

COORDINATION DES ASSOCIATIONS ET RESEAUX DE SOINS GENERAUX
DES INFIRMIERS LIBERAUX DES ALPES MARITIMES.

Coordination A.R.G.I.L. 06

PRESENTATION DE
L'EXERCICE LIBERAL
INFIRMIER



PRESENTATION DE L'EXERCICE LIBERAL INFIRMIER

SOMMAIRE

A/ MODALITES D'INSCRIPTION EN LIBERAL.	1
I. Conditions d'installation	1
II. Inscription à la DDASS	1
III. Ouverture d'un compte bancaire	1
IV. Inscription à la C.P.AM	1
V. Inscription à l'U.R.S.S.A.F.	2
VI. Inscription à la C.A.R.P.I.M.K.O.	2
VII. Souscription d'une R.C.P.	3
VIII. Inscriptions recommandées	3
B/ LE TRAVAIL EN LIBERAL.	4
I. Les Horaires	4
II. Les Soins	4
III. Les lieux d'exercice	6
IV. Le matériel de travail	6
C/ LES CHARGES PROFESSIONNELLES ET SOCIALES	8
I. L'URSSAF	8
II. La CARPIMKO	8
III. La Taxe Professionnelle	9
IV. L'impôt sur le revenu	10
V. Les frais de fonctionnement	10
VI. Les cotisations volontaires	10
D/ AVANTAGES ET INCONVENIENTS SERVICE ORGANISE / LIBERAL ...	11
I. Le travail	11
II. Les à-côtés	13
E/ LES DIFFERENTS CONTRATS D'ASSOCIATION.	15
I. L'accord tacite ou moral	15
II. Notion de « droit de présentation à la clientèle »	15
III. Clause de « non réinstallation dans le secteur d'exercice »	15
IV. Le Contrat de collaboration	16
V. La société civile de moyens (SCM) et la société de fait (SDF)	16
VI. La société civile professionnelle	16
F/ LES MODES DE PAIEMENT EN LIBERAL.	17
I. Le paiement direct	17
II. Le paiement différé	17
III. Le tiers payant	18
IV. La télétransmission	18
G/ EXEMPLE DE COMPTABILITE EN LIBERAL.	19
I. Les impayés	19
II. Fiche client	19
III. Un cahier de comptabilité : recettes – dépenses	20
IV. Un trieur pour les documents reçus	20
V. Démarches à suivre pour l'envoi et la réception d'un dossier	20
VI. Démarches à suivre pour un paiement direct	20
VII. Les Frais	20

A/ MODALITES D'INSCRIPTION EN LIBERAL.

I. Conditions d'installation :

Depuis 1993, l'installation en tant qu'infirmier libéral est soumise à une condition : avoir travaillé durant les six années précédentes, au moins trois ans en « service organisé » (sous la responsabilité directe d'un cadre infirmier ou d'un médecin (hôpital, clinique, HAD, SSIAD...))

II. Inscription à la DDASS :

Adresse : pour Nice, centre administratif, route de Grenoble, bâtiment Audibergue, bureau 545.

Documents :

- Diplôme
- Attestations de travail en service organisé (fiches de paye)
- Carte d'identité
- Carte d'immatriculation à la sécurité sociale
- Carte professionnelle d'infirmier

Demander un enregistrement du changement de statut :
passage de salarié à libéral ou remplaçant.

III. Ouverture d'un compte bancaire :

N'importe quelle banque peut convenir, en particulier une dont vous êtes déjà client, toutefois, certaines offrent plus d'avantages aux clients professionnels que d'autres (frais de gestion, crédits ...).

Documents :

- Diplôme ou carte professionnelle (si besoin)
- Attestation sur l'honneur de non-endettement
- Justificatif de l'adresse professionnelle (quittance EDF, loyer, téléphone ...).

Demander :

- Ouverture d'un compte
- L'envoi d'avis de virement à chaque rentrée d'argent (facilite la comptabilité)
- Un relevé de compte tous les 10 ou 15 jours (idem)
- Un chéquier, le plus rapidement possible
- Une carte bleue, selon vos préférences (plus facile pour une utilisation courante et maximale).
- Une dizaine de R.I.B (au cas, des photocopies)

IV. Inscription à la C.P.A.M (affiliation et conventionnement) :

Le conventionnement n'est pas obligatoire, mais il est la condition nécessaire au remboursement intégral des prestations de l'infirmier à ses patients et à la prise en charge personnelle de l'infirmier par le régime général de sécurité sociale.

Adresse : pour Nice, CPAM Pessicart, 48 Av. Roi Robert, Bâtiment Léger, service affiliation professions de santé, Tel : 04.92.09.40.73.

Documents :

- Carte professionnelle d'infirmier (visée par la DDASS pour changement d'activité)
- R.I.B du compte professionnel et du compte personnel
- Carte d'assuré social

Demander :

- Son numéro ADELI d'inscription à la CPAM
- Un exemplaire de la convention nationale des infirmiers
- Un exemplaire de la nomenclature des actes infirmiers
- Un dossier d'utilisation du paiement différé
- Un catalogue des imprimés
- Un annuaire de la CPAM
- Des feuilles de soins : soit nominatives, paquet de 100 à revenir chercher ou à se faire envoyer,
soit vierges, à prendre à l'économat
- Des imprimés de paiement différé et d'ententes préalables (+ enveloppes), à prendre à l'économat.
- Un dossier d'inscription à l'U.R.S.S.A.F.

V. Inscription à l'U.R.S.S.A.F. (Sécurité sociale, Allocations familiales, fond de formation continue) :

Adresse : pour Nice : 152 Av. de la Californie, 06 200 Nice

Documents : L'imprimé de « déclaration de début ou de reprise d'activité », à porter sur place ou à envoyer en recommandé.

