



LE GUIDE D'INSTALLATION DE LA SAGE-FEMME LIBERALE

2014



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

Madame, Monsieur,

Vous envisagez de vous installer en libéral et ne disposez pas encore d'une documentation complète dans laquelle vous pourriez trouver les réponses aux innombrables questions que vous vous posez naturellement.

Ce guide a été conçu pour vous éclairer sur toutes les formalités préalables à votre installation et ainsi vous aider dans les choix que vous aurez à faire.

Pour cela, a été regroupé l'essentiel des informations nécessaires à votre installation libérale, sous la forme d'un guide pratique qui aborde les différentes étapes de votre installation :

- les démarches préalables à l'installation
- les différents modes d'exercice qui s'offrent à vous
- les grandes lignes de votre protection sociale et de votre fiscalité

Bien évidemment, ce guide n'a pas vocation à être entièrement exhaustif et évoluera au gré des modifications législatives et réglementaires à venir ; il vous accompagnera dans vos démarches et je ne peux que vous inviter à contacter les organismes sociaux compétents et les syndicats professionnels, dont les coordonnées sont précisées à chaque occasion, afin d'obtenir de plus amples informations.

En espérant que ce document vous apportera toutes les informations utiles à votre installation, croyez, Madame, Monsieur, à mes salutations les plus confraternelles.

Marie Josée KELLER

Présidente du Conseil national de
l'Ordre des sages-femmes



LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ABREVIATIONS

- A.R.S** : Agence Régionale de Santé
- B.N.C** : Bénéfices Non-Commerciaux
- C.A.F** : Caisse d'Allocations Familiales
- C.A.R.C.D.S.F** : Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes et des Sages-Femmes
- C.F.E** : Centre de Formalités des Entreprises
- C.F.P** : Contribution à la Formation Professionnelle
- C.N.I.L** : Commission Nationale Informatique et Libertés
- C.P.A.M** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- C.P.S** : Carte de Professionnel de Santé
- C.R.D.S** : Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale
- C.S.G** : Contribution Sociale Généralisée
- D.D.A.S.S** : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
- E.I.R.L** : Entreprise Individuelle à Responsabilité Limitée
- FSE** : Feuille de soins électronique
- J.O** : Journal Officiel
- R.C.P** : Responsabilité Civile Professionnelle
- R.P.P.S** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
- S.C.M** : Société Civile de Moyens
- S.E.L** : Société d'Exercice Libéral
- U.R.C.A.M** : Union régionale des caisses d'assurance maladie
- U.R.P.S.** : Union régionale des professionnels de santé
- U.R.S.S.A.F** : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : CONSTRUIRE VOTRE PROJET D'INSTALLATION

Rappel : les conditions générales d'exercice de la profession de sage-femme en France..... 8

CHAPITRE 1 : LES ETAPES PREALABLES DE VOTRE INSTALLATION LIBERALE

Introduction : la simplification administrative : votre installation facilitée..... 9

Etape 1 : les formalités ordinaires..... 10

Etape 2 : le conventionnement et l'affiliation auprès de l'Assurance maladie (CPAM)..... 12

Etape 3 : l'immatriculation auprès du CFE..... 14

Etape 4 : votre retraite : l'inscription à la CARCDSF 14

Etape 5 : souscription d'une assurance responsabilité civile professionnelle..... 15

Etape 6 : la gestion du cabinet et les obligations déclaratives à la CNIL..... 15

Important : la gestion de votre patrimoine

CHAPITRE 2 : VOUS FAIRE AIDER

Section 1 : obtenir les conseils et renseignements appropriés 19

Section 2 : les aides financières 21

DEUXIEME PARTIE : LES MODES D'EXERCICE LIBERAL DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Rappel : les conditions de cumul d'une activité libérale avec une activité hospitalière publique	23
--	----

CHAPITRE 1 : L'EXERCICE LIBERAL INDIVIDUEL

Introduction : l'absence d'obligation d'avoir un cabinet	25
Section 1 : ouvrir un cabinet libéral	25
Section 2 : la reprise d'un cabinet	34

CHAPITRE 2 : LES GROUPEMENTS D'EXERCICE

Introduction : règles générales applicables aux contrats passés avec une sage-femme.....	37
Section 1 : l'association avec d'autres sages-femmes	37
Section 2 : la société civile de moyens	41
Section 3 : l'association avec d'autres professionnels de santé	44

CHAPITRE 3 : L'EXERCICE COMME REMPLACANTE

Section 1 : conditions légales et réglementaires	48
Section 2 : formalités et obligations.....	48
Section 3 : conditions matérielles du remplacement	50
Section 4 : la protection sociale de la sage-femme remplaçante	50
Section 5 : les restrictions à l'installation après le remplacement	51

CHAPITRE 4 : L'EXERCICE SUR PLUSIEURS SITES DISTINCTS

Section 1 : le dispositif	52
Section 2 : les conditions de délivrance de l'autorisation	52
Section 3 : la procédure de demande d'autorisation	53

CHAPITRE 5 : LE CHOIX CONVENTIONNEL & LES HONORAIRES

Section 1 : le conventionnement avec l'Assurance maladie	54
Section 2 : l'ordonnance.....	57
Section 3 : les honoraires	60

TROISIEME PARTIE : LA PROTECTION SOCIALE ET LA FISCALITE DES SAGES-FEMMES LIBERALES

Introduction : le statut d'auto-entrepreneur	67
--	----

CHAPITRE 1 : VOTRE FISCALITE

Section 1 : le régime de la déclaration contrôlée	68
Section 2 : le régime déclaratif spécial	69
Section 3 : les autres obligations déclaratives à l'administration fiscale	70

CHAPITRE 2 : VOTRE PROTECTION SOCIALE

Section 1 : vos cotisations sociales.....	71
Section 2 : vos prestations sociales	83
contacts utiles.....	88
index	89

Rappel des conditions générales d'exercice de la profession de sage-femme en France

L'exercice de la profession de sage-femme en France est subordonné, d'une part, à des conditions de nationalité et de diplôme et, d'autre part, à l'inscription au tableau de l'Ordre.

Il ne peut être procédé à cette inscription que si la sage-femme remplit ces conditions ou, à défaut, bénéficie d'une autorisation individuelle d'exercice.

En outre, la sage-femme doit :

- satisfaire aux conditions de moralité, d'indépendance, de compétence et ne pas présenter une infirmité ou un état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession ;
- faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.

Les étudiants sages-femmes effectuant leur formation en France peuvent être autorisés sous certaines conditions par le conseil départemental de l'Ordre à exercer la profession de sage-femme en France comme remplaçant.

Enfin, rappelons qu'un ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités de sage-femme dans l'un de ces Etats, peut exécuter en France, de manière temporaire et occasionnelle, des actes de sa profession. L'exécution de ces actes est toutefois subordonnée à une déclaration préalable (obligatoire), accompagnée de pièces justificatives, adressée avant la première prestation de services au Conseil national de l'Ordre.

CHAPITRE 1 : LES ETAPES PREALABLES A VOTRE INSTALLATION LIBERALE

Introduction

La simplification administrative : votre installation facilitée

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes est le guichet unique pour l'enregistrement et le suivi de votre activité professionnelle.

Les formalités nécessaires à votre installation s'en trouvent ainsi facilitées.

Le **RPPS** (répertoire partagé des professionnels de santé) est à la fois une base de données et un système d'échanges qui répertorie l'ensemble des professionnels de santé.

Son objectif : faciliter et fiabiliser le partage d'informations entre les différents organismes chargés de gérer les professionnels de santé (Ordres, caisses d'assurance maladie, ARS, etc.).

Cela se traduit concrètement de deux façons :

- Chaque professionnel de santé est répertorié dans cette base de données sous un numéro RPPS, identifiant unique et attribué à vie.
- Pour chaque professionnel de santé, le RPPS recense un ensemble de données certifiées attestant de son état civil, de ses diplômes, de ses compétences et de ses capacités d'exercice.

Toutes ces informations sont communiquées par la sage-femme à une seule entité : le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, lequel implémente les renseignements indispensables à son exercice professionnel dans le RPPS.

Au côté de la CPAM (Caisse primaire d'Assurance maladie) et de la CARCDSF (caisse de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes), l'Ordre devient ainsi votre seul interlocuteur pour enregistrer votre activité tout au long de votre vie professionnelle.

Le N° RPPS

Votre n° RPPS est l'identifiant qui vous suivra tout au long de votre vie professionnelle, quel que soit votre mode d'exercice : libéral, salarié ou fonctionnaire.

À noter que le n° RPPS remplace le numéro ADELI délivré auparavant par les DDASS.

ETAPE 1 Les formalités ordinaires

L'inscription au tableau de l'Ordre :

● Le principe :

Pour exercer légalement sa profession en France, toute sage-femme doit être inscrite au tableau du conseil de l'Ordre du département de son lieu d'exercice.

Avant même d'exercer, si cela n'est pas encore le cas, il convient donc de demander votre inscription au tableau de l'Ordre des sages-femmes.

Pour obtenir des informations et les documents nécessaires à vos formalités d'inscription, consultez le site Internet du Conseil national
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>.

Une fois effective votre inscription au tableau de l'Ordre des sages-femmes, vous aurez à accomplir d'autres formalités indispensables à l'exercice libéral de la profession.

● Les exceptions :

- Les étudiants sages-femmes :

Les étudiants sages-femmes effectuant leur formation en France peuvent être autorisés par le conseil départemental de l'Ordre à exercer la profession de sage-femme comme remplaçant d'une sage-femme libérale.

Pour obtenir des informations sur la durée de ces autorisations, leur prorogation, les conditions dans lesquelles elles sont délivrées et le niveau d'études exigé, consultez le site Internet du Conseil national à la rubrique "EXERCICE DE LA PROFESSION" puis "Conditions générales d'exercice"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>.

- Les ressortissants de l'UE "prestataires de services" :

Une sage-femme ressortissante d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui est établie et exerce légalement les activités de sage-femme dans l'un de ces Etats, peut exécuter en France, de manière temporaire et occasionnelle, des actes de sa profession. (Ex : une sage-femme établie en Grande-Bretagne souhaite pratiquer un accouchement ou effectuer des séances de préparation à la naissance en France).

L'exécution de ces actes est toutefois subordonnée à une déclaration préalable (obligatoire), accompagnée de pièces justificatives, adressée avant la première prestation de services au Conseil national de l'Ordre.

Le modèle de cette déclaration, les renseignements qu'elle comporte ainsi que la liste des pièces justificatives sont disponibles sur le site Internet du [Conseil national](#), à la rubrique "EXERCICE DE LA PROFESSION" puis "Conditions générales d'exercice"

L'enregistrement de votre diplôme :

L'Ordre procède lui-même, à l'occasion de l'inscription au tableau, à l'enregistrement de votre diplôme d'Etat de sage-femme prévu à l'article L.4113-1 du code de la santé publique.

Cet enregistrement se fait au vu du diplôme, certificat ou titre que vous adresserez au Conseil national ou, à défaut, de l'attestation qui en tient lieu.

Vérification est faite à l'occasion de l'entretien que vous devez avoir avec un représentant du conseil départemental de votre lieu d'inscription.

La procédure d'enregistrement de votre installation libérale :

Tout changement de votre situation doit être adressé au Conseil national de l'Ordre des sages-femmes afin d'intégrer les informations relatives à votre activité dans le RPPS.

L'absence de modification des informations concernant votre installation en libéral bloquera le remboursement des soins que vous dispenserez.

Vos formalités ordinaires seront quelque peu différentes en fonction de votre situation actuelle.

En toute hypothèse, **la première démarche à accomplir est de contacter le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes**, lequel se chargera d'informer votre conseil départemental.

En pratique :

1^{ère} : Vous devez adresser au Conseil national de l'Ordre, après les avoir dûment remplies, dans les meilleurs délais :

1. La « **déclaration d'installation libérale** » ;
2. La « **fiche de changement de situation** ».

2^{ème} : Dès réception de vos formulaires, *sauf dans l'hypothèse où votre installation nécessiterait une autorisation du conseil départemental (cf. 5^{ème} § de la même page)*, **le Conseil national intégrera** les informations déclarées au RPPS et vous adressera votre « **attestation d'installation libérale** », qui vous est nécessaire pour procéder à votre enregistrement auprès de la CPAM.

3^{ème} : Le Conseil national transmettra simultanément **auprès de votre conseil départemental** :

1. La fiche de « **renseignements relatifs à l'installation libérale** » ;
2. La « **fiche d'installation libérale** » qu'il devra retourner au Conseil national en mentionnant sa décision sur cette installation ;
3. Selon votre situation, la demande de radiation puis la demande d'inscription dans votre nouveau département.

Attention ! L'expédition de ces documents au conseil départemental ne présume pas de la légalité et de la conformité de votre installation libérale.

Des formalités particulières sont associées aux différentes situations rencontrées dans votre futur exercice libéral <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

4^{ème} : Le conseil départemental procédera à l'examen des conditions de votre installation.

A cet effet, vous devrez notamment lui communiquer le contrat ou le projet de contrat que vous serez amenée à conclure (contrat d'association, bail professionnel, etc.).

