

Basse-Normandie

🌐 : <http://www.urml-bn.org>

✉ : info@urml-bn.org

P. 1

Le médecin effecteur de la PDS n'est pas un collaborateur occasionnel de service public !

P. 2 et 3

**Couverture santé collective
Une obligation à compter du
1^{er} janvier 2016**

P. 4

**Résilier mon contrat
d'assurance. Oui mais à
quel moment ?**

ACTUALITÉS

Le médecin effecteur de la PDS n'est pas un collaborateur occasionnel de service public !

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait adopté, lors de l'examen du projet de loi de financement pour la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012, un amendement visant à accorder aux médecins régulateurs et effecteurs qui participent à la permanence des soins une couverture assurantielle fournie par l'établissement public de santé hébergeant la régulation médicale des appels. Cet amendement a été jugé irrecevable en raison de ses conséquences financières. **Voici une décision de la Cour de cassation qui confirme que les actes de diagnostic et de soins d'un médecin libéral qui intervient à la demande d'un régulateur du SAMU engagent sa responsabilité personnelle.**



➡ **Les faits.** En l'espèce, un médecin libéral de permanence est sollicité par le régulateur du SAMU pour intervenir au domicile d'une patiente, dans la nuit du 10 au 11 juin 2000. Le médecin diagnostique une symptomatologie douloureuse liée à une névralgie cervico-brachiale et lui administre un traitement anti-inflammatoire et antalgique, avant de la laisser au repos à son domicile. Des examens ultérieurs révèlent que la patiente était victime d'un infarctus du myocarde. Cette dernière recherche alors la responsabilité du médecin devant le juge judiciaire.

➡ **La décision.** La cour d'appel se déclare incompétente au profit de la juridiction administrative : le comportement reproché au praticien, en tant que collaborateur occasionnel du service public, constitue une faute de service qui entraîne la responsabilité de la personne publique, sauf faute détachable du service. La Cour de cassation censure cet arrêt puisqu'elle considère que **la permanence des soins constitue une mission de service public qui se limite uniquement à l'organisation de régulation des appels de patients et de leur accès à un médecin libéral de permanence.**

👉 Il en résulte que « **si la permanence des soins constitue une mission de service public, les actes de diagnostic et de soins réalisés par un médecin d'exercice libéral lors de son service de garde engagent sa responsabilité personnelle, même lorsque son intervention a été sollicitée par le centre de réception et de régulation des appels du SAMU** » (Cass. 1^{ère} civ., 4 février 2015, n°14-10.337).

A RETENIR. Les actes de diagnostic et de soins réalisés par un médecin libéral, à l'occasion d'un service de garde en lien avec le SAMU, engagent sa responsabilité personnelle.

❖ La réforme en quelques lignes

Force est de constater que tous les citoyens n'ont pas accès à une complémentaire santé ou y ont accès de manière inégale. La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi⁽¹⁾ prévoit la **généralisation de la couverture santé obligatoire pour l'ensemble des salariés des entreprises du secteur privé et ce, au plus tard, le 1^{er} janvier 2016.**

Au-delà de cette date, une entreprise ne proposant pas de mutuelle collective à ses salariés sera en infraction. Les professionnels de santé libéraux en tant qu'employeurs sont concernés par ces nouvelles dispositions. Quelles sont les implications concrètes pour votre cabinet médical ?

Complémentaire santé collective

Une complémentaire santé collective est un contrat tripartite auquel le cabinet médical souscrit, auprès d'un organisme assureur, pour le ou les salariés de son cabinet médical.



La loi encadre la couverture minimale obligatoire de cette complémentaire santé qui doit, au minimum, couvrir :

- 100% du ticket modérateur,
- 100% du forfait journalier d'hospitalisation,
- 125% de la base des remboursements de prothèses dentaires
- 100€/an de forfait optique.

❖ Mes obligations pour être en conformité

Phase 1. Ce sont les partenaires sociaux qui négocient la mise en place de la mutuelle : votre cabinet médical relève de la convention collective des cabinets médicaux.

Phase 2. À défaut d'accord, vous serez tenu de mettre en place une couverture minimale par décision unilatérale.

A ce jour, aucun accord n'a été signé en raison d'un retard dans la parution des décrets d'application définissant notamment le « contrat responsable » et le « panier de soins » (cf. page 3). Dès lors, **deux possibilités** s'offrent à vous :

- **souscrire dès à présent une couverture santé collective et donc anticiper votre obligation**

De nombreuses sociétés proposent d'ores et déjà des contrats collectifs conformes à la couverture minimale de garanties et au cadre juridique du contrat responsable.

Attention ! Négociez la possibilité d'ajuster le contrat souscrit dès la signature d'un accord postérieur à votre adhésion.

- **attendre un éventuel accord**

...en respectant toutefois la date du 1^{er} janvier 2016. Anticipez cette date en demandant préalablement des devis.

❖ Participation au financement et coût

A compter du 1^{er} janvier, la réforme prévoit **une participation employeur d'au moins 50%** de la cotisation de la couverture santé obligatoire. Le financement sera donc souvent réparti à 50% sur le salarié et à 50% pour l'entreprise. Le coût varie selon le nombre de salariés et la qualité de la couverture.

Notre conseil. Contactez votre expert-comptable pour la mise en place de votre complémentaire santé obligatoire.