Vous recevrez :

- Un imprimé d'identification de personne physique
- Un numéro d'affiliation en tant que travailleur indépendant (n° SIREN)

VI. Inscription à la C.A.R.P.I.M.K.O. (caisse de retraite) :

Adresse : 6 place Charles de Gaulle, St Quentin Yvelines, 78 882 cedex

Demander :

- L'envoi d'un dossier d'inscription (en recommandé, dans un délai de 2 mois)
- Préciser si vous êtes âgé de moins de 26 ans (réductions)

Vous recevrez :

- Un dossier d'inscription
- Un numéro d'affiliation
- Un mémento de l'adhérent
- Un premier appel de cotisation

Renvoyer :

- Le dossier d'inscription rempli
- Une photocopie recto-verso du diplôme
- La cotisation

VII. Souscription d'une R.C.P. (Responsabilité Civile et Professionnelle)

Chez tout courtier ou bureau d'assurance, certains ont des contrats spécialisés pour les professions de santé, certaines associations professionnelles proposent des contrats de groupe. Préciser le début d'activité, cela peut donner droit à des réductions.

VIII. Inscriptions recommandées :

Association agréée : organisme de contrôle de la comptabilité, permet des réductions d'impôt.

Comptable : permet une comptabilité et des démarches administratives vérifiées et simplifiées.

Assurance indemnités journalières, car un professionnel libéral n'a pas droit à indemnisation en cas de maladie ou d'accident du travail.

Complémentaire retraite : soit par l'intermédiaire de la CARPIMKO, soit d'une société d'assurance privée.

Syndicats et associations professionnelles : pour être informé de tout ce qui concerne la profession, être représenté et (peut-être) entendu par les autorités de tutelle.

Magazines professionnels : pour se tenir informé de l'actualité professionnelle.

B/ LE TRAVAIL EN LIBERAL.

III. Les Horaires :

Ils varient en fonction des soins pris en charge, de l'organisation du cabinet et des périodes de l'année, mais en moyenne, ce peut être :

- Le matin de 7 h à 12 h 30 – 13 h,
- Le soir de 16 h à 20 h 30 – 21 h.

IV. Les Soins :

Un infirmier libéral est libre d'accepter ou de refuser certains types de soins s'ils ne l'intéressent pas, ainsi certains ne font pas de soins de nursing, de perfusions, de prises de sang, etc.

1. Les séances de soins infirmiers :

Ce sont les actes du rôle propre : nursing, prévention, éducation, surveillance...

La nature des soins de nursing dépend du degrés de dépendance du patient et de l'équipement disponible dans l'appartement :

- Toilette au lit,
- Toilette assis : au bord du lit, sur une chaise, dans la chambre ou la salle de bain...
- Douche : debout ou assis, sur un tabouret ou un siège de bain,
- Shampoing, au lit, au lavabo, à la douche...
- Change de couche, accompagnement aux toilettes, petite toilette,
- Aide à la mobilisation, au lever, au coucher, installation adéquate à l'état du patient,
- Préventions d'escarre,
- Soins des mains et des pieds (ongles, durillons...)

Les soins de surveillance, de prévention et d'éducation comprennent :

- La prévention thromboembolique et dermique non médicamenteuse : bas et bandes de contention, crèmes, etc.
- La surveillance des constantes (pouls, tension, température ...) et l'adaptation si nécessaire des traitements, sur protocole médical, etc.

Leur fréquence varie, elle aussi en fonction de la dépendance du patient. La convention nationale permet jusqu'à 4 séances (environ ½ heure chacune, côtés AIS 3) par jour, que l'on peut répartir et regrouper par 2 selon les besoins :

- | | |
|--|---------------------|
| - 3 ou 4 passages d'une séance, tous les jours | 4 AIS 3 |
| - 2 passages de une séance et un passage de deux séances | 2 AIS 3 + 1 AIS 3+3 |
| - 2 fois 2 séances tous les jours | 2 AIS 3+3 |
| - 2 séances le matin, une séance le soir | 1 AIS 3+3 + 1 AIS 3 |
| - 2 séances le matin | 1 AIS 3+3 |
| - 1 séance matin et soir | 2 AIS 3 |
| - 1 séance par jour | 1 AIS 3 |
| - 1 ou 2 séances 2,3 ou 4 fois par semaine... | |

Toutes les combinaisons sont possibles et modifiables,

Une dérogation peut-être demandée au-delà de 4 séances par jour.

La facturation des AIS et des actes techniques (AMI) ne sont pas cumulables, sauf exceptions (pansement, soins spécialisés, précisés dans la nomenclature des actes professionnels)

2. Les Injections :

Tous les types d'injection peuvent se trouver en libéral :

- Intramusculaires,
- Intraveineuses directes ou indirectes (tubulure de perfusions, cathéter),
- Sous-cutanées,
- Sur site implantable (cathéter péritonéal, rachidien, intraveineux ou artériel)

Les produits : tous les injectables peuvent être rencontrés :

- Classiques : Anticoagulants, Insulines, Antibiotiques, Anti-inflammatoires, Corticoïdes,
- Spécifiques : Antimitotiques, Antiviraux, désensibilisations,
- « Naturels » : vitamines, oligo-éléments, phytothérapie, homéopathie ...

Même si certaines présentations sont réservées aux services hospitaliers et aux communautés, elles peuvent être délivrées par les pharmacies hospitalières pour un usage à domicile.

3. Les perfusions :

Elles sont rares, mais la prise en charge de patients lourds entraîne souvent, un jour ou l'autre, des perfusions. Par ailleurs, certains infirmiers libéraux se battent actuellement pour augmenter la prise en charge de soins techniques lourds à domicile.

Il peut s'agir de perfusions :

- Intraveineuses périphériques, avec cathéter veineux ou aiguille épicroténienne, suivant la durée de perfusion prévue,
- Sous-cutanée, surtout en cas de réhydratation, cela évite une surveillance constante qui est difficile en libéral,
- Par voie centrale : cathéter ou chambre implantable.

4. Les prises de sang :

En collaboration avec des laboratoires d'analyse médicale, pour sa propre clientèle ou pour tous les clients du laboratoire.