5^{ème} : Le conseil départemental retournera au Conseil national votre fiche d'installation libérale, en précisant ses éventuelles **objections** à votre installation ainsi que, si cela s'avère nécessaire, s'il vous a accordé son **autorisation**.

Dans l'hypothèse où le conseil départemental émettrait une objection à votre installation, celui-ci vous informera par courrier des motifs qui ont justifié cette décision. Dans le même temps, vous serez indiquées les dispositions que vous devrez prendre en vue de mettre votre projet d'installation libérale en conformité avec vos obligations professionnelles.

Dans les cas où une autorisation vous serait nécessaire (cabinet multi-site, installation dans des locaux commerciaux ou dans le même immeuble qu'une autre sage-femme), le conseil départemental vous notifiera par courrier sa décision. En cas de refus, il vous indiquera en outre les éventuelles voies de recours. L'autorisation accordée, le Conseil national intégrera les informations dans le RPPS et vous adressera votre « **attestation d'installation libérale** ».

ETAPE 2

Le conventionnement et l'affiliation auprès de l'Assurance maladie (CPAM)

L'enregistrement de votre activité auprès de l'Assurance maladie permettra à vos patientes de bénéficier des remboursements des soins que vous leur facturerez.

Dans le même temps, vous bénéficierez vous-même d'un régime de protection sociale analogue à celui des salariés (sauf en ce qui concerne les indemnités journalières) et une partie de vos charges sociales seront prises en charge par les caisses d'assurance maladie.

En contrepartie, vous serez tenue de respecter les tarifs conventionnels définis dans le cadre des accords conclus avec les syndicats professionnels.

§1°: L'accès au conventionnement :

Depuis l'entrée en vigueur de l'avenant n°1 du 9 janvier 2012 à la convention nationale des sages-femmes libérales, un dispositif de rééquilibrage de l'offre de soins des sages-femmes sur le territoire national a été mis en place.

Ainsi, en plus des conditions générales d'installation et d'exercice en libéral sous convention, des mesures d'incitation ou des conditions spécifiques d'accès au conventionnement s'appliquent, en fonction du lieu d'installation envisagé.

Si vous envisagez d'exercer en libéral dans une zone classée comme « sur dotée » par l'agence régionale de santé (ARS), la CPAM de ce lieu d'exercice examinera votre demande

Avant toute démarche en vue de formaliser votre installation :

Contactez la CPAM de votre futur lieu d'exercice afin de savoir si vous pourrez être conventionnée avec l'Assurance maladie ou si vous serez en mesure de bénéficier de mesures incitatives. Consultez le site :

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/gerer-votre-activite/votre-installation-en-liberal/acces-au-conventionnement.php>

d'accès au conventionnement en tenant compte, en plus des conditions générales de conventionnement, d'un certain nombre de critères.

Des éléments d'explications complémentaires sont disponibles au chapitre 5 de la seconde partie du présent ouvrage.

§2 : L'enregistrement auprès de la CPAM :

Vous ne pourrez exercer en tant que sage-femme libérale que si votre activité est intégrée au RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé). Cette formalité est indispensable à l'obtention de feuilles de soins pré-identifiées à votre nom ainsi qu'à la délivrance de votre carte CPS nécessaire à la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Ce n'est donc qu'à cette condition que vous pourrez procéder à votre enregistrement auprès de la CPAM en vue d'être conventionnée.

Pour cela, vous devrez vous rendre auprès de la CPAM de votre lieu d'exercice, munie de l'attestation d'installation libérale qui vous aura été adressée préalablement par l'Ordre.

En pratique :

1. Contactez par téléphone la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de votre lieu d'exercice pour prendre rendez-vous. Un conseiller de l'Assurance Maladie vous indiquera la liste des pièces justificatives nécessaires à présenter lors de cet entretien :

- L'attestation d'installation libérale délivrée par l'Ordre.
- Votre carte Vitale ou votre attestation Vitale.
- Un RIB.

2. Le jour de l'entretien, le conseiller de l'Assurance Maladie vérifiera les pièces justificatives, puis il instruira votre dossier d'installation :

- Il vous remettra la convention nationale des sages-femmes et vous proposera d'y adhérer.
- Il enregistrera votre dossier d'installation dans le référentiel de l'Assurance Maladie.
- Il commandera des feuilles de soins pré-identifiées à votre nom. À noter que, selon les moyens d'impression disponibles sur place, un premier jeu de feuilles de soins pré-identifiées à votre nom pourra vous être remis immédiatement.
- Il effectuera avec vous les formalités d'inscription à l'URSSAF, selon des modalités qui peuvent varier en fonction des accords passés avec la caisse d'Assurance Maladie : soit il remplit et vous fait signer le formulaire d'inscription à l'URSSAF (en cas de délégation URSSAF), soit il vous oriente vers le représentant URSSAF présent sur place (en cas d'accueil coordonné), soit il adresse à l'URSSAF l'avis de votre installation (dans les autres cas).
- Enfin, il procédera - sous réserve que vous ayez signé votre adhésion à la convention nationale des sages-femmes - à votre affiliation au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

ETAPE 3

L'immatriculation auprès du C.F.E (centre de formalités des entreprises)

Il est possible que la CPAM de votre lieu d'exercice n'ait pas conclu d'accord avec l'URSSAF compétente en vue de permettre aux professionnels de santé de procéder en même temps à leur immatriculation.

Dans cette hypothèse, **au plus tard dans les 8 jours qui suivent le début de votre activité**, vous devrez vous rendre également auprès de l'URSSAF en plus de la CPAM de votre futur lieu d'exercice. Cette démarche est indispensable en vue de votre immatriculation auprès des organismes sociaux.

En outre, si vous créez à l'occasion de votre installation une société civile de moyens ou une société d'exercice libéral (voir 2^{ème} Partie « les modes d'exercice »), vous devrez vous adresser en toute hypothèse au CFE du greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance statuant commercialement.

Situés au sein des URSSAF, les CFE ont été mis en place pour simplifier vos démarches nécessaires à votre immatriculation auprès des organismes sociaux et des services des impôts. Les CFE centralisent ainsi l'ensemble des pièces de votre dossier de demande d'immatriculation puis les transmet aux différents organismes concernés par la création de votre entreprise : les caisses de protection sociale, le centre des impôts, l'INSEE...

La demande d'immatriculation peut être effectuée sur place, par courrier ou sur internet
<http://www.cfe.urssaf.fr>

Attention : l'immatriculation au CFE ne vous exonère pas pour autant des démarches d'enregistrement auprès de la CARCDSF.

ETAPE 4

Votre retraite : l'inscription à la CARCDSF

En application de l'article R.643-1 du code de la sécurité sociale, toute sage-femme qui commence une activité libérale est tenue de le déclarer dans le délai d'un mois à la CARCDSF, en vue de son immatriculation.

Pour en savoir plus, nous vous invitons à prendre contact avec la CARCDSF :
50 avenue Hoche - 75381 Paris Cedex 08 – tél. 01.40.55.42.42
www.carcdfs.fr

Le choix de la date à laquelle vous allez commencer votre activité professionnelle peut avoir des incidences en matière sociale. En effet, pour les cotisations dues à la CARCDSF, il est à noter que votre immatriculation prend effet le 1er jour du trimestre civil qui suit votre début d'activité.

Concernant les cotisations que vous aurez à verser, veuillez-vous reporter à la troisième partie de ce guide traitant de votre protection sociale.

ETAPE 5

Souscription d'une assurance responsabilité civile professionnelle (R.C.P.)

En tant que professionnel de santé libéral, vous êtes tenu, en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique, de souscrire une assurance destinée à vous garantir pour votre responsabilité civile professionnelle du fait des éventuels préjudices occasionnés par les actes et soins dispensés dans le cadre de votre activité libérale.

L'assurance souscrite devra couvrir l'ensemble des actes dispensés dans le cadre de votre exercice libéral.

Le manquement à cette obligation d'assurance est passible de sanctions disciplinaires, voire de sanctions pénales pouvant aller jusqu'à 45.000 euros d'amende et une interdiction d'exercice.

L'ASSURANCE DE VOTRE LOCAL PROFESSIONNEL

La loi prévoit une obligation d'assurance destinée à couvrir la responsabilité des locaux.

Pour en savoir plus, voir chapitre 1^{er} de la Partie II du présent guide

ETAPE 6

La gestion du cabinet et les obligations déclaratives à la CNIL

Vous pourrez être amené, dans le cadre de votre exercice libéral, à mettre en place des fichiers contenant des données nominatives de vos patientes et à recourir à des réseaux pour recevoir et transmettre des informations à caractère médical (télétransmission des feuilles de soins, communication des résultats d'analyses ou gestion partagée de dossiers médicaux).

Or, conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, chaque fois qu'un professionnel libéral procède à la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel, il doit en principe effectuer une démarche auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

La loi précitée énonce à ce titre que « sont réputées nominatives les informations qui permettent sous quelque forme que ce soit, directement ou non, l'identification des personnes physiques auxquelles elles s'appliquent, que le traitement soit effectué par une personne physique ou par une personne morale ».

Ainsi, tous les fichiers contenant des données nominatives doivent faire l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL. Il s'agit là d'une obligation légale et la loi s'impose aussi bien aux établissements de soins qu'aux professionnels de santé libéraux. Déclaration de l'établissement, déclaration individuelle du libéral ou au titre du cabinet de groupe si les fichiers sont communs, cette déclaration doit être faite dès que le dossier est ouvert, dès que le professionnel stocke ou transmet des informations concernant des patients.

Pour ce faire, la CNIL a adopté, le 22 novembre 2005, une norme simplifiée (s/réf. n°50) qui, à l'exclusion de la gestion de la pharmacie ou du laboratoire d'analyse médicale, encadre l'utilisation des données personnelles figurant dans les logiciels de gestion des professions libérales des cabinets médicaux et paramédicaux.

Pour bénéficier de cette procédure déclarative simplifiée, le professionnel de santé doit s'engager à utiliser la carte de professionnel de santé (CPS) pour accéder aux données contenues dans son

logiciel de gestion. La carte permet d'assurer un haut niveau de confidentialité, notamment dans le cadre de la transmission d'informations aux caisses de sécurité sociale ou, avec l'accord du patient, entre professionnels de santé qui participent à sa prise en charge.

Le cas échéant, vous devrez également, par voie d'affichage dans votre cabinet, informer vos patientes de l'utilisation d'un système informatique visant à faciliter la gestion administrative et médicale de vos dossiers (diagnostic, soin, prévention) et préciser les destinataires des données traitées.

Afin d'effectuer cette déclaration, il suffit de suivre la procédure suivante en se connectant sur le site Internet de la CNIL (<http://www.cnil.fr>):

- 1) Cliquez sur la rubrique « Vos obligations » ;
- 2) Cliquez sur la rubrique « Déclarer un fichier » ;
- 3) Sélectionnez la rubrique « Déclaration simplifiée ».

puis suivez le fil des pages Web en répondant aux questions qui apparaissent successivement.

La déclaration peut être faite directement en ligne sur le site Internet de la CNIL ou par l'envoi en recommandé avec avis de réception d'un dossier papier à l'adresse suivante : CNIL - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02.

Par ailleurs, afin d'aider les professionnels dans leurs démarches, un guide pratique « Déclarer à la CNIL un fichier ou un traitement de données personnelles » a été élaboré par la CNIL. Ce document est disponible sur son site Internet.

Après quelques pages consacrées aux principes clés de la loi, aux missions de la Cnil et au correspondant informatique et libertés (CIL), ce guide propose des fiches pratiques sur les règles impératives attachées aux différents traitements de données de santé que vous serez susceptible de mettre en œuvre dans le cadre de vos activités, notamment en ce qui concerne :

- l'utilisation des données de santé et la communication aux tiers ;
- la gestion des demandes d'accès au dossier médical ;
- la sécurité des traitements et des données ;
- la messagerie électronique ;
- le partage et l'hébergement de données de santé ;
- l'utilisation des cartes de santé (carte vitale, CPS), etc.

En dehors des cas d'exonération prévus, **déclarer un fichier** ou un traitement de données personnelles **est une obligation légale**.

Pour savoir si vous devez faire une déclaration préalable à la CNIL, un questionnaire est en ligne sur le site Internet de la CNIL :

<http://www.cnil.fr>

IMPORTANT : La protection de votre patrimoine

Le principe juridique prévalant en matière de patrimoine est l'unicité. En d'autres termes, « toute personne n'a qu'un patrimoine et un seul ».

Dès lors, en tant qu'entrepreneur individuel, vous êtes en principe responsable de vos dettes professionnelles sur l'ensemble de vos biens. En cas de défaillance, les créanciers professionnels pourront alors saisir l'intégralité de votre patrimoine.

Ainsi, lorsqu'une personne exerce une activité professionnelle indépendante, cela peut affecter son patrimoine personnel, voire familial, si celui-ci n'est pas protégé et isolé.

Il existe cependant certaines techniques juridiques qui vous permettront de mettre votre patrimoine personnel et familial à l'abri de vos créanciers professionnels. En voici quelques-unes, qui ne sont pas exclusives d'autres solutions.

