €/an. Pour les médecins hospitaliers, les chiffres sont différents.

• Architecture d'un contrat de prévoyance individuelle

1. Les garanties en cas d'« invalidité permanente ».
2. Les garanties en cas d'« incapacité temporaire de travail ».
3. Les garanties en cas de « décès ».

• L'invalidité permanente : la moins normée des garanties

- La « fuite » temporaire des revenus consécutive à une maladie ou un accident peut devenir définitive avec l'aggravation de l'état de santé.
- La définition de l'invalidité ressort des stipulations contractuelles, d'où des évaluations à forte variabilité.
- Les garanties « invalidité » souscrites peuvent se révéler décevantes pour les professionnels de santé pour lesquels le moindre problème physiologique ou psychique peut avoir des conséquences professionnelles fortes.

• Barèmes d'indemnisation

Il existe 3 méthodes d'évaluation du taux d'invalidité.
La caractéristique « partielle » ou « totale » dépend du taux d'invalidité, lui-même déterminé après expertise médicale et/ou d'après le barème prévu au contrat.

1. Le barème fonctionnel est celui du code de la sécurité sociale, établi sur la base des accidents du travail, et venant se croiser avec un barème professionnel diminuant le taux global.

2. Le barème fonctionnel « spécifique » à votre spécialité est beaucoup mieux adapté, car il s'appuie sur une augmentation des taux (ex : perte d'un œil, 60 % selon la profession, altération de l'acuité visuelle de 10 à 30 %). Inconvénient : il ne prend en compte que les données strictes de l'expertise.

3. Le barème professionnel : il définit l'invalidité en fonction du retentissement de l'incapacité consécutive au sinistre sur l'exercice de l'activité professionnelle, en tenant compte des conditions de l'activité antérieure, des capacités résiduelles et des possibilités d'aménagement. Il prend donc en compte l'incapacité à exercer sa profession en faisant abstraction des possibilités d'en exercer une autre.

• Évaluation du taux d'invalidité

Le taux global d'invalidité résulte de l'application d'un tableau croisé, tenant compte de l'invalidité fonctionnelle **et** de l'invalidité professionnelle.

• Évaluation du taux d'invalidité sans pondération

- Le taux d'invalidité doit être déterminé en fonction de l'incapacité professionnelle.
- Il doit être apprécié en fonction de la diminution de l'aptitude de l'assuré à l'exercice de son activité professionnelle, et son évaluation ne doit pas tenir compte de sa capacité restante à exercer une autre profession ni de ses possibilités éventuelles de reclassement professionnel.
- **Important :** cette même exigence doit accompagner la souscription du contrat d'assurance de prêt.

• Détermination du taux d'indemnisation

Les formules de calcul à retenir peuvent être particulièrement « piégeuses ». Formules de calcul (T = taux d'invalidité = 33 %) :
- T/66 : vous toucherez 50 % de l'indemnité souscrite
- T/100 : vous toucherez 33 % de l'indemnité souscrite
- (T-33)/33 : vous ne toucherez aucune indemnité

Conclusion : T/66 de rigueur.

• Capital invalidité : quel avantage ?

Créer les conditions financières qui permettront aux professionnels qui le désirent de prévoir une reconversion professionnelle et redonner une existence décente à certains confrères et à leurs conjoints qui se sentiraient à nouveau valorisés au sein de notre société. Le taux d'invalidité ouvrant droit au service du capital, il doit être déterminé selon des critères exclusivement professionnels.

• Affections du psychisme et affections discovertébrales : critères restrictifs

Des exclusions courantes existent dans les contrats de prévoyance, concernant les maladies non objectivables que sont, notamment, les affections discovertébrales et les affections du psychisme. À défaut d'être exclues, elles sont prises en charge si elles occasionnent une hospitalisation ou si elles sont parfaitement objectivables.
Ces affections doivent être indemnisées sans condition sous peine

de dénaturer l'objet même du contrat de prévoyance.