5. Les pansements :

Toutes les plaies peuvent se trouver en libéral et donc tous les types de pansements :

- Cicatrice chirurgicale simple,
- Méchage sur abcès, fistule, perte de substance, cicatrice mal fermée,
- Ulcères de toutes tailles (2 à 100 cm² et plus),
- Escarres à tous les stades,
- Soins de broches,
- Brûlures,
- Cathéters,
- Stomies ...

6. Soins divers :

Aérosols, soins et pose de sonde urinaire, de sonde gastrique, alimentation entérale, lavages de sinus, extractions de fécalome ...

7. Soins nécessitant une spécialisation :

Ils sont rares, du fait que peu d'infirmiers souhaitent les faire et ont du temps disponible à y consacrer, pourtant, de même que pour les perfusions, certains se battent pour que leur capacité professionnelle à pratiquer ces soins spécialisés soit reconnue.

Il s'agit surtout de : Chimiothérapie,
 - Dialyse péritonéale,
 - Traitement de la douleur ...

V. Les lieux d'exercice :**1. Le domicile :**

C'est le principal lieu d'exercice, le domicile des patients dont les soins ou l'état de santé ne nécessitent pas une hospitalisation ou un placement en établissement de soins.

2. Le cabinet :

Un cabinet de soins est obligatoire depuis 1993, il permet l'accueil pendant des horaires d'ouverture ou sur rendez-vous de patients qui peuvent se déplacer, c'est un peu l'équivalent des anciens dispensaires.

3. Les établissements de soins :

Ce sont des maisons de repos ou de retraite, des foyers logement, etc. où l'infirmier intervient à titre privé, sans être salarié. Selon la convention, un infirmier libéral devrait avoir au moins 30 % de sa clientèle à domicile, mais certains ont la quasi totalité de leur clientèle en établissement.

VI. Le matériel de travail :**1. Un local :**

Un cabinet est obligatoire depuis 1993, il doit être composé au minimum de :

- Une salle d'attente,
- Une salle de soins avec plan de travail, fauteuil ou banquette,
- Un point d'eau,

Il est bien également d'avoir des WC, une réserve de matériel séparée et un réfrigérateur pour certains produits.

2. Un véhicule :

Une voiture pas trop grande, maniable et facile à garer, diesel pour une zone rurale ou une tournée étendue. Pour un quartier résidentiel ou en centre ville, un deux roues est idéal, surtout dans les grandes villes et dans le sud de la France.

3. Des seringues :

Les plus utilisées sont les 5 ml (50%), mais il faut également des 2 ml (25%) et des 10 ml (25%). Quelques 20 ml et 1 ml peuvent être utiles.

4. Des aiguilles :

Les plus utilisées sont les intramusculaires (50%), mais également des trocarts pour les préparations (30%), des intraveineuses (10%) et des sous-cutanées (10%).
Quelques cathéters intraveineux et aiguilles épicrâniennes peuvent également servir.

5. Un nécessaire à pansement :

- 5 à 10 boîtes à pansement en aluminium anodisé, avec 2 pinces, des ciseaux, éventuellement une curette ou une canule à irrigation et un porte lame,
- Des produits de décontamination,
- Un stérilisateur (poupinel, four...).

- Ou des sets à pansement jetables.

6. Du matériel divers :

- Une sacoche style sac photo ou vanity pour les seringues, aiguilles, coton, alcool, désinfectant, micropore, garrot, ciseaux...
- Un pied à perfusion et un aérosol (peuvent être loués par le patient en pharmacie),
- Un ou deux tensiomètres (cabinet et véhicule),
- Une réserve d'alcool et de coton,
- Une réserve de produits désinfectants, compresses, bandes, pansements et adhésifs,
- Quelques produits injectables d'avance, si besoin...

C/ LES CHARGES PROFESSIONNELLES ET SOCIALES :

Les calculs suivants sont tous basés sur les résultats moyens de la profession en 2000, selon une association de gestion agréée, donnant :

- 360 000 F de recette moyenne par an,
- 110 000 F de frais professionnels,
- 50 000 F de charges sociales personnelles,
- Il reste donc 200 000 F de bénéfices imposables (55 %), (17 000 F de revenu mensuel net).
- Aux quels il convient de déduire 35 000 F d'impôts sur le revenu (selon situation personnelle).

En début d'activité, les charges sont forfaitaires, donc en général plus basses que de coutume, et réajustées à partir de la troisième année d'exercice.

Il faut donc penser lors d'une nouvelle installation à mettre de côté les sommes correspondantes.

Les bases de calcul suivantes sont susceptibles d'être modifiées, ce sont celles de l'année 2001, calculées sur les revenus de 1999.

I. L'URSSAF :

Les cotisations sont à échéance trimestrielle, soumises à condition de conventionnement, calculées sur les « revenus d'activité » (recettes – frais professionnels, hors cotisations obligatoires) de deux ans auparavant et réajustées d'année en année, ce qui peut apporter d'importantes fluctuations, sans variation égale de revenus. (une année normale, une année haute, une année basse...)

Les 2 premières années sont forfaitaires puis réajustées par la suite : 1/3 du montant du plafond de la sécurité sociale la première année, 1/2 la seconde année, au réel +/- réajustement la troisième année.

Les bases de calcul sont :

1. Cotisation d'assurance maladie :

à régler en une fois, le 31 mai.

0.10% de la base retenue pour le calcul + 10% de cette cotisation.

Ex : pour 250 000 F de base retenue, 250 F (0.1% de 250 000) +25 F (10% de 250) = 275 F.

2. Cotisation allocations familiales, CSG et RDS :

à régler trimestriellement les 15 février, mai, août et novembre.

CAF : 5.4 % de la base retenue, CSG-RDS : 9.1 % de la base retenue.

Ex : pour 250 000 F, CAF = 13 500 F + CSG-RDS = 22 750 F, total 36 250 F, soit 9062.50 F par trimestre, +/- la régulation des années précédentes..

3. Cotisation fond de formation professionnelle :

Cette cotisation est fixe, (265 F pour l'an 2001), due pour le 15 février.