§1 : La déclaration notariée d'insaisissabilité créée par loi du 1er août 2003, dite loi DUTREIL :

Cette technique vous permet de déclarer insaisissables vos droits sur l'immeuble où est fixée votre résidence principale ainsi que sur tout bien foncier que vous n'avez pas affecté à votre usage professionnel.

La déclaration doit être reçue par notaire sous peine de nullité et doit contenir la description détaillée des biens et de leur caractère propre, commun ou indivis.

§2: Avez-vous pensé à contracter une assurance ?

Les assureurs proposent aujourd'hui des solutions assurantielles dédiées à votre profession : Responsabilité Civile Professionnelle sans franchise, garantie RCP étendue aux collaborateurs et protection juridique élargie à la famille pour les litiges de la vie privée, réparation des préjudices éventuels, couverture de la perte d'exploitation et de la perte de la valeur vénale, assurance du patrimoine professionnel majoritairement en contenu illimité et en valeur à neuf...

§3 : Avez-vous pensé à la structure sociétale ?

La constitution d'une société permet de créer une personne morale dotée d'un patrimoine propre, distinct de celui des associés. Pour se prémunir, la solution peut donc consister à créer une société.

Il vous est ainsi possible d'être propriétaire de votre local professionnel par le biais d'une société. Ainsi, l'acquisition du local pourra être réalisée par une société civile immobilière (SCI).

La création d'une société à responsabilité limitée (SELARL par exemple) peut également isoler intégralement le risque lié à l'activité sauf, bien entendu, lorsque l'entrepreneur se porte caution solidaire d'un prêt contracté pour sa société sur son patrimoine personnel.

§4 : Avez-vous pensé à l'aménagement de votre régime matrimonial ?

Dans l'hypothèse où le professionnel indépendant est marié ou Pacsé, il est possible d'isoler son patrimoine personnel de celui de la communauté en établissant un contrat de mariage ou une convention de Pacs.

Vous pouvez ainsi faire évoluer votre régime ou en changer en y intégrant des clauses spécifiques. En cas de mariage, ce changement se fait obligatoirement devant un notaire et n'est possible qu'après deux ans d'union. Pour toute question relative à la modification ou à la création d'un contrat de mariage, il est nécessaire de vous rapprocher d'un notaire.

§5 : Avez-vous pensé à l'entreprise individuelle et l'entreprise individuelle à responsabilité limitée (EIRL) ?

A mi-chemin entre l'exercice individuel et l'exercice sociétal, le législateur a instauré un statut vous permettant de cumuler la possibilité d'exercer seul avec la garantie de sauvegarde de votre propre patrimoine.

Il s'agit de créer une **entreprise individuelle à responsabilité limitée** (EIRL). En votre nom propre, vous pourrez ainsi dans le cadre de l'EIRL affecter des biens à l'exercice de votre activité professionnelle et ainsi créer un « patrimoine professionnel d'affectation ».

La création de l'EIRL repose sur une simple déclaration d'affectation au greffe du tribunal de votre lieu d'implantation.

Ainsi, dans l'hypothèse de difficultés financières, vos créanciers professionnels n'auront pour garantie que vos biens professionnels. Votre patrimoine personnel sera protégé.

Attention : *L'affectation d'un bien immobilier suppose l'intervention d'un notaire.*

§6 : Avez-vous pensé aux questions relatives à la comptabilité ?

L'absence de comptabilité autonome et de compte bancaire dédié pour votre activité professionnelle peut avoir des conséquences sur votre patrimoine personnel en cas de difficultés. N'hésitez pas à contacter une **association de gestion agréée** ou un **expert-comptable** pour de plus amples renseignements.

CHAPITRE 2 : VOUS FAIRE AIDER

Section 1

Obtenir les conseils et renseignements appropriés

Pour vous aider dans votre première ou nouvelle expérience professionnelle, il existe de nombreuses sources d'informations et de conseils.

1 : La plate-forme d'Appui aux professionnels de santé (PAPS) :

La Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) a pour objectif de proposer des informations et des services à tous les professionnels de santé qui ont pour projet de s'installer ou sont déjà installés.

Le système est décliné par région. Un site Internet relaie les initiatives proposées par les acteurs mobilisés dans votre région. Vous trouverez des informations sur la politique régionale de santé, les événements dédiés aux professionnels de santé, les démarches à effectuer...

Vous accéderez également à un certain nombre de services (liens utiles, actualités régionales, contacts) et aux coordonnées des interlocuteurs clefs qui peuvent vous proposer un accompagnement adapté. On y trouve également des outils cartographiques "CartoSanté" afin de réaliser une étude sur le choix de votre lieu d'installation, les aides à l'installation et le zonage.

Une permanence locale accueille l'ensemble des professionnels de santé qui ont un projet d'installation. Les professionnels sont reçus à la fois par les institutions administratives (ARS et Assurance Maladie), les Ordres et les URPS. Vous trouverez auprès de cette permanence des réponses à vos questions administratives et professionnelles ainsi qu'un accompagnement afin de faciliter votre installation.

*Pour prendre rendez-vous et trouver toutes les informations utiles, consultez le site Internet correspondant à votre région : **http://www."le nom de la région".paps.sante.fr***

2 : Les conseils dans la gestion de votre cabinet :

Face à la multitude de textes et à l'évolution constante de la législation, il n'est pas toujours aisé de s'y retrouver. Les conseils d'un professionnel compétent dans la gestion de votre cabinet peuvent alors être les bienvenus.

Les aides à la gestion de votre cabinet, - qui ont bien évidemment un caractère facultatif -, prennent la forme principalement d'une adhésion à une association de gestion agréée ainsi que d'un recours à un expert-comptable.

A/ Les associations de gestion agréées (Agaps) :

Ce sont des associations à but non lucratif créées conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901 et fondées par divers organismes professionnels libéraux.

Leur objet est de développer chez leurs membres l'usage de la comptabilité et de faciliter à ces derniers l'accomplissement de leurs obligations administratives et fiscales. En adhérant à une telle association, vous bénéficierez également d'avantages, notamment fiscaux.

La qualité d'adhérent s'acquiert par l'adhésion au contrat d'association, matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion et par l'inscription sur le registre des adhérents tenu par l'association.

Dans quel délai faut-il adhérer ?

- en début d'activité : pour bénéficier des avantages fiscaux au titre de l'année de début d'activité, vous devrez adhérer à une association de gestion agréée au cours des cinq premiers mois d'activité.

Si vous souhaitez adhérer à une association de gestion agréée, vous pouvez prendre contact avec les organismes suivants afin de connaître les coordonnées de l'association de gestion agréée de votre région (liste non exhaustive) :

UNAPL (Union nationale des professions libérales) www.unapl.org

ARAPL (associations régionales agréées des professions libérales) www.arapl.org

AGAPS (associations de gestion agréées des professions de santé) www.agaps.com

B/ Le recours à un expert-comptable :

Vous n'êtes pas tenue de faire appel à un expert-comptable. Pourtant, il peut devenir un partenaire incontournable.

Si vous décidez d'y recourir, l'expert-comptable devra, préalablement à toute intervention, vous remettre une lettre de mission qui circonscrira son activité. Ainsi vous éviterez tout malentendu.

Vous aurez la possibilité de choisir « à la carte » les prestations qui vous intéressent :

- la mission première de l'expert-comptable consiste bien sûr à tenir et surveiller la comptabilité de votre cabinet. Si vous préférez, sa mission peut se cantonner à un simple contrôle en fin d'exercice.
- l'expert-comptable peut également vous dispenser des conseils juridiques et fiscaux.

Les tarifs pratiqués par l'expert-comptable sont fonction de la mission confiée. En général la facturation se fait au forfait. La fixation des honoraires étant totalement libre, c'est à vous de négocier.

Pour en savoir plus, vous pouvez contacter le Conseil supérieur de l'Ordre des experts-comptables

<http://www.experts-comptables.fr>

Section 2 **Les aides financières**

Vous pouvez prétendre à différents types d'aides en fonction des zones dans lesquelles vous vous installerez ou du mode d'exercice que vous choisirez.

En effet, selon votre choix de lieu d'installation, il faut savoir que des aides de l'État et de l'Assurance Maladie sont disponibles : aides à l'installation, aides au regroupement, exonérations fiscales, etc. Les collectivités territoriales peuvent également proposer des aides pour les professionnels de santé ainsi que pour les étudiants.

En voici les principales :

1 : Les dispositifs d'aides de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'Assurance maladie :

Dans le cadre de la loi relative au développement des territoires ruraux, des aides de l'État ou des collectivités territoriales sont prévues pour favoriser ou maintenir l'installation de professionnels de santé dans des zones où est constaté un déficit de soins

L'attribution d'une aide à l'installation est dans la plupart des cas conditionnée par la localisation de l'installation du professionnel de santé afin de favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé.

Ainsi, plusieurs zonages peuvent permettre de bénéficier des aides.

Le premier va concerner certaines aides accordées par les collectivités territoriales aux professionnels de santé et aux étudiants ainsi que les dispositifs décidés dans le cadre conventionnel par l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Ainsi, dans le cadre de l'avenant n°1 à la convention des sages-femmes libérales signée le 9 janvier 2012, des mesures destinées à favoriser le maintien et l'installation en zone « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » ont été mises en œuvre.

Les sages-femmes libérales installées dans ces zones peuvent adhérer à l'option conventionnelle et bénéficier ainsi d'une participation de l'assurance maladie :

- à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 3.000 € par an, versés à terme échu pendant 3 ans ;
- aux cotisations dues au titre des allocations familiales. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention (dans la limitation de quatre plafonds sécurité sociale). Elle correspond à 5,40 % de ce montant.

D'autres dispositifs d'aides existent et :

- soit sont conditionnés à un autre type de zonage, par exemple, les zones de revitalisation rurale (ZRR), les zones de redynamisation urbaine (ZRU)...
- soit ne sont pas non attachés à une zone géographique d'installation, par exemple certains financements assurés par les Fonds d'Intervention Régional (FIR), certaines aides des collectivités territoriales...

A ce titre, les ARS veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population et peuvent mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

L'aide peut prendre forme de :

- prime d'exercice forfaitaire,
- prime à l'installation,
- mise à disposition d'un logement,
- prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins.

Pour de plus amples informations, se renseigner auprès de l'ARS compétente (annuaire des ARS)
<http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>

Son attribution est conditionnée par la signature d'une convention tripartite entre la collectivité ou le groupement qui attribue l'aide, l'assurance maladie et le(s) professionnel(s) de santé.

2 : L'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'une entreprise (ACCRE) :

L'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE) est l'une des mesures du dispositif d'appui à l'initiative économique gérée par le ministère en charge de l'Emploi au bénéfice de demandeurs d'emploi, salariés licenciés, jeunes, personnes en difficulté...

Ce dispositif vise à faciliter tant la structuration des projets de création ou de reprise d'entreprise que le développement des activités ainsi créées, sous forme individuelle ou en société.

L'ACCRE consiste en une exonération de cotisations sociales permettant le maintien, pour une durée déterminée, de certains minima sociaux.

Sont notamment susceptibles de bénéficier de l'ACCRE les personnes privées d'emploi percevant une allocation d'assurance chômage.

Le créateur ou repreneur est exonéré des cotisations sociales suivantes :

- assurance maladie, maternité, invalidité, décès ;
- allocations familiales ;
- assurance vieillesse de base.

L'exonération porte sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération ; elle doit alors être demandée par le professionnel. Cette exonération est limitée à un plafond correspondant à 120 % du Smic et est accordée pour une durée d'un an (cette durée peut être prolongée, sous certaines conditions, lorsque l'entreprise relève du régime fiscal de la micro entreprise - BIC - ou du régime déclaratif spécial - micro-BNC -) ; sur cette question, il convient de se renseigner auprès de l'Urssaf ou sur le site de l'URSSAF.

La demande d'aide doit être adressée au centre de formalités des entreprises (CFE). Elle peut être introduite dès le dépôt de la déclaration de création ou de reprise d'entreprise et, au plus tard, le 45^{ème} jour qui suit ce dépôt.

L'ACCRE permet aussi à certaines catégories de bénéficiaires de prétendre à d'autres formes d'aides.

Ainsi, le demandeur d'emploi qui décide de créer ou de reprendre une entreprise et qui a obtenu l'aide au chômeur créant ou reprenant une entreprise (ACCRE) peut bénéficier, sous certaines conditions, de la part de Pôle emploi, de l'aide à la reprise ou à la création d'entreprise (ARCE).

Pour bénéficier de l'ARCE, le demandeur d'emploi doit formuler une demande d'aide auprès de l'agence Pôle emploi dont il dépend. Le montant de l'aide est égal à 45 % des allocations chômage restant dues :

- au jour de la création ou de la reprise de l'entreprise,
- ou à la date d'obtention de l'ACCRE si cette date est postérieure à la date de création ou de reprise de l'entreprise.

Pour de plus amples informations
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F11677.xhtml>

Il existe, en fonction de vos besoins et de vos attentes, divers modes d'exercice libéral de la profession de sage-femme.