• L'incapacité temporaire de travail : dispositions à maîtriser pour disposer d'une réelle garantie

- Cette garantie s'applique-t-elle uniquement si l'on est dans l'incapacité d'exercer **« sa profession »** ou bien s'applique-t-elle également à une incapacité d'exercer **« toutes les professions »** ? Il s'agit en effet d'une question de première importance puisqu'on parle là de la condition de mise en jeu de la garantie. Les termes du contrat sont importants.

- La franchise maladie : la plupart des contrats prévoient des franchises en cas de maladie de 7, 15 ou 30 jours, voire beaucoup plus.

- La franchise hospitalisation : en général, elle est de 3 à 4 jours pour un bon contrat de prévoyance. Souvent, le contrat prévoit une indemnisation en cas d'hospitalisation supérieure à 3 jours consécutifs. Attention, certaines compagnies indemnisent pendant la durée d'hospitalisation – en fonction de la franchise prévue en cas d'hospitalisation – puis cessent l'indemnisation à la sortie de l'hôpital. L'indemnisation reprend le jour où la franchise maladie est épuisée.

- La franchise accident : en général, elle est de 0 à 3 jours pour un bon contrat de prévoyance. Attention, plus la franchise maladie est courte, plus la cotisation est forte.

- Maintien de la prestation en cas de reprise partielle d'activité : le professionnel admis à reprendre son activité professionnelle à temps partiel doit continuer de recevoir de son régime facultatif de prévoyance une prestation. Une seule préoccupation : aider financièrement l'assuré à renouer progressivement avec son environnement professionnel. Vérifier que les conditions du maintien de la prestation ne sont pas restrictives.

- L'arrêt de travail en cas de maternité : les conséquences de la grossesse et de ses suites ne peuvent pas être couvertes pendant les 6 semaines avant la date de terme et les 8 semaines après l'accouchement (congé légal).

- Couverture des charges fixes : si l'arrêt de travail temporaire entraîne une perte de revenus, le règlement des frais fixes n'en demeure pas moins, à l'évidence, une réalité. Les frais d'exploitation supplémentaires liés à l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré peuvent également être pris en charge, et notamment le coût d'un remplacement dans la fonction. La plupart des contrats prévoient des franchises en cas de maladie de 7, 15 ou 30 jours pour cette garantie. Il est important de bien choisir sa franchise en fonction de sa trésorerie disponible.

- Modes d'indemnisation : forfaitaire ou indemnitaire ? Les prestations versées sont régies selon 2 principes : les modes forfaitaire (le montant versé est fixé à l'adhésion et est indiqué dans les conditions particulières du contrat) et indemnitaire (le montant versé vient compléter la différence entre la perte de revenu de l'assuré et les prestations versées par son régime obligatoire). Le mode forfaitaire devient indispensable dès lors qu'un indépendant a des fluctuations dans ses revenus.

- Des exclusions courantes existent concernant les maladies non objectivables : maladies cervicodorsolombaires et affections psychologiques/psychiques. Si ces exclusions peuvent être parfaitement justifiées pour maintenir l'assurance à un coût accessible, elles doivent néanmoins être suffisamment ciblées pour que les formes objectivables de ces pathologies donnent toujours lieu à indemnisation.

• Le risque de décès : garanties en capital et sous forme de rentes

Le patrimoine de l'assuré « risque » d'être insuffisant au jour de son décès pour assurer à ses proches (conjoint, enfants…) des conditions de vie acceptables. Il doit donc souscrire aux conditions d'une assurance de qualité en cas de décès. La création de ce patrimoine en attente d'affectation permet aussi d'élaborer une stratégie destinée à optimiser la jouissance attendue de la possession d'un patrimoine. Les besoins de l'assuré se répartissent schématiquement de la manière suivante : couverture temporaire et/ou viagère ou prestations sous forme de rentes, viagères ou temporaires, et/ou en capital.