II. La CARPIMKO

La cotisation est là aussi forfaitaire les deux premières années (1/3 du plafond annuel de cotisation de la sécurité sociale l'année d'installation, 1/2 l'année suivante), puis au prorata des revenus.

Les cotisations sont dues pour le 31 mars et le 30 septembre, sans rappel pour la seconde échéance.

Depuis 1996, son calcul inclus un régime complémentaire proportionnel aux revenus.

La base de calcul est comme pour l'URSSAF, le « revenu d'activité ».

La cotisation comporte :

D.GUILLON pour : -le projet ARGIL (Coordination des Associations et Réseaux de soins Généraux des Infirmiers Libéraux)

1. Régime de base :

Une cotisation forfaitaire, réévaluée tous les ans, de 9760 F en 2001

Une cotisation proportionnelle de 1.4 % du revenu d'activité, plafonnés à 897 000 F en 2001

2. Régime complémentaire :

Une cotisation forfaitaire, réévaluée tous les ans, de 3792 F en 2001

Une cotisation proportionnelle de 3% des revenus compris entre deux plafonds, l'un inférieur (165 600 F en 2001) et l'autre supérieur (513 200 F en 2001).

3. Régime des praticiens conventionnés :

Une cotisation fixe, proportionnelle aux tarifs professionnels, de 488 F en 2001

4. Régime invalidité-décès :

Une cotisation fixe, réévaluée tous les ans, de 3616 F en 2001

Ex : pour 200 000 F :	Régime de base :	9 760 F + 3 500 F (fixe + 1.4% de 250 000)
	Régime complémentaire	+ 3 792 F + 2 532 F (fixe + 3% de 84 400)
	Régime conventionné	+ 488 F
	Régime invalidité-décès	+ 3616 F
	TOTAL	= 23 688 F, soit 2 fois 11 844 F

III. La Taxe Professionnelle :

La taxe professionnelle est, elle aussi, calculée sur les revenus de deux années auparavant, par contre il n'y a pas de forfait pour les premières années, elle n'est due qu'à partir de la troisième année d'exercice et redevable durant les deux années faisant suite à une cessation d'activité. Elle est calculée suivant des critères nationaux et des taux propres à chaque région, département et commune. Elle se substitue à la taxe d'habitation des résidences d'habitation..

Basée sur les chiffres de 2 ans auparavant, elle inclut :

La valeur locative foncière des locaux professionnels

18 % des salaires ou 10% des recettes

des minorations et des abattements pour création d'emploi, investissement ...

Chaque commune, département et région bénéficient d'une part de cotisation proportionnelle à la base de calcul, ce taux est d'environ 20 à 35 % de la base de calcul, soit en moyenne pour un infirmier de 15 000 F par an.

Certains secteurs difficiles sont exonérés de taxe professionnelle : zones de réhabilitation urbaine, zones franches ...

La taxe est due pour le 15 décembre, mais au-delà de 10 000 F de taxe l'année précédente, un acompte est demandé pour le 31 mai.

IV. L'impôt sur le revenu :

L'impôt sur le revenu est calculé suivant les chiffres de l'année précédente. Il est variable en fonction de la totalité des ressources du foyer, du nombre de personnes à charge et de la situation familiale.

En général, l'on dit que pour un salarié touchant entre 6 et 15 000 F net par mois, l'impôt sur le revenu est égal à 1 mois ou 1 mois ½ de revenus nets (10 %).

Les tranches d'imposition augmentent de quelques pour-cent, à chaque tranche de revenu net annuel, pouvant monter jusqu'à 60 % et baissent de quelques pour-cent à chaque personne à charge supplémentaire.

Pour un couple « classique » dont l'un est infirmier libéral « dans la moyenne », l'autre salarié « moyen », n'ayant que cette source de revenus et avec 2 enfants à charge, l'impôt sur le revenu se monte à environ 35 000 F par an.

V. Les frais de fonctionnement :

Il s'agit :

- Des frais du cabinet : loyer, charges, électricité, téléphone, matériel médical et d'entretien ...
- Des frais d'informatisation : ordinateur, programme informatique, contrat d'entretien ...
- Des frais de véhicule : crédit ou leasing, assurance, entretien, essence, stationnement ...
- Des frais de gestion : frais bancaires, association de gestion, comptable

Ces dépenses s'évaluent en moyenne à :

- 1500 à 2000 F mensuels de frais de cabinet, soit 12 à 24 000 F annuels
- 3000 à 5000 F par an d'informatique (durée de vie d'un ordinateur 4 ans)
- 70 000 F par an de frais de véhicule et de déplacement (durée de vie d'un véhicule 4 ans)
- 10 000 F par an de frais de gestion

VI. Les cotisations volontaires :

Il peut s'agir :

- de retraite complémentaire (500 à 1000 F par mois, 6 à 12 000 F par an),
- d'assurance indemnités journalières (200 à 500 F par mois, 2400 à 6000 F par an),
- de complémentaire santé (200 à 500 F par mois, 2400 à 6000 F par an),
- de cotisation associative ou syndicale (200 à 1200 F par an),
- d'abonnement professionnel ...

D/ AVANTAGES ET INCONVENIENTS SERVICE ORGANISE / LIBERAL.

Ceci n'est qu'une généralité, le choix de chaque cabinet concernant l'organisation du travail peut faire changer radicalement certains points abordés.

Cet exposé ne se veut pas un apitoiement sur le libéral, mais une mise en garde pour ceux que l'aventure tenterait, sur les risques et les difficultés de cette forme d'exercice.

I. Le travail :

1. Les horaires :

En service, un temps plein correspond à 39 heures de travail hebdomadaire, bientôt 35, réparties en journées de 8 ou 12 heures, avec 2 jours de repos obligatoires par semaine.

En libéral, c'est parfois un travail seul, le plus souvent du 10 à 12 heures par jour, tous les jours, mais un cabinet de groupe peut se permettre d'établir un planning alternant des journées complètes, des demi-journées et des jours de repos, comme un service.