Vous pouvez ainsi décider d'exercer :

- en individuel au sein de votre propre cabinet ;
- en association avec d'autres sages-femmes ;
- en collaboration si vous souhaitez vous installer sans engagement lourd, apprendre à gérer un cabinet, ou encore mieux connaître une clientèle en vue d'une éventuelle reprise de cabinet ;
- dans le cadre d'une société d'exercice libéral ;
- dans le cadre d'un exercice professionnel aux côtés d'autres professionnels de santé ;
- en tant que remplaçante, ce statut présentant l'avantage de la souplesse dans le choix de vos périodes d'exercice ;
- sur plusieurs sites distincts, cette option étant conditionnée par l'octroi préalablement d'une autorisation du conseil départemental de l'Ordre compétent.

Rappel

Les conditions de cumul d'une activité libérale avec une activité hospitalière

Si vous êtes agent titulaire ou contractuel de la fonction publique hospitalière et que vous souhaitez exercer en libéral sans cesser vos fonctions, vous devez remplir certaines conditions.

En effet, l'article 25 de la loi modifiée du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires mentionne toujours un principe général d'interdiction de cumul d'activités et une obligation pour les agents de consacrer l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ainsi, il est énoncé que les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public ne peuvent exercer une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Néanmoins, il existe deux types de dérogations.

- 1) L'article 15 du décret du 2 mai 2007 modifié, combiné avec le paragraphe IV de l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983 modifiée, dispose que les fonctionnaires ou les agents contractuels occupant un emploi à temps non complet ou exerçant des fonctions impliquant un service à temps incomplet pour lesquels la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail des agents publics à temps complet peuvent exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative dans les limites et conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Cette possibilité de cumul est soumise à un régime d'autorisation. Elle est accordée par le directeur de l'établissement qui, pour des raisons d'organisation de service notamment, peut refuser d'accorder à l'intéressé ce cumul d'activités.

De même, cette autorisation peut être refusée si la direction de l'établissement considère que cette activité libérale porte atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service hospitalier pour lequel est employé l'agent.

2) S'ajoute désormais, depuis la publication du décret du 20 janvier 2011, la possibilité de bénéficier d'une nouvelle dérogation à l'interdiction du cumul d'activités des agents publics : selon l'article 11 décret du 2 mai 2007 modifié, l'agent de la fonction publique, titulaire ou contractuel, qui crée ou reprend une entreprise libérale, peut bénéficier d'une autorisation de cumul d'activités, y compris lorsque celui-ci occupe un poste à temps plein.

Cette dérogation est ouverte après que l'agent ait été autorisé par l'autorité dont il relève pour l'exercice de ses fonctions. Elle n'est valable que pendant une durée maximale de deux ans à compter de la création ou de la reprise de cette activité libérale et peut être prolongée pour une durée maximale d'1 an après dépôt d'une nouvelle déclaration 1 mois au mois avant le terme de la première période.

Il est à noter que l'agent ayant bénéficié de ces dispositions ne peut solliciter l'exercice d'un nouveau cumul au titre de la création ou de la reprise d'une entreprise avant l'écoulement d'un délai de 3 ans à compter de la date à laquelle a pris fin le cumul précédent.

L'agent qui souhaite créer ou reprendre une entreprise libérale doit présenter une déclaration écrite à l'autorité dont il relève, 2 mois avant la date de création ou de reprise de cette entreprise.

CHAPITRE 1 : L'EXERCICE LIBERAL INDIVIDUEL

Introduction

L'absence d'obligation d'avoir un cabinet

Compte tenu de la législation en vigueur, les sages-femmes libérales ne sont pas tenues de disposer d'un cabinet pour exercer.

En effet, hormis les prescriptions prévues par le code de déontologie qui exigent, notamment, d'exercer dans des conditions qui ne puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux, la seule obligation réside dans les dispositions de l'article 3.2.1. de la convention du 11 octobre 2007 (JO du 19/12/07).

Ce dernier article précise que les sages-femmes sont tenues de faire connaître aux caisses d'assurance maladie, entre autres, l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et/ou secondaire.

A ce titre, si vous choisissez d'exercer exclusivement au domicile de vos patientes, vous avez la possibilité de déclarer votre lieu d'exercice professionnel à votre domicile personnel.

Section 1

Ouvrir un cabinet libéral

1 : Les préambules à l'installation :

A/ Acheter ou louer ?

Vous souhaitez ouvrir un cabinet libéral. Dès lors, deux options s'offrent à vous : devenir propriétaire ou locataire de votre local professionnel.

En étant propriétaire, vous jouerez de garanties (maintien dans les lieux...) tout en vous constituant une protection patrimoniale (assurance-vie sur l'emprunt...), et éventuellement un futur complément de retraite.

Tout dépend bien entendu de vos possibilités financières et des opportunités qui peuvent s'offrir à vous.

Dans les deux cas, acquisition ou location de votre local professionnel, vous devrez vous assurer :

- du respect des règles déontologiques,
- du respect des règles d'urbanisme,
- de la signature d'un contrat de vente ou de location.

B/ Choix du lieu :

Le choix de votre lieu d'exercice n'est pas anodin. Il doit, outre le respect des dispositions légales et réglementaires (cf. « règles d'urbanisme » et « normes cabinet »), tenir compte de nombreux critères, tant objectifs que plus personnels.

Parmi les critères objectifs vous devrez prendre en considération :

- la situation géographique de la branche professionnelle (nombre de sages-femmes dans le secteur) ;
- l'environnement médical (pharmacies, services hospitaliers... à proximité) ;
- la situation économique de la région ;
- le conventionnement auprès de l'Assurance Maladie (voir zonage) ;
- la qualité des infrastructures (accessibilité pour la clientèle...).

D'un point de vue personnel, vous choisirez bien évidemment un lieu en adéquation avec vos perspectives d'avenir professionnel.

Le principe est celui de la **liberté d'installation**. Dès lors, vous pouvez installer votre cabinet où vous le souhaitez sous réserve de certaines règles d'urbanisme (cf. infra).

Néanmoins, ce principe connaît **trois exceptions majeures** :

- une restriction temporaire à l'installation après un remplacement : si vous avez effectué un remplacement pendant une période supérieure à 3 mois, vous ne devez pas, pendant une durée de 2 ans, vous installer dans un cabinet où vous pourriez entrer en concurrence directe avec la sage-femme que vous avez remplacée, sauf à vous accorder avec cette dernière, accord qui devra le cas échéant être notifié au conseil départemental (article R.4127-342 du code de la santé publique) ;
- l'interdiction d'ouvrir un cabinet dans un immeuble où exerce déjà une sage-femme (article R.4127-347 du code de la santé publique) sans avoir préalablement obtenu l'agrément de cette dernière ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre intéressé ;
- il est interdit à une sage-femme de donner des consultations dans des locaux commerciaux, sauf dérogation accordée par le conseil départemental de l'Ordre ainsi que dans tout local où sont mis en vente des médicaments, des produits ou des appareils que cette sage-femme prescrit ou utilise et dans les dépendances desdits locaux (article R.4127-321 du code de la santé publique).

Enfin, une sage-femme libérale ne doit avoir, en principe, qu'un seul lieu d'exercice. Toutefois, dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés, elle peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle sous réserve d'avoir préalablement obtenu l'autorisation du conseil départemental (cf. chapitre 4).

C/ Vous faire connaître :

1° Annoncer votre installation :

Article R.4127-340 du code de la santé publique : « Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, la sage-femme peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués au conseil départemental de l'Ordre ».

Ainsi, vous êtes tenu de soumettre votre annonce à votre conseil départemental afin d'obtenir l'accord de ce dernier.

Lorsque votre cabinet est situé dans une zone limitrophe, le conseil départemental peut vous autoriser à faire paraître son annonce dans plusieurs départements.

2° Publier des informations sur votre activité :

En tant que sage-femme, vous êtes soumis à des règles de discrétion. Ainsi, vous êtes autorisée à utiliser des moyens tels qu'un site internet, des cartes de visite, des courriers, etc., comme moyens d'information, mais ceux-ci ne doivent en aucune façon être utilisés comme des outils vous permettant de faire la publicité de votre pratique professionnelle (conformément à l'article R.4127-310 du code de la santé publique).

➤ **Sur vos feuilles d'ordonnance et dans les annuaires professionnels, vous pouvez faire figurer :**

- vos noms, prénom, adresse, numéro de téléphone et de télécopie, l'adresse de votre messagerie Internet et votre site Internet professionnel ;
- vos jours et heures de consultations ;
- vos titres et fonctions ;
- vos distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
- la mention de votre exercice en association et, le cas échéant, le nom des sages-femmes associées et l'indication du type de société ;
- votre situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie ;
- votre numéro d'identification (RPPS) ;
- vos numéros de compte bancaire ;
- votre appartenance à une association de gestion agréée (cf. chapitre 3).

Nous vous recommandons de soumettre au préalable au conseil départemental le libellé de vos en-têtes d'ordonnances

➤ **Sur votre plaque professionnelle, vous pouvez faire figurer :**

- vos noms et prénoms ;
- votre numéro de téléphone ;
- vos titres et fonctions ;
- votre situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- vos jours et heures de consultation ;

Les usages de la profession prescrivent la discrétion dans l'indication de ces informations, la plaque ne devant en principe pas excéder 25 X 30 centimètres.

Lorsque la disposition des lieux l'impose, des informations complémentaires relatives à la localisation du lieu d'exercice peuvent figurer sur la plaque ; une signalisation intermédiaire peut également être prévue.

Vous pouvez également faire mention de vos **diplômes et formations complémentaires** sur vos plaques, vos ordonnances, dans un annuaire ou sur un site Internet dans des conditions autorisées par l'Ordre.
Pour de plus amples informations, rendez-vous sur le site du Conseil national, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

➤ **Sur un site Internet :**

Si vous pouvez utiliser un site Internet comme moyen d'information des patientes, celui-ci ne doit en aucune façon être utilisé comme un outil vous permettant de faire la publicité de votre pratique professionnelle.

Cette information en ligne doit avoir pour seul but d'améliorer la qualité de votre exercice.

Afin de vous aider dans la création de votre site Internet, vous trouverez les recommandations émises par le Conseil national sur le site de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

Lorsque vous souhaitez mettre en ligne votre site Internet, vous êtes tenus d'en informer préalablement le Conseil national. Dès réception de votre courrier ou courriel, le Conseil national en informera votre conseil départemental qui pourra, le cas échéant, procéder au contrôle des mentions figurant sur ce site.

Attention : *En qualité de titulaire du site vous êtes responsable des informations y figurant. En cas d'infraction avérée aux règles du code de déontologie, vous pourrez ainsi faire l'objet de poursuites disciplinaires.*

2 : Les règles d'urbanisme :

Avant de choisir votre local professionnel, vous devez vous assurer que l'exercice libéral y est permis.

- Vous devrez tout d'abord vérifier que le règlement de l'immeuble choisi pour votre installation, ou le règlement de copropriété, autorise l'exercice d'une profession libérale.

Pour la pose de votre plaque professionnelle, il convient également de se référer au règlement de copropriété.

Il est indispensable de **vérifier que le règlement de copropriété autorise l'exercice d'une profession libérale.**

- L'article L.631-7 du code de la construction et de l'habitation prévoit que dans les communes de plus de 200.000 habitants, dans celles des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, la transformation des locaux à usage d'habitation en locaux à usage professionnel est **soumise à une autorisation préalable**. Cette demande doit être faite auprès du maire de la ville dans laquelle est situé l'immeuble.

En outre, l'article L.631-9 du code précité énonce que "les dispositions de l'article L.631-7 du code de la construction et de l'habitation peuvent être rendues applicables à d'autres communes par décision de l'autorité administrative, prise sur proposition du maire. Ces dispositions peuvent également, dans les mêmes conditions, être rendues applicables sur une partie seulement de la commune".

- **Attention, cette autorisation est donnée à la personne qui exerce et non au local. Elle doit être renouvelée en cas de changement de locataire ou de propriétaire.**
- Les cabinets médicaux sont des établissements recevant du public classés en 5ème catégorie, en application des articles R.123-18 et R.123-19 du code de la construction et de l'habitation. Les cabinets médicaux sont donc soumis aux règles relatives à la sécurité incendie, aux installations électriques, aux risques liés à l'amiante, aux risques naturels et technologiques.

Vous ne pouvez donc vous installer que dans un local qui répond à de telles normes.

Il est indispensable de **vérifier auprès de la mairie** que le local est bien affecté à l'exploitation d'une activité professionnelle.
En cas de conclusion d'un bail, il est préférable de prévoir que celui-ci ne prenne effet qu'à compter de la délivrance de l'autorisation nécessaire.

3 : Les normes auxquelles doit répondre votre cabinet :

A/ Les recommandations de l'Ordre :

Le Conseil national n'a pas édicté de règles strictes concernant la dimension et la situation du cabinet d'une sage-femme libérale.

Néanmoins, certaines dispositions du code de déontologie imposent de respecter quelques règles essentielles.

Article R.4127-309 du code de la santé publique : « La sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux ».