❖ Les avantages fiscaux et sociaux

Vos contributions au financement de cette complémentaire peuvent bénéficier d'un régime fiscal et social avantageux si vous instaurez un contrat qui présente les 4 caractéristiques suivantes :

1. Un contrat collectif

Le contrat est mis en place pour l'ensemble de vos salariés qui doivent être couverts ou recevoir une proposition de couverture.

2. Un contrat obligatoire

L'adhésion de vos salariés au contrat mis en place dans votre cabinet médical est obligatoire. **Existe-t-il des situations pour lesquelles un salarié peut être dispensé de couverture ?**

Oui, notamment si votre salarié :

- bénéficie déjà d'une assurance individuelle. Il peut alors obtenir une dispense jusqu'à l'échéance de son contrat.

- bénéficie déjà de la complémentaire santé obligatoire de son conjoint, par exemple, en tant qu'ayant droit. Il doit vous transmettre une demande écrite de refus d'adhésion à la complémentaire du cabinet médical.

- effectue un temps partiel au sein de votre cabinet. Dans le cadre d'employeurs multiples, il peut refuser d'adhérer à votre complémentaire s'il bénéficie d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi.

Le salarié doit impérativement remplir une demande de dispense. Ce document doit indiquer qu'il a été préalablement informé, par vos soins, des conséquences de son choix.

Veillez à conserver tous les justificatifs de dispense en cas de contrôle URSSAF !

3. Un contrat solidaire

Aucune formalité médicale n'est exigée au moment de l'adhésion.

4. Un contrat responsable

Ce contrat prévoit notamment des prises en charge minimales et maximales de garanties afin d'inciter au parcours de soins coordonné. Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2015, **les garanties des « contrats responsables »** couvrent à titre obligatoire :

➤ **l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur)** pour, notamment, les postes de soins suivants :

- ✚ les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé y compris ceux relatifs à la prévention ;
- ✚ les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ;
- ✚ les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale.

Attention ! La prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et les préparations homéopathiques.

➤ **l'intégralité du forfait journalier à l'hôpital sans limite de durée.**

Les garanties du contrat peuvent en outre prévoir **une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les honoraires, les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.**

En pratique, **vos contributions seront déductibles et, dans une certaine limite, exonérées de cotisations sociales.** Les contributions patronales demeurent néanmoins assujetties à la CSG-CRDS.

➔ A tout moment pour mes assurances hors activités professionnelles

Les conditions. Depuis la loi de consommation dite « loi Hamon »⁽²⁾, vous pouvez résilier vos contrats et adhésions tacitement reconductibles et ce, dès leur premier anniversaire.

Cette possibilité :

- n'entraîne ni frais ni pénalités,
- concerne les contrats d'assurance automobile, les multirisques habitations ou encore les assurances liées à des biens et des services (ex : assurances de téléphones portables),
- ne s'applique pas aux contrats d'assurance santé ou aux mutuelles,
- est ouverte aux contrats conclus à partir du 1^{er} janvier 2015 et ceux en cours à cette date, dès lors qu'ils ont un an d'existence.

La prise d'effet. La résiliation du contrat prend effet **1 mois après votre demande** auprès de l'assureur concerné. Vous pourrez également obtenir le remboursement de la partie de la cotisation non couverte suite à votre résiliation.

Quid des assurances obligatoires ? Dans le cadre d'une assurance responsabilité civile automobile, par exemple, le nouvel assureur effectue la demande de résiliation à votre place et garantit la continuité de votre couverture entre votre ancienne et votre nouvelle assurance.



➔ Et pour mes assurances professionnelles ?

La loi de consommation ne s'applique pas aux contrats et adhésions qui couvrent vos activités professionnelles. Si vous souhaitez résilier votre contrat d'assurance renouvelable par tacite reconduction, vous devez respecter un **délai de préavis minimum de 2 mois avant la date anniversaire, par lettre RAR.**

Nora Boughriet, Docteur en droit, avril 2015

Sources juridiques

(1) Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, JO n°0138 du 16 juin 2013 p. 9958

(2) Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, JO n°0065 du 18 mars 2014 p. 5400

INFO'MED-LIB

Un service pour toute question juridique liée à
votre exercice professionnel

✉ info@urml-bn.org

☎ 02 31 34 21 76

[Retrouvez deux nouvelles fiches juridiques sur notre site internet : www.urml-bn.org](http://www.urml-bn.org)

F38. Les mentions obligatoires du contrat de travail

F39. Les documents de fin de contrat

URPS ML Basse-Normandie, 7 rue du 11 novembre 14 000 Caen. Tél. 02 31 34 21 76

JURIDIC'MED-LIB n° 13. Mars – avril 2015 / Supplément du bulletin de l'URML Basse-Normandie

Mise en ligne sur le site : www.urml-bn.org

Directeur de la publication : Docteur Antoine LEVENEUR

Conception, rédaction et mise en page : JURIDIC'ACCESS - Nora Boughriet, Docteur en droit

Crédit photos : Fotolia

Cette lettre juridique a pour objet de délivrer des informations juridiques générales qui ne peuvent remplacer une étude juridique personnalisée. Ces informations ne sauraient engager la responsabilité de l'URPS ML Basse-Normandie ni celle de l'auteur de la lettre.