2. Les soins :

En service, l'IDE exécute surtout des actes techniques (rôle délégué) tels que injections, pansements, perfusions, distribution des médicaments, surveillance des constantes, etc.

En libéral, il peut y avoir en plus des soins de nursing.
Et suivant le choix de travail, uniquement des soins techniques (parfois plus légers qu'en service) ou uniquement des soins de nursing.
Il est également possible de se spécialiser dans les chimiothérapies, les dialyses péritonéales, les soins aux diabétiques ou aux malades du S.I.D.A. ...

3. Les pathologies :

En service, il y a souvent une spécialisation involontaire dans les pathologies et les thérapeutiques du service.

En libéral, toutes les fonctions de l'organisme peuvent être traitées, avec une légère prédominance pour la neurologie, l'infectieux, la dermatologie, la traumatologie et la rhumatologie. Si les connaissances y sont plus étendues, il arrive par contre qu'elle soient moins précises. Comme précédemment, rien n'empêche de se spécialiser dans une pathologie.

4. Le matériel :

En service, on dispose de pratiquement tous les produits et tout le matériel (matelas, potence, plateau à pansement...) à volonté ou sur simple commande. Toutefois, le choix est limité aux « marchés » de la pharmacie centrale.

En libéral, à moins de se constituer une réserve personnelle, mais quand même limitée, il faut attendre ou demander la visite du médecin pour qu'il veuille bien prescrire le nécessaire. Une bonne entente avec les médecins et pharmaciens permet toutefois de se faire avancer du matériel si besoin et les visites de certains représentants médicaux permettent d'essayer de tous nouveaux produits bien avant les services organisés.

5. L'entourage professionnel :

En service, il y a toujours à proximité un médecin, un(e) autre IDE ou un(e) aide-soignant(e), en cas de besoin ou de problème. Mais il y a une équipe et une hiérarchie à « supporter ».

En libéral, on est livré à soi-même, seul face aux problèmes, le médecin n'est pas toujours joignable, ni compétent et les collègues sont absents ou chez d'autres clients. Mais on est libre, son propre patron, à égalité avec ses collègues et considéré comme complémentaire, voire égal par certains médecins.

6. Le dossier du patient :

En service il y a un dossier médical, un dossier de soins, l'équipe...

En libéral, on sait ce que le patient dit ou croit avoir compris, on devine d'après les traitements et les signes apparents ce dont le patient souffre, mais il n'y a aucune information officielle à la sortie de l'hospitalisation ou de la consultation, pas de lettre à l'IDE comme c'est le cas pour le médecin traitant et rarement un partage de l'information de la part de celui-ci. Il arrive même que l'IDE habituel soit ignoré et court-circuité lors du retour à domicile.

Des groupes de travail tentent de faire adopter des fiches de liaison ville-hôpital, des fiches d'identification des intervenants à domicile et en service, des dossiers partagés au sein de réseaux spécialisés sur Internet ... L'avenir devrait voir les choses s'améliorer sur ce plan.

7. Les relations soignant / soigné :

En service, il y a un vécu agressif de l'hospitalisation, la relation est ponctuelle et limitée dans le temps, mais elle peut être chaleureuse quand même. Il faut parfois supporter un patient difficile, on peut parfois envoyer un autre collègue, mais pas toujours. La satisfaction du patient n'est pas le problème majeur, seule l'efficacité compte.

En libéral, le vécu est plus facile, on voit les clients tous les jours, toute l'année ou régulièrement, pendant des années. Il s'installe une confiance, une espèce d'amitié, on se connaît, on discute. On a parfois l'impression d'être presque de la famille. Le patient devient client et donc il faut essayer de la satisfaire, sinon il va ailleurs. On peut aussi refuser ou arrêter un client en cas d'incompatibilité et l'envoyer à un collègue.

II. Les à-côtés :

1. L'installation :

En service, on est simplement engagé, il n'y a qu'à travailler.

En libéral, il faut payer :

Le loyer ou l'achat d'un local, un fond de commerce, un droit au bail,

Le matériel de base,

L'achat ou la « location » (rétrocession) d'une clientèle, ou créer un cabinet et attendre de faire sa propre clientèle.

2. La vie de famille :

En service, une fois le travail terminé, on rentre chez soi.

En libéral :

On peut toujours être appelé en urgence, un nouveau client, un problème,

Il reste à faire les papiers et la comptabilité, car si on n'envoie pas de dossier, on n'est pas payé,

Il reste aussi la répartition du travail et les transmissions pour le lendemain si on travaille à plusieurs et l'établissement des plannings si besoin.

Toute cette charge administrative n'est pas facturable, donc prise sur le temps libre.

Cela correspond en moyenne à $\frac{3}{4}$ d'heure par jour de travail ou une après-midi par semaine.

3. Les vacances :

En service, il y a 5 semaines de congés payés et bien souvent des récupérations et des « bonifications » en plus.

En libéral :

Si on est seul, il faut trouver un remplaçant, on n'est pas sûr qu'il conviendra et que certains clients n'iront pas voir ailleurs.

A plusieurs, il est possible de s'arranger, mais cela signifie travailler plus pour ceux qui restent. Il est aussi possible de prendre un remplaçant.

Les congés ne sont pas payés et représentent une perte sèche de revenus

4. Les avantages sociaux :

(sécurité sociale, congés maladie, maternité, accident de travail ...)

En service, cela fait partie de la couverture sociale des salariés, il y a indemnités journalières, l'emploi est préservé, on n'a pas à se soucier du remplacement.

En libéral, on bénéficie d'un régime particulier de sécurité sociale, mais tout le reste n'existe pas :

Il est difficile de s'arrêter du jour au lendemain, en urgence, il faut d'abord trouver un remplaçant.

Il n'y a pas d'indemnités journalières, à moins de prendre une assurance privée.

Depuis le 31 mars 1996, une allocation pour congé maternité est accordée pour 60 jours (30 avant et 30 après l'accouchement), elle est de 222.16 F/j, soit 6665.00 F/ mois.

5. Les formations continues :

En service, elles sont obligatoires, gratuites et prises sur le temps de travail, les déplacements sont indemnisés.