Vous devez donc disposer de locaux adéquats pour que la pratique de votre profession soit faite dans des conditions d'hygiène et de sécurité optimales ainsi que dans le respect du secret professionnel. Il est donc impératif que la sage-femme dispose d'une salle d'attente ainsi que d'une salle de consultation bien isolée et d'une dimension appropriée, avec un WC et un point d'eau.

B/ Les cabinets médicaux sont soumis aux règles relatives à l'accès aux personnes handicapées :

L'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation issu de la loi **du 11 février 2005** prévoit désormais que les établissements recevant du public doivent être accessibles « aux

personnes handicapées quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique ».

L'article L.111-8 du code de la construction et de l'habitation énonce que les travaux conduisant à la création, l'aménagement ou la modification d'un établissement recevant du public ne peuvent être exécutés qu'après autorisation délivrée par l'autorité administrative conformément à l'article L.111-7 précité.

Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu.

Le décret n°2006-555 du 17 mai 2006 est venu préciser ces conditions d'accessibilité.

➤ Depuis le 1^{er} janvier 2007 : Tout **nouveau cabinet** médical ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical doit être adapté et aménagé afin que toute personne handicapée puisse normalement y accéder.

➤ A compter du 1^{er} janvier 2011 : Les établissements créés par changement de destination, c'est-à-dire un local d'habitation transformé totalement ou partiellement en local professionnel, doivent se conformer aux obligations d'accessibilité aux personnes handicapées.

➤ A compter du 1^{er} janvier 2015 : Les cabinets médicaux existants seront également soumis aux obligations d'accessibilité des personnes handicapées. Il n'est pas obligatoire que l'ensemble du cabinet soit adapté. En effet, la mise en conformité d'une seule partie du cabinet peut suffire.

Depuis la loi n°2014-789 du 10 juillet 2014 publiée au Journal officiel du 11 juillet 2014, habilitant le gouvernement à légiférer par ordonnance, afin notamment d'accorder de nouveaux délais pour la mise en accessibilité des lieux publics aux personnes handicapées, un régime transitoire a été mis en place.

Ce texte prévoit la mise en place **d'Agendas d'accessibilité programmée (Ad'AP)**, lesquels s'adressent aux propriétaires et aux exploitants d'établissements recevant du public, notamment les cabinets médicaux, qui n'auront pas accompli les diligences de mise en conformité aux normes d'accessibilité ou n'ayant pas sollicité de dérogation au 1^{er} janvier 2015 (voir ci-dessous).

Concrètement, les Ad'ap sont des documents de programmation financière des travaux d'accessibilité. Ils constituent un engagement des intéressés à entrer dans un calendrier précis et resserré, dans le but de réaliser les travaux de mise aux normes. Les dossiers d'engagement pour entrer dans la démarche Ad'ap devront être déposés avant le 31 décembre 2014 ou, au plus tard, 12 mois après la publication de l'ordonnance. Les échéanciers de mise en accessibilité du cabinet devront être validés par le préfet.

Une fois le praticien engagé dans un Ad'ap, le processus sera irréversible et le dossier validé par le préfet devra être mené à son terme sous peine de sanction financière.

Des dérogations exceptionnelles à cette mise en conformité des cabinets médicaux peuvent également être accordées, après avis de la Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité (CCDSA).

Trois motifs de dérogation existent :

- impossibilité technique liée à l'environnement ou à la structure du bâtiment,
- préservation du patrimoine architectural,
- disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences (article L.111-7-3 du code de la construction et de l'habitation).

Les demandes de dérogation, se font par l'intermédiaire d'un formulaire Cerfa (n°13824) si les travaux ne sont pas soumis à un permis de construire, le cas échéant via le dossier spécifique à joindre à une demande de permis de construire.

Le formulaire renseigné doit être déposé au secrétariat de la mairie où est implanté votre local professionnel.

Si vous avez des difficultés à mettre en œuvre ces différentes obligations et pour pouvoir obtenir de plus amples précisions sur ces dispositions et sur les dérogations éventuelles, vous pouvez contacter les services de l'urbanisme de la mairie où est implanté votre local professionnel.

Un guide a été élaboré par la délégation ministérielle à l'accessibilité, avec le concours des organisations professionnelles et l'appui du ministère de la santé. Ce guide traite des différentes questions administratives qui peuvent vous préoccuper notamment des conditions d'obtention d'une dérogation aux règles décrites ci-dessus. Ce guide est disponible sur le site Internet du ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, à l'adresse suivante : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Reussir_accessibilite.pdf

Qui doit assumer la charge des travaux de mise en conformité ?

Le dispositif législatif ne précise pas qui entre le locataire et le propriétaire doit supporter le coût des travaux. Il convient de se référer au bail pour vérifier si ce dernier comporte une clause expresse sur ce point.



Les points clés :

- Consulter le règlement de copropriété (autorisation d'une activité professionnelle libérale),
- Vérifier la destination du local : celui-ci doit être à usage professionnel,
- Etablissez une convention écrite relative aux modalités d'occupation de votre local : contrat de vente, de location, de mise à disposition,
- Rapprochez-vous de la mairie du lieu d'implantation de votre cabinet pour toutes vos démarches d'urbanisme,
- Formalisez vos démarches définitives auprès du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.

4 : L'acquisition de votre local professionnel :

Etre propriétaire de son local professionnel offre des garanties indéniables, notamment en termes de stabilité. Toutefois, un tel choix relève bien évidemment de vos possibilités et des offres qui vous seront faites.

Il est possible d'être propriétaire en son nom propre ou encore par le biais d'une société. Ainsi, l'acquisition du local pourra être réalisée par une société civile immobilière (SCI), laquelle louera le local au praticien.

Si vous souhaitez acquérir votre local professionnel, il vous sera recommandé de prévoir un plan de financement en ce sens ainsi qu'un budget prévisionnel.

L'acquisition de bien immobilier peut s'avérer complexe par certains aspects administratifs. Vous pourrez vous faire aider par des professionnels tels que notaire, conseiller juridique, association de gestion agréée, service d'urbanisme de votre mairie.

5 : La location de votre local professionnel

Trois types de baux peuvent être conclus par une sage-femme dans le cadre de son activité libérale.

Le bail et ses avenants doivent préalablement à leur entrée en vigueur être communiqués au conseil **départemental** de l'Ordre. Les parties doivent certifier qu'aucune contre-lettre ne vient modifier les clauses du contrat.

- Le bail professionnel

La location de locaux à usage professionnel est encadrée par les dispositions de l'article 57 A de la loi du 23 décembre 1986 modifiée et relève pour le reste des dispositions du code civil.

Ce contrat doit obligatoirement faire l'objet d'un écrit.

La durée du bail professionnel est de 6 ans. La résiliation du bail est soumise à un préavis de 6 mois. Les autres clauses sont librement négociées entre le propriétaire et le locataire sous réserve des dispositions prévues par le code civil.

Néanmoins, afin de vous protéger au mieux, il est recommandé que les clauses suivantes soient insérées dans le contrat de bail : l'objet du contrat, la désignation du local mis à disposition, la durée de la mise à disposition, les obligations du bailleur et celles du preneur, le montant du loyer et des charges, les assurances, les clauses particulières relatives à l'exercice de la sage-femme, le règlement des litiges.

La sous-location et la cession du bail sont autorisées sauf stipulation contraire du bail et sous réserve de l'accord écrit du propriétaire.

Un modèle de bail professionnel est disponible sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

➤ **La transmission du contrat à l'Ordre** : Le bail et ses avenants doivent préalablement à leur entrée en vigueur être communiqués au conseil départemental de l'Ordre. Les parties doivent certifier qu'aucune contre-lettre ne vient modifier les clauses du contrat.

- Le bail commercial

Depuis la loi LME du 4 août 2008, les professionnels de libéraux ont désormais la possibilité de choisir entre un bail professionnel et un bail commercial.

Le bail commercial est conclu pour une durée de 9 ans. Le locataire bénéficie d'un droit de résiliation tous les 3 ans. Le bail peut être résilié à tout moment en cas de retraite ou d'invalidité du locataire.

Lorsqu'en fin de bail, le propriétaire ne souhaite pas le renouveler, il est tenu de verser au locataire une indemnité d'éviction.

La sous-location et la cession du bail sont autorisées sauf stipulation contraire du bail et sous réserve de l'accord du propriétaire.

- Le bail commercial dérogatoire

Il pourra parfois vous être proposé de conclure un bail commercial dérogatoire – autrement dénommé bail précaire – lequel ne peut excéder deux ans, sans minimum de durée, conformément à l'article L.145-5 du code de commerce.

6 : La convention de mise à disposition de locaux et de matériels

Ce type de convention a pour objectif de vous permettre de bénéficier de la mise à disposition de locaux et du matériel nécessaires à l'exercice de votre profession.

Une telle convention peut être conclue entre des professionnels de santé ou entre une sage-femme et une structure juridique tel qu'un établissement de santé ou une SCM (notamment dans le cadre de l'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales au sein des établissements de santé publics).

La convention devra être établie par écrit. La durée, les modalités de résiliation ainsi que le montant du loyer sont librement convenus entre les parties à la convention (sous réserve du respect des règles déontologiques propres à la profession de sage-femme).

Un modèle de convention de mise à disposition est disponible sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"

<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

7 : L'assurance civile de votre cabinet :

Que vous soyez propriétaire ou locataire, le professionnel de santé libéral doit au moins s'assurer au titre de la responsabilité civile du propriétaire/locataire en cas de dommages causés à un tiers.

Il est nécessaire de couvrir le risque incendie, tempête, dégâts des eaux et le vol. Le contrat est communément appelé "multirisque professionnel" et couvre :

- les murs si vous êtes propriétaire ;
- le contenu, que vous soyez propriétaire ou locataire ;
- la responsabilité civile exploitation pour des dommages causés à des tiers : une patiente, venue vous consulter, tombe de la table de consultation et se blesse.

Outre le fait que votre matériel peut être garanti par un contrat d'assurance, il peut être également intéressant de souscrire un contrat de "protection juridique" qui prend en charge les coûts de procédure si vous devez faire appel à un avocat pour vous défendre

➤ **L'obligation d'assurance du locataire** : L'article 7 de la loi n°89-462 du 6 juillet 1989 exige du locataire de s'assurer contre les risques dont il doit répondre en sa qualité de locataire et d'en justifier lors de la remise des clés puis, chaque année, à la demande du bailleur. La justification de cette assurance résulte de la remise au bailleur d'une attestation de l'assureur ou de son représentant.

Ce même article précise en outre que toute clause prévoyant la résiliation de plein droit du contrat de location pour défaut d'assurance du locataire ne peut produire effet qu'un mois après un commandement demeuré infructueux.

La garantie des risques locatifs doit couvrir les dommages d'incendie, d'explosion et de dégâts des eaux. Par cette garantie, systématiquement incluse dans les contrats multirisques habitation, l'assureur règle au propriétaire, à la place du locataire, le montant des dommages dont celui-ci est responsable.

Si le locataire n'est pas assuré, il demeure responsable et sera tenu d'indemniser personnellement le propriétaire. Il a aussi le droit d'insérer dans son contrat de location une clause de résiliation pour défaut d'assurance.

En revanche, il ne peut contraindre le locataire à s'adresser à un assureur ou à une société d'assurances en particulier.

Section 2 **La reprise d'un cabinet**

Même si la patientèle d'une sage-femme résulte du libre choix des patientes et de la confiance personnelle qu'elles accordent au professionnel, il est admis qu'une sage-femme, souhaitant cesser son activité ou quitter la région, puisse prendre divers engagements à l'égard de l'une de ses consœurs, qui, en contrepartie, s'oblige à lui verser une indemnité couvrant ce qui est appelé le « droit de présentation à patientèle ».

La Cour de cassation, par un arrêt rendu le 7 juin 1996, a en effet considéré que **le droit de présentation de clientèle constituait un droit patrimonial, pouvant faire l'objet d'une convention de cession.**

La reprise d'un cabinet libéral suppose que vous concluez un contrat de cession de patientèle avec la sage-femme cédante, comportant un certain nombre d'engagements. Ce contrat peut prévoir, en application de la jurisprudence précitée, que la sage-femme cédante s'engage à vous présenter, moyennant finances, à sa patientèle.

Une telle présentation entraîne des conséquences pour vous et pour la sage-femme cédante.

La sage-femme cédante pourra s'engager :

- à vous remettre le fichier de ses patientes et tout faire pour faciliter votre installation ;
- à ne pas se réinstaller dans un périmètre défini, pendant une période déterminée, en général de plusieurs années ;
- à vous céder son matériel, son droit au bail ou tout autre objet se rattachant à l'exercice de la profession.

En tant qu'acquéreur, vous serez tenue de payer une indemnité au titre de la cession.

- **Concernant la cession totale de clientèle :**

Dans le cadre d'une cession totale de clientèle, le montant de l'indemnité relève d'une négociation entre les parties à la convention de cession. Les modalités financières d'une cession ne sont régies par aucune règle impérative.

Ainsi, afin d'évaluer la valeur de la clientèle, vous pourrez notamment tenir compte des éléments suivants : le chiffre d'affaire moyen du cabinet, les possibilités d'accroissement du cabinet, la valeur locative, la situation rurale ou urbaine, la démographie locale...