- Garanties en cas de décès

Rente de conjoint : création d'un flux temporaire ou viager de revenu servi au conjoint en cas de décès de l'assuré. Rente éducation : versement d'une rente permettant de financer la poursuite des études des enfants. Capital-décès : en cas de décès de l'assuré, le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

• Exclusions toutes garanties confondues : la liste des exclusions contractuelles est primordiale à analyser, au regard de la situation personnelle de l'assuré. Certaines peuvent s'avérer très pénalisantes : exclusion de la pratique d'un sport pratiqué par exemple. ■

Dr Michel Bodin

GESTION DU PATRIMOINE (d'après la présentation du Dr J.-Y. Louboutin et de Me C. Jacquet, avec AG2R La Mondiale)

L'exemple choisi est celui d'une famille théorique composée d'un médecin de 57 ans, de sa compagne de 51 ans, de leurs 3 enfants (de 24 à 30 ans) et de 2 petits-enfants de 1 et 3 ans. Le médecin dispose d'un patrimoine de 1 610 000 € ; sa compagne, qui n'a pas d'activité professionnelle, dispose de valeurs mobilières pour une somme de 50 000 €. Les revenus du médecin sont d'environ 158 000 € annuels, ceux de sa compagne de 2 500 €.

L'évolution de leur patrimoine va se faire différemment selon leur statut de vie commune :

• S'ils sont en union libre, ils sont considérés comme étrangers l'un à l'autre, ils n'ont ni droit ni devoir l'un envers l'autre. En ce qui concerne l'impôt sur le revenu, ils disposent de 2 foyers fiscaux distincts, mais d'un foyer fiscal unique pour l'ISF. Si la femme décède, ses enfants hériteront directement, en bénéficiant chacun d'une franchise de 100 000 €. Si le médecin décède, son patrimoine sera divisé en 3 et chaque enfant devra payer des droits de succession à hauteur de 15,93 % de l'actif ; s'il lègue son patrimoine à sa compagne, comme ils sont étrangers l'un à l'autre, elle devra s'acquitter

des droits à hauteur de 60 % du montant successoral.

• Si un PACS a été conclu, il existe une obligation de cohabitation et d'assistance, et au décès de l'un des 2, le survivant n'est pas héritier de plein droit. Il bénéficie d'un droit d'usage et d'habitation pour une durée de 1 an dans la résidence principale du couple. Sur le plan fiscal, le foyer fiscal est unique pour l'impôt sur le revenu et l'ISF. Si un testament a été établi, le survivant est exonéré de droits de mutation. Il ne peut cependant être légué plus de la quotité disponible, sachant que celle-ci, pour le cas qui nous occupe, est de ¼ des biens, les enfants dans leur totalité devant bénéficier des ¾. Au décès des parents, les enfants devront s'acquitter de droits à hauteur de 12,11 % de l'actif.

• En cas de mariage, le statut matrimonial doit être déterminé ; dans plus de 80 % des cas, le mariage est réalisé sans rédaction d'un contrat, soit la communauté réduite aux acquêts. Chaque époux dispose de ses biens propres, et des biens acquis au cours de la vie conjugale. On peut également se marier sous le régime de la séparation des biens, chaque époux disposant de son propre patrimoine. Sous ce régime, en cas de donation entre époux, celle-ci est irrévocable. Il peut exister également des contrats de séparation de biens avec participation communautaire aux acquêts, lorsque ceux-ci seront financés par le seul fruit du travail. Si l'un des deux époux s'est enrichi davantage, il doit verser une compensation à son époux. Ce régime est relativement récent puisqu'il n'a été mis en œuvre qu'en 1965. À l'opposé, existe le régime de la communauté universelle, par lequel les époux mettent tout en commun. En cas de décès, le survivant peut être usufruitier de toute la succession, soit hériter de ¼ en toute propriété, ce qui a pour inconvénient l'établissement d'une indivision avec les enfants. Le conjoint survivant bénéficie d'un droit d'usage et d'habitation à vie. En cas de testament, il peut être prévu que le conjoint survivant dispose de la quotité disponible spéciale entre époux, à savoir ¼ en pleine propriété et ¾ en usufruit, sur la résidence principale seulement. En cas de décès des parents, les enfants devront s'acquitter de droits de mutation à hauteur de 4,84 % du patrimoine familial.