En libéral, il y a un fond de formation à payer (obligatoire), mais certaines formations restent payantes, seules quelques places sont indemnisées (forfait de 742.50F / jour) pour perte d'activité. La palette des formations prises en charge est assez restreinte et pas toujours intéressante ni à proximité. De plus, cela équivaut souvent à prendre un congé et se faire remplacer ou prendre sur ses jours de repos.

6. Les frais :

En service, tout est déduit du salaire brut : sécurité sociale, allocations familiales, retraite, CSG, RDS, formations... Il ne reste que les impôts à payer (10% du revenu).

En libéral, il y a les mêmes choses, mais à payer soi-même, plus les frais généraux (loyer, véhicule, essence, matériel ...), soit environ 30% du revenu brut et environ 15% d'impôts, soit 45% du revenu brut qui s'en va.

7. Les revenus :

En service, en moyenne 8 à 10 000 francs par mois, plus le 13^e mois et les congés payés.

En libéral, il y a une limitation de 18 à 23 000 coefficients d'actes par an, soit un maximum de 30 à 40 000 francs brut par mois, donc 15 à 20 000 francs nets d'impôts par mois.

18 000 coefficients représentent environ 40 heures par semaine (6 à 9 coefficients horaires) et 23 000 actes 50 heures par semaine.

Une semaine de congés est soit une semaine sans gain, soit une semaine à payer au remplaçant, dans les deux cas, c'est une perte financière.

E/ LES DIFFERENTS CONTRATS D'ASSOCIATION.

Il existe différents types d'associations professionnelles et d'exercices en groupe, cet exposé ne donne que quelques vagues notions de ces associations, de plus amples renseignements peuvent être demandés au bureau du syndicat ou à un conseiller juridique.

I. L'accord tacite ou moral :

Il est possible pour plusieurs professionnels de travailler ensemble, avec des locaux communs, (possédés ou loués par l'un des « collaborateur »), des moyens et du matériel commun, une clientèle commune, sans pour autant que des accords aient été écrits, signés et enregistrés, sans qu'il n'y ait jamais de problème. Toutefois, cela relève souvent d'accords juridiquement et conventionnellement pas très légaux et pouvant porter à préjudice.

Donner un cadre juridique à une association ou une collaboration permet de légaliser les accords financiers et de donner des garanties à toutes les parties en cas de litige.

II. Notion de « droit de présentation à la clientèle » :

Cela concerne le remplacement d'un associé quittant une SCP, SDF ou SCM ou le rajout d'un nouvel associé à une structure déjà existante.

Tous les associés doivent au préalable être d'accord sur le choix du « nouveau venu », et les critères de sélection, cela afin de garantir une bonne entente et la préservation de l'image du cabinet. Cette clause est à spécifier dans tout contrat.

De même, il est prudent de faire préciser qu'en cas de x refus ou de décès de l'un des membres, les associés s'engagent à racheter eux-mêmes le droit de présentation.

La clientèle n'est pas une propriété à proprement parler, pourtant, elle représente une valeur marchande virtuelle : le revenu qu'elle est susceptible d'engendrer.

C'est la constitution et la fidélisation de cette clientèle qu'il transmet qu'un infirmier est en droit de se voir indemnisée par son successeur ou un nouvel associé.

En échange, l'infirmier s'engage à présenter le « nouvel associé » à toute sa clientèle, sans restriction et à demander aux clients de faire appel à ses services comme ils l'auraient fait avec lui.

Le calcul de l'indemnité correspond en général à la moyenne des honoraires bruts des trois dernières années : $(A_{n-1} + A_{n-2} + A_{n-3}) / 3$, mais dans le contexte de pénurie professionnelle actuel, la tendance est aujourd'hui plutôt à la baisse, allant jusqu'à seulement 35 à 40 % de ces honoraires bruts.

III. Clause de « non réinstallation dans le secteur d'exercice » :

Cette clause permet de garantir aux collaborateurs restants en place et au collaborateur s'étant acquitté du droit de présentation que l'infirmier qui s'est séparé du groupe ne vas pas se réinstaller au coin de la rue le lendemain et ainsi continuer de prodiguer des soins à son ancienne clientèle, tout en ayant touché son indemnisation pour « droit de présentation ».

Cette clause stipule en général une distance à respecter (1 à 5 kilomètres) et la durée de cette obligation (3 à 5 ans).

IV. Le Contrat de collaboration :

C'est le moins contraignant des contrats, mais également le moins sécurisant.

Il s'agit d'un contrat de mise à disposition de tout ou partie des locaux et/ou de la clientèle, par un infirmier « titulaire » à un ou plusieurs collaborateurs.

En contrepartie un « loyer » correspondant à une participation aux frais du cabinet (loyer, charges, EDF, éventuellement Télécom, matériel ...) est versé au titulaire.

En cas de mise à disposition de la clientèle, un pourcentage sur les honoraires encaissés peut être prévu dans le contrat..

V. La société civile de moyens (SCM) et la société de fait (SDF):

Ce sont les solutions qui allient le mieux flexibilité et sécurité.

Il s'agit de mettre en commun des outils de travail : locaux, matériel, services (EDF, Telecom, Assurances...), de partager les dépenses relatives à l'exercice professionnel, tout en laissant à chacun une clientèle, une charge de travail et des honoraires indépendants.

Cela n'empêche pas de partager également une même clientèle (SDF), mais chaque infirmier facture et encaisse ses propres prestations. Dans ce cas, il est prudent d'inclure une clause concernant la clientèle du cabinet et une réinstallation sur le secteur en cas de départ de l'un des associés, sinon chaque infirmier pourrait essayer de garder toute la clientèle et se réinstaller à quelques mètres.

En cas de départ ou de cessation d'activité de l'un des associés, il est courant d'inclure dans le contrat une clause qui prévoit que les associés ont le droit de refuser le ou les successeurs présentés. Dans ce cas, ils doivent eux même racheter les parts de l'associé qui veut s'en aller mais il ne peut leur être demandé de « droit de présentation de la clientèle » si cela n'a pas été prévu.