Néanmoins, la valeur finale de cette cession sera décidée d'un commun accord entre la sage-femme cédant et la sage-femme acquéreur.

- **Concernant la cession partielle de clientèle :**

La cession partielle de clientèle peut être envisagée lorsque vous souhaitez céder à l'une de vos consœurs votre clientèle pour une durée limitée ou une partie seulement de votre clientèle

Des motifs particuliers propres à votre situation personnelle et professionnelle peuvent justifier un tel projet (déplacement temporaire en France ou à l'étranger, souhait d'une reconversion professionnelle, un cumul d'activité...).

Concernant l'évaluation de la clientèle, il n'existe aucune règle impérative en la matière.

En cas d'acquisition de clientèle, vous devez :

- procéder à une évaluation adéquate de la valeur des éléments cédés,
- rédiger et signer un acte de cession,
- enregistrer l'acte et payer les droits d'enregistrement dans le mois qui suit au service des impôts (les droits d'enregistrement sont dus par l'acquéreur),
- soumettre au conseil départemental de votre futur lieu d'exercice, le contrat de cession et ses éventuels avenants.

Attention

Les cessions de patientèle et de cabinet entraînent souvent des conflits. C'est pourquoi il est recommandé de faire évaluer l'objet de la vente par un expert-comptable et de faire appel à une aide juridique (notaire ou avocat) pour la rédaction du contrat de cession.

Enfin au regard de l'enjeu financier d'une telle démarche, il est vivement recommandé d'établir un budget prévisionnel sur plusieurs années (au regard des prêts accordés en la matière : une durée de 8 ans est préconisée)

CHAPITRE 2 : LES GROUPEMENTS D'EXERCICE

Introduction

Règles générales applicables aux contrats passés avec une sage-femme

Lorsque vous décidez d'exercer en commun avec d'autres sages-femmes ou professionnels de santé, vous êtes amenée à conclure des contrats qui peuvent revêtir différentes formes.

Quel que soit le contrat conclu, il est des règles qu'une sage-femme se doit de respecter.

Tout contrat relatif à votre exercice professionnel doit être écrit.

Doivent être communiqués au conseil départemental de l'Ordre de votre lieu d'exercice, dans le mois suivant leur conclusion, les contrats et avenants :

- qui ont pour objet l'exercice de votre profession ;
- qui assurent l'usage du matériel ou du local où vous projetez d'exercer, si vous n'en êtes pas propriétaire (contrat de bail professionnel, convention de mise à disposition...) ;
- qui ont pour objet de transmettre la propriété de matériel ou d'un local (cession partielle ou totale).

Si vous choisissez d'exercer en société, vous devrez communiquer au conseil départemental, outre les statuts de la société et leurs avenants, les contrats et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés.

Section 1

L'association avec d'autres sages-femmes

Plusieurs modalités d'exercice en commun coexistent.

1 : L'association simple :

Le contrat d'association simple est le contrat écrit par lequel deux ou plusieurs sages-femmes libérales s'associent pour exercer en commun leur activité.

Le contrat d'association simple pourra également être conclu entre une ou plusieurs sages-femmes et d'autres membres de professions de santé réglementées telles que médecin, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste (*voir section 3 du présent chapitre*).

Ce contrat, qui doit être écrit, prévoit :

- ***L'organisation du travail en commun*** : vous aurez à prévoir les questions essentielles de l'exercice en commun ainsi que vos engagements respectifs (utilisations des locaux, horaires de consultation, remplacements, gardes, répartition des dépenses et des frais, prises de congés...)
- ***La durée du contrat qui peut être déterminée ou indéterminée*** :

- Si le contrat est à durée indéterminée, il pourra être rompu à tout moment par l'une ou l'autre des parties moyennant un préavis ; les signataires pouvant se séparer à tout moment, il est conseillé aux parties de prévoir une clause de rupture conventionnelle moyennant un préavis d'une durée assez longue.
 - Le contrat à durée déterminée peut s'avérer intéressant lorsque l'un des deux associés souhaite à terme se retirer. Il est ainsi conseillé d'envisager dans le contrat, une durée assez courte éventuellement reconductible car toute rupture avant terme peut donner lieu au versement de dommages et intérêts (sauf force majeure ou décès).
- **Le règlement des litiges** : comme le prévoit le code de déontologie (art. R.4127-354 du code de la santé publique), il faut prévoir une procédure de conciliation en cas de conflits entre les associés, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre, laquelle doit intervenir avant toute action contentieuse devant les tribunaux.
 - **Les modalités de rupture du contrat, de départ d'un associé ou d'admission d'un nouvel associé**

Un modèle de contrat d'association est à votre disposition sur le site du Conseil national de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

2 : La collaboration libérale :

Cette forme d'exercice présente notamment l'avantage de permettre aux sages-femmes d'expérimenter la pratique professionnelle libérale avant toute décision définitive d'installation en indépendant ou en association et de se former à la gestion d'un cabinet.

En choisissant ce type d'association, vous optez pour un véritable exercice en commun de votre profession.

Le contrat de collaboration est un contrat écrit par lequel un membre non salarié d'une profession libérale va exercer la même profession auprès d'un autre professionnel déjà installé.

Ce mode d'exercice permet notamment :

- aux sages-femmes de partager leur clientèle lorsque celle-ci est trop importante ;
- aux jeunes sages-femmes qui hésitent à s'installer d'emblée d'acquérir une expérience auprès d'une sage-femme déjà installée et de préparer leur financement pour s'installer correctement ;
- aux jeunes sages-femmes d'exercer dans des zones moins attractives sans y être définitivement engagées.

En contrepartie du droit d'occupation des locaux et de l'utilisation du matériel du titulaire du cabinet, la sage-femme collaboratrice devra reverser à la sage-femme déjà installée une redevance sous la forme d'un pourcentage des honoraires perçus pour les actes qu'elle a réalisés.

Le contrat de collaboration, établi par écrit, doit mentionner à peine de nullité :

- les modalités de rémunération,
- la redevance payée par le collaborateur au titulaire,
- la durée de la période d'essai,
- la durée de la période de collaboration,
- les conditions d'exercice de l'activité et notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur libéral peut satisfaire les besoins de sa clientèle personnelle.

Si vous concluez un contrat de collaboration, sachez que :

- En tant que collaboratrice, vous ne serez pas salariée. Vous exercerez votre activité en toute indépendance et serez donc civilement responsable de vos actes professionnels. A ce titre, vous devrez souscrire une assurance obligatoire en responsabilité civile professionnelle.
- Vous relèverez du statut social et fiscal du professionnel libéral. Ainsi, vous devrez vous immatriculer à l'URSSAF, payer les charges sociales afférentes à votre exercice et vous affilier à la CARCDSF.
- Du point de vue fiscal, vous serez assujettie aux règles fiscales communes à l'ensemble des professionnels libéraux.
- En tant que collaboratrice, vous ne serez pas considérée comme remplaçante. Dès lors, vous serez en droit de vous constituer une clientèle personnelle et, à ce titre, aucune clause de non réinstallation ne pourra être insérée dans le contrat.
- En tant que collaboratrice, vous ne serez pas une associée à part entière, la sage-femme titulaire du cabinet reste donc maître des décisions à prendre dans la gestion de son cabinet.

Un modèle de contrat de collaboration est disponible sur le site du Conseil national de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

A côté de ces moyens d'exercice en commun, vous avez la possibilité d'aller encore plus loin en créant ou en intégrant une véritable société. Deux solutions s'offrent alors à vous :

- ***Soit vous décidez plus largement de partager avec une ou plusieurs consœurs les fruits de votre activité. Dans ce cas vous pouvez adopter une structure d'exercice en commun comme la société d'exercice libéral (SEL).***
- ***Soit vous optez pour ne mettre en commun que les seuls moyens matériels permettant votre exercice. Dans ce cas, la structure juridique la plus adaptée à votre situation est la société civile de moyens (SCM).***

3 : La société d'exercice libéral (SEL)

La société d'exercice libéral permet, depuis la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990, aux professionnels libéraux d'accéder aux avantages de la société de capitaux (responsabilité limitée, avantages fiscaux éventuels, capitaux plus faciles à mobiliser.....).

Cette société peut prendre différentes formes :

- SELARL : société d'exercice libéral à responsabilité limitée
- SELAFA : société d'exercice libéral à forme anonyme.
- SELAS : société d'exercice libéral par actions simplifiée
- SELCA : société d'exercice libéral en commandite par actions

La société d'exercice libéral est une structure de type commercial. C'est une société à responsabilité limitée qui comporte plusieurs associés. Un capital est requis, dont le montant est librement fixé par les parties.

La responsabilité des associés est limitée au montant de l'apport de ces derniers dans le capital. Cependant, indépendamment des engagements que les intéressés ont pu contracter personnellement vis-à-vis des créanciers de la société, leur responsabilité pécuniaire est susceptible d'être mise en cause en cas de faute de gestion.

- **Comment constituer une SEL ?**

La constitution d'une société d'exercice libéral donne donc lieu aux mêmes formalités que celles exigées pour la constitution d'une SCM (cf. section 2 du présent chapitre).

La constitution d'une société d'exercice libéral suppose, outre ces formalités générales, une formalité supplémentaire qui est l'inscription préalable de la société au tableau de l'Ordre des sages-femmes.

Vous devrez présenter collectivement cette demande d'inscription et l'adresser, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, accompagnée de pièces justificatives suivantes :

- ↪ Un exemplaire des statuts et le règlement intérieur de la société, s'il a été établi,
- ↪ L'expédition ou une copie de l'acte constitutif,
- ↪ Le certificat d'inscription prouvant que chaque associé de la société est bien inscrit au tableau de l'Ordre ou si l'inscription est en cours, la justification de la demande d'inscription,
- ↪ Une attestation du greffier du tribunal de commerce du lieu du siège de la société ou du tribunal de grande instance statuant commercialement constatant le dépôt au greffe de la demande et des pièces nécessaires à l'immatriculation ultérieure de la société au registre du commerce et de la société,
- ↪ Une attestation des associés indiquant :
 - la nature et l'évaluation distincte de chacun des apports effectués par les associés,
 - le montant du capital social (somme de tous les apports qui sera répartis en actions distribuées entre les associés) et le nombre, le montant nominal, la répartition des parts sociales ou actions représentatives de ce capital,
 - l'affirmation de la libération totale ou partielle des apports concourants à la formation du capital social.

Votre conseil départemental de l'Ordre, à qui seront adressés par le Conseil national les documents nécessaires à l'examen de l'inscription de la société, statuera sur votre demande d'inscription dans un délai de trois mois à compter de la réception du dossier transmis par le Conseil national.

Les décisions prises par le conseil départemental en matière d'inscription peuvent faire l'objet d'un recours devant le conseil interrégional.

Nota : Ne peuvent exercer dans la SEL que des membres de la même profession, lesquels ont d'ailleurs un statut d'exercice libéral. Ainsi, une sage-femme ne pourrait pas exercer en tant qu'associée dans une SEL constituée par des médecins, même à titre salarié.

- **Comment fonctionne une SEL ?**

Le fonctionnement d'une société d'exercice libéral donne lieu aux mêmes obligations que celles qui sont imposées pour le fonctionnement d'une SCM (cf. section 2 du présent chapitre).

Le code de la santé publique a également fixé des règles spécifiques concernant le fonctionnement de la société d'exercice libéral pour les professions médicales et notamment pour les sages-femmes :

- *Concernant les actes et les documents adressés aux tiers*

Les actes tels que des lettres, factures, annonces, etc.... émanant de votre société doivent indiquer :

- ↳ La dénomination sociale de la SEL (nom de la société) suivi de la mention SELARL, SELAFA, SELCA, SELAS (selon la forme de la société concernée),
- ↳ L'indication de la profession exercée (profession de sage-femme),
- ↳ L'énonciation du montant de son capital social et de son siège social,
- ↳ La mention de son inscription au tableau de l'Ordre.

- *La soumission de la SEL aux mesures disciplinaires applicables aux sages-femmes*

La société peut faire l'objet d'une action disciplinaire. Toutefois, elle ne pourra faire l'objet seule d'une action disciplinaire. Cette action contre la société suppose que, dans le même temps, le plaignant introduise une action contre un ou plusieurs associés.

L'action intentée contre la société sera donc dépendante de l'action intentée contre un ou plusieurs membres de la société.

- *Le non cumul de formes d'exercice de la profession :*

Si vous exercez au sein d'une société d'exercice libéral, vous n'êtes pas autorisée à cumuler cette activité avec l'exercice de la profession à titre individuel.

Nota : En tant que sage-femme membre d'une SEL, vous ne pourrez pas non plus être collaboratrice ou remplaçante d'une autre sage-femme.

Section 2

La société civile de moyens (SCM)

La société civile de moyens est une structure juridique réservée aux professions libérales dont le but est de mettre en commun les moyens nécessaires à l'exercice de leur profession afin d'en réduire le coût (local, matériel, personnel).