Depuis 1965, les régimes matrimoniaux, qui avant cette date ne pouvaient être modifiés, peuvent subir des changements. Avant cette date, la seule possibilité était alors de divorcer et de se remarier… Depuis le 1er janvier 2007, les parents sans enfants ou avec enfants majeurs consentants peuvent modifier leur contrat de mariage par acte notarié, sans obligation, comme auparavant, de passer devant un juge. Une fois passée la période de risque que peut constituer le mariage à ses débuts, les époux peuvent opter pour un régime de communauté universelle avec un avantage matrimonial. Par ailleurs, existent des variantes : exclusion de certains biens (si communauté universelle), ou ajout d'une communauté d'acquêts (séparation de biens). Les changements de régime ont pour but un rééquilibrage du patrimoine avant le transfert aux enfants. ■ *Dr Michel Bodin*

ÉVOLUTION DE L'INFORMATIQUE MÉDICALE (d'après la présentation du Dr Luc Sulimovic, avec HelloDoc)

De nombreux progrès dans le domaine informatique sont susceptibles de faciliter grandement l'exercice médical, et notamment les liens entre le cabinet médical et les services sociaux. Il existe notamment un certain nombre de téléservices. L'avis d'arrêt de travail intégré (AATi) simplifie les démarches administratives, assure la sécurité du transfert des données, accélère le traitement du dossier et l'enregistrement de l'arrêt de travail dans celui-ci. La procédure est relativement simple et peut être rapidement assimilée. Les avantages sont les mêmes pour la déclaration de médecins traitants intégrés (DMTi), qui autorise des démarches administratives facilitées et une diminution du risque d'erreurs de transmission. L'historique des remboursements (HRi), classé par type de soins, donne aux praticiens la possibilité de mémoriser les soins reçus par son patient, qu'il s'agisse de consultations ou d'hospitalisations. Le système HelloDoc témoigne des médicaments prescrits par un autre praticien et évite ainsi toute possibilité d'interaction médicamenteuse, car celle-ci sera systématiquement signalée. Ce système conduit également à l'établissement de véritables passerelles entre le cabinet du praticien et le système d'information des établissements de soins (hôpitaux ou cliniques) : échange de documents médicaux, comptes rendus, ordonnances, formulaires, iconographie. Il peut ainsi s'établir une synchronisation uni- ou bidirectionnelle, avec l'établissement d'un dossier médical personnel (DMP) complet et constamment tenu à jour.

L'existence d'un logiciel de messagerie sécurisée permet de recevoir de plusieurs façons les résultats de laboratoire, les documents médicaux, selon le format logiciel choisi (Apicrypt, par exemple), de les transférer à différents destinataires et de faire parvenir des e-mails chiffrés. Les documents sont alors directement transférés dans la boîte de réception HelloDoc.

Le système de tiers payant reste aujourd'hui dépendant du flux historique SESAM-Vitale, même si un système de flux simultané est en cours de développement depuis mars 2005. Quatre cas peuvent être rencontrés lors de l'élaboration d'une feuille de soins : pas de tiers payant (le patient règle la totalité de l'acte, et c'est lui qui sera remboursé), tiers payant AMO (assurance maladie obligatoire) (le tiers payant est appliqué sur la sécurité sociale, le médecin sera remboursé de cette part, le patient règle la part complémentaire, sauf en cas de prise en charge à 100 %), tiers payant AMC (assurance maladie complémentaire) (le tiers payant n'est appliqué que sur la part complémentaire ; le médecin sera remboursé de cette part et le patient règle la part obligatoire), tiers payant AMO+AMC (cela signifie que l'on applique le tiers payant sur la totalité de la feuille de soins, et c'est le médecin qui est remboursé dans son intégralité).

Le système HelloDoc est en mesure de gérer l'ensemble de ces différentes options. ■ *Dr Michel Bodin*