VI. La société civile professionnelle :

C'est la plus sûre des solutions, mais également la plus rigide et la plus contraignante.

Il s'agit de mettre en commun les moyens matériels, la clientèle, mais aussi la facturation des honoraires. C'est la SCP qui règle les différents frais du cabinet (chaque associé reste indépendant pour ce qui est des charges sociales et de l'impôt sur le revenu, par contre la taxe professionnelle et l'adhésions à une association de gestion agréée sont communes) et les bénéfices restants sont ensuite partagés en fonction de critères prédéterminés tenant compte du temps de travail, de la charge de travail et de l'apport de base dans la société de chacun des associés.

<p>Dans tous les cas, il convient de bien étudier chaque clause, chaque calcul de répartition des dépenses, comme des bénéfices, afin que ce contrat soit le plus équitable et le plus sûr possible.</p>

F/ LES MODES DE PAIEMENT EN LIBERAL.

I. Le paiement direct :

C'est la personne soignée qui règle directement les soins à l'infirmier, cela se pratique :
quand le patient n'a pas de mutuelle ou de 100%,
pour certaines mutuelles qui ne pratiquent pas le tiers payant (avance des frais du ticket modérateur),
normalement pour des séries de moins de 10 actes, pour lesquels la caisse n'est pas obligée de faire
l'avance (accord dans la convention nationale).

L'infirmier remplit les feuilles de soins et les donne au patient qui se fera rembourser par sa caisse
d'assurance maladie et sa mutuelle.

II. Le paiement différé :

1. Définition :

C'est la prise en charge et le paiement à 100 %, directement au professionnel de santé, par
la caisse d'assurance maladie. Il faut pour cela que le patient se trouve dans l'une des conditions
spécifiques régies par le code de la sécurité sociale. L'infirmier n'est pas obligé de pratiquer ce
mode de paiement, mais les clients l'apprécient, surtout qu'il s'agit souvent de grosses sommes
d'argent.

2. Le 100 % ALD :

Il concerne les affections figurants sur la liste des 30 Affections Longue Durée. Cette prise
en charge est accordée par le médecin conseil de la caisse pour en général 6 ans, renouvelables sur
demande du médecin traitant. Les soins pris en charge ne doivent concerner que l'affection
désignée et être prescrits sur la première partie d'une ordonnance bi-zone délivrée par la caisse.

3. Le 100 % invalidité :

Il est attribué sur décision du médecin conseil, à vie, suite à une invalidité grave et
permanente et couvre toutes les dépenses de santé de l'assuré. L'ordonnance est normale, le 100%
est indiqué sur la carte de sécurité sociale.

4. Le 100 % accident de travail :

Il concerne les soins relatifs à un accident de travail. La mention « AT du ... » doit figurer
sur l'ordonnance et la feuille de soins.

5. Le 100 % « Kc supérieur à 50 » :

Il concerne les soins en suite opératoire, suite à une intervention chirurgicale cotée au
minimum Kc 50. La mention « Kc sup. à 50 » doit figurer sur l'ordonnance et la feuille de soins.

6. Cas particuliers :

Certaines périodes de la vie ou certains traitements donnent droit à une prise en charge à 100 % :
 les 5 derniers mois d'une grossesse et les soins en suite de couche,
 Le traitement de la stérilité.

7. Comment pratiquer le paiement différé :

- Faire remplir (ou juste signer) par l'assuré un nombre suffisant de feuilles de soins,
- Faire remplir un imprimé de paiement différé délivré par la CPAM,
- Envoyer le dossier de soins rempli à la caisse à la fin des soins, en mentionnant sur les feuilles (colonne paiement) : « paiement différé ».
- En général, le dossier est réglé sous 10 jours.

III. Le tiers payant :**1. Définition :**

C'est le paiement des soins par les mutuelles ou assurances santé qui prennent en charge le règlement direct des soins aux professionnels. Toutes les mutuelles et assurances ne le pratiquent pas et l'infirmier est en droit de demander le règlement direct des soins par le patient.

2. Comment pratiquer le tiers payant :

- Faire remplir ou signer des feuilles de soins,
- Remplir un bordereau de tiers payant spécifique à la mutuelle en question, si besoin.
- Envoyer le dossier à la mutuelle après avoir mentionné dans la colonne paiement « tiers payant ».
- Le dossier est payé après 15 jours à 3 mois, suivant les mutuelles.

IV. La télétransmission :**1. Définition :**

C'est la transmission télématique des dossiers de soins, de l'ordinateur ou du minitel du professionnel à l'ordinateur de la caisse. Ce support vise à terme à supprimer le support papier de la facturation des dossiers de soins. Toutefois, le double support est encore nécessaire aujourd'hui.

2. Ce que cela change à la facturation :

- Il n'est plus nécessaire de faire transiter les tiers payants par les mutuelles, dans la plupart des cas, les dossiers sont transmis à la caisse qui informe les mutuelles des dossiers en instance.
- Les bordereaux individuels par dossier ne sont plus nécessaires, seul un bordereau récapitulatif par lot de télétransmission est nécessaire.
- Le règlement des dossiers devrait être considérablement accéléré : 5 jours ouvrables après émission du flux télématique pour la part sécurité sociale, sous réserve de réception du support papier.

G/ EXEMPLE DE COMPTABILITE EN LIBERAL.

Les programmes informatiques de gestion de cabinet intègrent toutes les fonctions énumérées ci dessous, pourtant il peut être utile de maintenir par sécurité un double de gestion sur support papier. Dans le cas d'un début d'activité, avant de passer à la gestion informatique, la télétransmission et de maîtriser le programme professionnel, l'exemple suivant peut aider à bien démarrer sa gestion et à acquérir de bonnes habitudes.

I. Les impayés :

Il est nécessaire de répertorier les dossiers envoyés en tiers payant et en paiement différé, pour savoir :

- Ce qui est envoyé,
- Ce qui est payé ou reste impayé,
- Pour contrôler d'éventuelles erreurs de remboursement (taux, erreur de calcul...).