La société civile de moyens prend la forme d'un contrat aux termes duquel vous vous associez avec une ou plusieurs sages-femmes, voire avec d'autres professionnels de santé, avec lesquels vous décidez d'exercer en vue de fournir aux patients un service organisé et continu, tout en partageant les frais.

Il peut y avoir intérêt à créer une SCM lorsque, notamment :

- le nombre d'associés ou le patrimoine commun est relativement important, notamment lorsque ces associés ont l'intention d'acquérir en commun du matériel onéreux, ce qui permettra d'en diminuer les frais.

- l'un des associés est propriétaire ou locataire du local professionnel et possède du matériel utilisé conjointement.

En créant une SCM, vous pourrez vous regrouper avec des sages-femmes ou d'autres praticiens médicaux et paramédicaux de disciplines différentes.

Nota : lorsqu'un professionnel de santé souhaite s'installer avec un médecin, l'Ordre des médecins exige qu'une société civile de moyens soit constituée (pour en savoir plus sur les règles d'exercice en commun avec d'autres professionnels de santé, veuillez vous référer à la section 3 du présent chapitre).

- **Comment constituer une SCM ?**

Vous devez être au minimum **deux associés** (pas de nombre maximum).

Vous devrez conclure un contrat et signer des statuts :

- ✓ Vous devrez rédiger par écrit et signer les statuts de la société, lesquels doivent obligatoirement mentionner :
 - l'objet de la société (faciliter l'exercice libéral),
 - la dénomination sociale de la société (nom de la société),
 - le siège social qui est généralement l'adresse du cabinet,
 - la constitution de la société et des apports (les associés doivent effectuer des apports soit en numéraire, soit sous forme de biens tels que du mobilier ou du matériel ; il n'y a pas de montant minimum),
 - le capital social (qui est égal à la somme des apports) ; en rémunération de ces apports chaque associé se verra attribuer un certain nombre de parts de la société.
 - la durée de la société (à durée déterminée ou indéterminée).
 - les modalités de son fonctionnement (détermination d'un ou plusieurs gérants, cession ou création de parts nouvelles, admission d'un nouvel associé, dissolution de la société).
- ✓ Le contrat de société a pour objet de déterminer les modalités de fonctionnement interne de la société. (répartition des charges, absences, vacances, maladie, répartitions des locaux....).

Des modèles de statuts et de contrat sont disponibles sur le site du Conseil national de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

La création de la société donne lieu également à des formalités complémentaires :

- ✓ l'enregistrement des statuts dans le mois de sa signature auprès du centre des impôts situé dans le ressort du siège de la société (les associés devront payer lors de l'enregistrement 1% sur les apports en nature et environ 60 euros pour les apports en numéraire).

- ✓ la publication de la création de la société dans un journal d'annonces légales situé dans le département du siège social de la société. Dans cette annonce, il conviendra de préciser le nom de la société, le montant du capital social, le siège de la société, l'objet de la société et le nom du gérant.
- ✓ le dépôt d'un dossier au centre des formalités des entreprises (siégeant auprès du greffe du tribunal de commerce du lieu du siège social de l'entreprise) qui va se charger de l'immatriculation de la société au registre du commerce et des sociétés.

La déclaration d'existence auprès du centre de formalités des entreprises (CFE) vaut déclaration pour le service des impôts, pour l'URSAFF, les ASSEDIC et l'INSEE.

Une fois ces formalités accomplies, la société sera dotée de la personnalité juridique.

Attention : l'immatriculation au CFE ne vous exonère pas de faire vos démarches d'enregistrement auprès du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et de la CARCDSF.

- **Comment fonctionne une SCM ?**

Il est recommandé de prévoir dans le contrat ainsi que dans les statuts, le maximum de dispositions réglant le fonctionnement de la société (répartition des dépenses, condition d'admission des nouveaux membres, modalités de cession ou de transmission des parts sociales, poursuite de la société en cas de décès ou d'incapacité de ses membres).

Vous et chacune de vos associées conservez votre indépendance au titre de vos activités professionnelles et restez propriétaires de votre patientèle.

La société est dirigée par un ou plusieurs gérants (associés ou non) désignés par les membres.

Les associées sont conjointement et indéfiniment responsables des dettes de la société et ce, proportionnellement à leurs parts.

- **Les incidences sociales et fiscales de la création d'une SCM :**

Les associés doivent tenir une comptabilité des frais que la société doit supporter (local, matériel, embauche d'une secrétaire).

Avant le 1^{er} mai de chaque année, la SCM doit établir une déclaration 2036 sur laquelle sont répertoriées les dépenses de la société pour la période exercée selon la tenue d'une comptabilité.

Les dépenses réparties par associé, au prorata du nombre de parts détenues, seront ensuite reportées sur la déclaration 2035 de chacun (Déclaration disponible sur le site : <http://www.impots.gouv.fr>).

L'originalité de la SCM tient au fait qu'elle bénéficie d'un régime fiscal dérogatoire : elle est exonérée d'impôt sur les sociétés et de TVA.

Les points clés pour la création de votre société :

- Rédaction des statuts de la société (modèle de statuts de SCM disponible sur le site de l'Ordre, rubrique « espace pro » puis « documents professionnels »),
- Communication des statuts à l'Ordre national des sages-femmes,
- Enregistrement des statuts à la recette des impôts du lieu du siège dans le mois qui suit,
- Ouverture d'un compte bancaire au nom de la société en formation et dépôt du capital social,
- Publication d'une annonce au journal d'annonces légales,
- Immatriculation auprès du centre de formalités des entreprises compétent : greffe du tribunal de commerce du lieu du siège (www.infogreffe.fr).

Section 3

L'exercice professionnel aux côtés d'autres professionnels de santé

§1 Le partage de locaux avec d'autres professionnels de santé :

L'utilisation des mêmes locaux, ne peut s'entendre qu'avec des membres des professions de santé réglementées (médecins, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, et infirmiers, notamment).

En effet, conformément aux principes de secret professionnel et d'indépendance professionnelle, **vous ne pouvez partager les locaux dans lesquels vous exercez votre activité de sage-femme libérale qu'avec des membres de professions de santé réglementées** et dont l'exercice professionnel n'a aucune vocation commerciale.

Rappelons également qu'il est interdit à une sage-femme de donner des consultations dans des locaux commerciaux, sauf dérogation accordée par le conseil départemental de l'Ordre ainsi que dans tout local où sont mis en vente des médicaments, des produits ou des appareils que cette sage-femme prescrit ou utilise et dans les dépendances desdits locaux (article R.4127-321 du code de la santé publique).

En outre, toutes les dispositions devront être prises pour protéger les informations relatives aux patientes détenues par la sage-femme dans le cadre de son exercice professionnel. Cette dernière doit en effet veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches cliniques et des documents qu'elle peut détenir concernant ses patientes.

Sous ces réserves, une sage-femme libérale peut ainsi partager, dans le temps, l'ensemble des parties communes de son local professionnel, notamment la salle d'attente.

Par ailleurs, il y a lieu de noter que, d'une manière générale, lorsqu'un médecin est amené à s'associer avec un professionnel de santé non médecin, et cela quelle que soit la forme et la nature de cette association, l'Ordre des médecins exige que cette association soit formalisée dans le cadre d'une société civile de moyens (cf. commentaires du code de déontologie médicale).

En toute hypothèse, cette association ne devra pas remettre en cause votre indépendance professionnelle et vous devrez disposer de votre propre patientèle.

Quoi qu'il en soit, il conviendra de rédiger un contrat ayant pour objet l'exercice de la profession, lequel devra être communiqué au Conseil départemental de l'Ordre.

Ainsi, le partage des locaux pourra faire l'objet soit :

-d'un contrat d'association simple,

-d'un contrat de mise à disposition de locaux.

§2 La Société civile de moyens :

La société civile de moyens est une structure juridique réservée aux professions libérales ayant pour objectif exclusif de faciliter à chacun de ses membres l'exercice de sa profession par la mise en commun de personnel, de matériel, de locaux et de tous éléments nécessaires à l'exercice d'une profession libérale. (*cf section 2 partie 2*).

La société prendra nécessairement la forme d'un contrat, lequel pourra être conclu entre une ou plusieurs sages-femmes et d'autres membres des professions réglementées.

§3 La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) :

Depuis la loi du 10 août 2011, les professionnels de santé libéraux peuvent exercer au sein d'un nouveau type de structure : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

La SISA permet à la fois la mise en commun des moyens afin de faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun des associés mais également peut permettre l'exercice en commun, par ses associés, d'activités médicales définies par les statuts (conformément au décret du 23 mars 2012).

- **Comment intégrer une SISA ?**

Les SISA sont constituées uniquement de personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaires médicaux ou de pharmaciens.

La SISA doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical.

Les statuts de la société devront être établis par écrit dont les mentions obligatoires sont énoncées à l'article R.4041-3 du code de la santé public. Les documents fondateurs devront également décrire les activités exercées en commun.

L'intégration au sein d'une SISA ne requière pas un minimum d'apport. La répartition des charges entre les associés relève d'un commun accord entre ces derniers.

En qualité de sage-femme, vous pourrez donc intégrer une telle structure juridique.

La SISA ne peut exiger d'un associé un exercice exclusif de son activité au sein de la société. Ainsi, si vous êtes par ailleurs déjà associé au sein d'une société d'exercice (comme une SCM), vous pourrez devenir dans le même temps associé au sein d'une SISA sous réserve que les autres associés de la SCM ne s'y opposent pas.

Les statuts (et leurs avenants) doivent être transmis - un mois au moins avant leur enregistrement auprès du greffe du tribunal de commerce – à votre conseil départemental ainsi qu'à l'Agence Régionale de Santé (du siège social).

- **Comment fonctionne une SISA ?**

Le décret du 23 mars 2012 précise les activités que les associés peuvent exercer en commun au sein de la SISA :

- la coordination thérapeutique, entendue comme les procédures mises en place au sein de la société ou entre la société et des partenaires, visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soins,
- l'éducation thérapeutique du patient,
- la coopération entre les professionnels de santé.

A côté de ces activités exercées en commun, la société a également pour objet, comme une société civile de moyens, la mise en commun de moyens afin de faciliter l'exercice de l'activité professionnelle propre à chacun de ses membres, indépendamment de l'exercice interprofessionnel.

- **Quel impact pour mon exercice professionnel ?**

Il appartient aux associés de déterminer le mode de rémunération ainsi que la répartition des rémunérations perçues par la société conformément aux statuts.

Chaque associé peut exercer un droit de retrait selon les modalités prévues par les statuts.

La SISA bénéficie du régime fiscal des sociétés de personne – autrement dit, votre intégration au sein d'une SISA ne modifie par votre régime fiscal : imposition au regard du régime de l'impôt sur le revenu.

Le professionnel de santé est personnellement responsable des actes qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la SISA. Chaque professionnel de santé est tenu de souscrire une assurance de responsabilité civile.

Un modèle de statuts de SISA est disponible sur le site du Conseil national de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

§4 Les maisons de santé :

La maison de santé est une structure juridique constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces derniers assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation

pour la santé et des actions sociales dans le cadre du projet de santé élaboré et dans le respect du cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Lorsqu'elles sont engagées dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération initiée en 2009, les maisons de santé ont pour support juridique une SISA.

En dehors du cadre de cette expérimentation, les maisons de santé peuvent prendre d'autres formes juridiques comme la société civile de moyen, l'association...

En conséquence, si vous souhaitez intégrer une maison de santé, il conviendra d'être attentif au support juridique sur lequel repose cette dernière ainsi que sur les modalités d'exercice professionnelles qui vous seront proposées.

CHAPITRE 3 : L'EXERCICE COMME REMPLACANTE

Section 1

Conditions légales et réglementaires

Une sage-femme peut se faire remplacer dans l'exercice de son activité libérale :

- soit par une sage-femme inscrite au tableau de l'Ordre ;
- soit par un étudiant sage-femme effectuant sa formation en France et ayant validé les quatre premières années de sa formation.

Le contrat de remplacement a pour objet d'organiser les conditions du remplacement temporaire d'une sage-femme libérale pendant ses absences (formation, congé, maladie, congé maternité...) afin d'assurer la continuité des soins que cette dernière prodigue à ses patientes dans le cadre de son exercice libéral.

La durée d'un tel contrat ne peut pas, par principe, excéder trois mois. Vous pourrez donc procéder au remplacement de l'une de vos consœurs dans le respect de cette durée. Au-delà, la sage-femme que vous remplacerez sera tenue de produire auprès de son conseil départemental des justificatifs (congé longue maladie, congé parental...).

Section 2

Formalités et obligations

1 : La simplification administrative et le remplacement :

La mise en place des mesures de simplification administrative au 30 août 2010 (cf. 1^{ère} Partie, Chapitre 1^{er}) a modifié les formalités préalables à l'exercice en tant que remplaçante de la profession de sage-femme.

- Si vous souhaitez exercer exclusivement en tant que remplaçante :

Vous devrez télécharger sur le site du Conseil national, à la rubrique "ESPACE PRO" (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>) ou demander une déclaration de remplacement et une fiche de changement de situation.

Une fois celle-ci dûment complétée et renvoyée, le Conseil national intégrera votre activité au RPPS.