Les programmes de gestion professionnelle intègrent directement cette fonction, pourtant, le support papier peut rester une sécurité. Il reste donc possible d'établir un classeur des bordereaux de télétransmission ou en cas de facturation classique, d'établir un « cahier des impayés », par exemple comme celui qui suit :

NOM	SOINS	Somme	Centre / mutuel	Date d'envoi	Date réception
Nom et prénom du patient, Date de naissance	Nom médecin, Date ordonnance, dates des soins Cotation	Sommes dues : part caisse, part mutuelle.	Organisme payeur, Organisme complémentaire.	Date d'envoi du dossier, Date de facturation.	Date réception du bordereau, Date réception du paiement.

II. Fiche client :

Elle sert à mieux identifier les patients, à avoir un suivi ou une historique des soins (fréquence, nature...) et à exercer éventuellement un double contrôle des paiements. Classé par ordre alphabétique, on peut aussi diviser le fichier en deux compartiments : payés et impayés. Dans ce cas, la fiche peut prendre la forme suivante :

NOM ADRESSE N° de sécurité sociale Organismes payeurs, Taux, raison du 100 %...	PRENOM	Date de naissance
Nom du Médecin, date de l'ordonnance Dates des soins (du ... au ...) Cotations, indemnités domicile, dimanche, nuit...		Sommes dues CPAM / Mutuelle Payées le ...et le ...

III. Un cahier de comptabilité : recettes – dépenses :

Il sert à la tenue mensuelle des comptes. Les feuilles de recette et de dépense sont libellées de la même façon et les deux rubriques peuvent être jointes sur une même feuille. Il est conseillé d'utiliser un « manifold autocopiant ».

RECETTES et / ou DEPENSES du mois de ...			
Date	NATURE / LIBELLE	Espèces	Banque
Date des opérations	Nom du patient ou Nature de la dépense (essence, timbres...)	Encaissement ou paiement en espèces	Encaissement ou paiement par chèque ou virement

IV. Un trieur pour les documents reçus :

Que ce soit un classeur, un trieur, des tiroirs...il sert à garder à porté de main les bordereaux de paiement, les avis de virement, les relevés de compte, les factures... en attendant de les contrôler et de les archiver. Il peut comprendre les rubriques suivantes :

- Bordereaux de paiement reçus et contrôlés, en attente de paiement
- Avis de virement ou dépôt de chèque contrôlés et notés (sur comptabilité et chéquier)
- Factures à payer ou payées et notées (sur comptabilité et chéquier)
- Relevés de compte contrôlés...

Tous ces documents sont à classer et archiver régulièrement, au fur et à mesure des paiements et de leurs contrôles, certains sont à transmettre à l'expert comptable (avis, factures, relevés).

V. Démarches à suivre pour l'envoi et la réception d'un dossier :

1. Rédaction du dossier de soins
2. Rédaction de la fiche client
3. Annotation dans les impayés :

Recopier les références du dossier dans le cahier en précisant bien la date d'envoi. Si après 1 mois pour un 100 % et 4 mois pour une mutuelle envoyés de façon classique, 10 jours en télétransmission, il n'y a pas de nouvelles, c'est que le dossier a été « perdu ».

4. Réception du bordereau de paiement :

Pour chaque dossier, l'organisme payeur envoi un bordereau reprenant les coordonnées du patient et des soins, un peu comme une facture.

- Vérifier les soins payés, le taux de remboursement, la somme payée.
- Noter la date du bordereau dans la colonne « reçu » du cahier impayés.
- Ranger le bordereau dans le classeur « documents reçus » en attendant son paiement.
- En cas d'erreur, y mentionner l'erreur et la rectification à apporter, faire une photocopie du bordereau et l'envoyer à l'organisme payeur. Garder toujours l'original.

5. Réception d'un avis de virement ou d'un dépôt de chèque :

- Rechercher le bordereau de paiement correspondant, l'avis ne signale que l'organisme payeur,
- Vérifier la somme,
- Mentionner le paiement sur le cahier ou le bordereau de transmission et la fiche du client,
- Noter le paiement sur le cahier des comptes et le chéquier,
- Archiver le bordereau (obligation légale de le conserver 2 ans)
- Archiver la fiche dans la partie « payée » du fichier, en attente d'un prochain dossier pour ce patient,
- Ranger l'avis de virement ou de dépôt de chèque dans le classeur des « documents reçus », en attendant le relevé de compte.

6. Réception du relevé de comptes :

- Vérifier les crédits et les débits (virements et chèques),
- Archiver la totalité des papiers concernés par cette période du relevé (avis de virements ou de dépôt, factures, feuilles de recettes - dépenses, relevés), en attendant de les fournir à l'expert comptable (pas obligatoire, mais conseillé) ou d'établir le bilan annuel.

VI. Démarches à suivre pour un paiement direct :

Noter tout paiement en espèces ou en chèque par un client sur le cahier des comptes. Les espèces ne doivent pas obligatoirement être déposés sur le compte, mais tout dépôt doit être noté sur le cahier de compte et le chéquier, être vérifié sur le relevé de compte et joint au reste des documents.

7. Les Frais :

Tous les frais relatifs au travail peuvent être réglés à partir du compte professionnel et doivent être notés sur le cahier de comptabilité et être payés avec le chéquier professionnel ou en liquide, ils peuvent englober :

- Papeterie : papiers, stylos, photocopies, fournitures diverses ...
- Entretien : nettoyeurs ménagers, désinfectants, lingettes, sceau, balais ...
- Matériel médical : seringues, aiguilles, coton, alcool, sacoche, tensiomètre ...
- Véhicule : crédit du véhicule, assurance, essence, entretien ...
- Charges sociales : URSSAF, CARPIMKO, taxe professionnelle, mutuelle, assurance indemnités journalières, retraite complémentaire ... mais pas les impôts sur le revenu.
- Frais du local professionnel : mobilier, loyer, charges, électricité, télécommunications, ménage, travaux ...