2 : Les obligations de la sage-femme remplacée

La sage-femme que vous remplacez devra cesser son activité pendant toute la durée du remplacement, sous quelque forme que ce soit. Ainsi par exemple, une sage-femme ne peut pas

se faire remplacer pour exercer sur d'autres sites professionnels (dans l'hypothèse d'un exercice sur plusieurs sites distincts – cf. chapitre 4 infra).

De plus, sauf cas d'urgence, la sage-femme remplacée devra informer préalablement la CPAM et son conseil départemental de l'Ordre en indiquant les noms et qualité de la remplaçante ainsi que les dates et la durée du remplacement.

Dans le même temps, elle adressera au conseil départemental le contrat qu'elle aura conclu avec la sage-femme remplaçante avant le début de son remplacement (cf. supra section 3).

3 : Les obligations de la remplaçante :

En toute hypothèse, vous ne pourrez remplacer au maximum que deux sages-femmes libérales simultanément.

De la même manière, vous ne devrez pas remplacer une sage-femme libérale tombant sous le coup d'une interdiction d'exercer.

Etant civilement responsable de ses actes professionnels, **la sage-femme remplaçante devra obligatoirement souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.**

Enfin, lorsque votre mission est terminée et la continuité des soins assurée, vous devrez vous retirer en abandonnant l'ensemble de vos activités provisoires.

- **Si vous êtes étudiant sage-femme :**

Le régime - ci-dessous développé – relatif à la délivrance d'autorisation d'exercice à des étudiants sages-femmes n'est pas applicable aux promotions d'étudiants entrant en dernière année en septembre 2014 ainsi qu'aux promotions d'étudiants suivantes. Un nouveau texte réglementaire est en cours d'élaboration.

Pour pouvoir effectuer des remplacements, vous devrez obtenir une autorisation délivrée par le conseil départemental de l'Ordre dans le ressort duquel vous souhaitez exercer, lequel vérifiera que vous remplissez les conditions légales et réglementaires au vu d'une attestation délivrée par la directrice de votre école.

Cette autorisation d'exercer la profession de sage-femme en qualité de remplaçante ne pourra vous être délivrée que si vous remplissez les conditions cumulatives suivantes :

- Etre inscrite dans une école de sages-femmes en France et avoir validé les enseignements théoriques et cliniques de la quatrième année de formation (1^{ère} année de la seconde phase) ;

- Avoir validé un nombre minimal d'heures de stages cliniques (le nombre total d'heures et leur répartition sont fixés par arrêté interministériel).

La validation des stages est attestée par la directrice de l'école.

L'étudiante sage-femme produit cette attestation auprès du conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel il souhaite effectuer un remplacement.

Cette autorisation est délivrée pour une période maximale de 3 mois renouvelable selon la même procédure et pour la même durée (sans limitation).

Attention : depuis la mise en place des mesures de simplification administrative, les étudiantes sages-femmes susceptibles d'effectuer des remplacements doivent être intégrées dans le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé). Pour ce faire, le Conseil national procèdera à votre enregistrement.

- **Si vous êtes inscrite au tableau de l'Ordre**

Vous devez être en situation régulière vis-à-vis de votre inscription au tableau de l'Ordre.

Section 3 **Conditions matérielles du remplacement**

Le remplacement donne lieu, avant le début de celui-ci, à l'établissement d'un contrat entre vous et la sage-femme que vous remplacez.

Ce contrat doit être transmis par la sage-femme remplacée au conseil départemental avant le début du remplacement qui vérifiera la conformité de celui-ci aux règles déontologiques.

Un modèle de contrat de remplacement est disponible sur le site du Conseil national de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "Documents professionnels"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

Pendant la durée du remplacement, vous prescrirez des soins et percevrez des honoraires. Sauf si vous disposez d'une carte CPS remplaçant, vous utiliserez les feuilles de soins pré-identifiées de la sage-femme que vous remplacez, en y indiquant votre nom et votre n° RPPS.

Section 4 **La protection sociale de la sage-femme remplaçante**

Remplaçant une sage-femme libérale, vous ne pourrez être assimilée à une salariée.

Dès lors, vous devrez préalablement au remplacement procéder aux formalités administratives d'usage en vue de votre immatriculation auprès du CFE (cf. 1^{ère} Partie).

Par ailleurs, sachez qu'en application des articles L.642-1 et D.642-1 du code de la sécurité sociale, toute sage-femme – à l'exclusion des étudiants sage-femme - exerçant sous statut libéral est tenue de s'affilier à la CARCDSF (Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes) et de verser des cotisations correspondantes, à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit son début d'activité et jusqu'au dernier jour du trimestre civil suivant la radiation.

Section 5
Les restrictions à l'installation après le remplacement

Si vous effectuez un remplacement d'une durée supérieure à trois mois, vous ne devrez pas pendant une période de deux ans vous installer dans un cabinet où vous pourriez entrer en concurrence avec la sage-femme remplacée ou l'une de ses associées.

Vous pourrez néanmoins passer outre cette interdiction par un accord conclu avec la sage-femme remplacée, lequel doit être notifié au conseil départemental.

CHAPITRE 4 : L'EXERCICE SUR PLUSIEURS SITES DISTINCTS

Section 1

Le dispositif

Une sage-femme n'a en principe qu'un seul cabinet qui est le lieu au titre duquel elle est inscrite sur le tableau du conseil départemental de l'ordre.

Néanmoins, dans l'intérêt des patientes et des nouveau-nés, une sage-femme peut souhaiter exercer sur un ou plusieurs lieux distincts de son cabinet.

Exemple : Mme X a un cabinet sur Paris et souhaite ouvrir un autre cabinet à Issy-les-Moulineaux.

Exemple: Mme Y a un cabinet sur Grenoble et souhaite ouvrir un plateau technique ou donner des consultations dans le centre hospitalier de Grenoble.

Exemple: Mme X a un cabinet à Bourges et souhaite faire des séances de préparation à la naissance à la piscine municipale de Bourges.

La sage-femme doit être autorisée par le conseil départemental pour pouvoir exercer sur ce ou ces sites distincts.

Contrairement à l'ancienne formulation de l'article R.4127-346 du code de la santé publique qui imposait à la sage-femme de solliciter une autorisation du conseil départemental dans le cadre de l'ouverture d'un « cabinet secondaire », la nouvelle formulation de l'article (issue du décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006) oblige la sage-femme à demander une autorisation dès lors que celle-ci souhaite exercer sur un « autre lieu d'exercice ».

Section 2

Les conditions de délivrance de l'autorisation

Le conseil départemental ne pourra, par délibération du conseil, autoriser la sage-femme à exercer sur un ou plusieurs lieux d'exercice distincts que :

- s'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patientes et des nouveau-nés ;
- ou si les investigations et les soins qu'elle entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants. (Ex : autorisation pour effectuer les séances de préparation à la naissance dans une piscine municipale, pour pratiquer des échographies obstétricales à titre libéral dans un cabinet de groupe ou dans une maternité, pour pratiquer des accouchements à titre libéral dans une maternité ...).

La durée de l'autorisation, personnelle et incessible, n'est pas limitée dans le temps. Toutefois, le conseil départemental pourra y mettre fin si les conditions précitées ne sont plus réunies.

Nota : en cas d'exercice sur plusieurs sites distincts, la sage-femme doit prendre toutes ses dispositions et en justifier pour que soient assurées, sur tous les sites d'exercice, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

Section 3 La procédure de demande d'autorisation

La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct doit être adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée.

Elle doit être accompagnée d'un dossier comprenant des informations utiles sur les futures conditions d'exercice. Si les informations fournies par la sage-femme sont insuffisantes, le conseil départemental pourra alors solliciter celle-ci pour des précisions complémentaires.

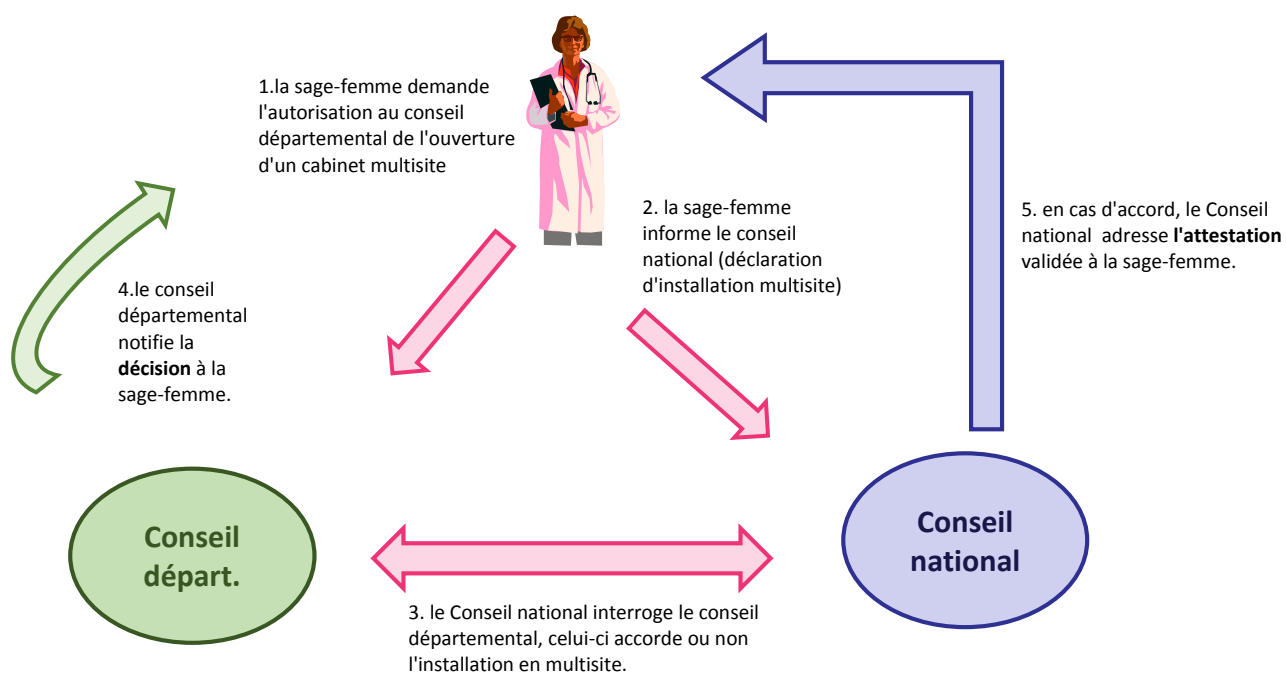
Le conseil départemental dans le ressort duquel se situe la nouvelle activité envisagée devra donc apprécier si les conditions d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct sont réunies et devra demander toutes informations utiles.

La sage-femme a également l'obligation d'envoyer parallèlement une information sur la demande d'ouverture au conseil départemental au tableau duquel elle est inscrite lorsque la demande concerne un site situé dans un autre département.

Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au complément d'information demandé.

Vous ne pouvez pas exercer en cabinet multisites tant que le conseil départemental de l'Ordre n'a pas donné son accord formel ou implicite à votre installation

Dès l'accord du conseil départemental, le Conseil national vous adresse une attestation d'installation en libéral multisites.



CHAPITRE 5 : LE CHOIX CONVENTIONNEL & LES HONORAIRES

Section 1

Le conventionnement avec l'Assurance maladie

Les relations entre les professions de santé et les caisses sont régies par les conventions nationales négociées et conclues entre les caisses nationales de sécurité sociale et les syndicats représentatifs des professions libérales de santé.

Rappel

Les questions relatives au conventionnement des sages-femmes libérales sont du ressort des organisations syndicales représentatives de la profession.

Les syndicats s'attachent à défendre les intérêts matériels de la profession dans tous les domaines et à permettre aux sages-femmes d'exercer leur profession sans entrave.

Ils participent, à ce titre, aux négociations avec les représentants de l'Assurance maladie pour définir la valeur des actes des sages-femmes (NGAP) ainsi que leurs honoraires.

Pour de plus amples informations

ONSSF : <http://www.onssf.org>

UNSSF : <http://www.unssf.org>

Chaque professionnel choisit d'adhérer ou non à la convention nationale, ce qui a des répercussions sur sa pratique professionnelle et sur sa protection sociale, ainsi que sur le remboursement de ses patients.

Ces principes s'appliquent à toutes les professions de santé : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, professions paramédicales, pharmaciens et directeurs de laboratoires d'analyses.

§1 : Le principe du conventionnement :

En adhérant à la convention, le professionnel de santé s'engage, entre autres, à :

- appliquer les tarifs conventionnels fixés par le texte ;
- respecter les modalités d'échange d'information avec les organismes d'assurance maladie (feuilles de soins électroniques, imprimés réglementaires) ;
- effectuer des actes de qualité dans la plus stricte économie compatible avec l'état de santé du patient et l'efficacité du traitement.

Démarches à accomplir :

Après avoir fait enregistrer votre activité à l'Ordre, rendez vous auprès de **votre CPAM** avec votre attestation d'installation.

L'assurance maladie s'engage, en contrepartie, à :

- rembourser les assurés sur la base des tarifs conventionnels ;
- participer au financement de la protection sociale des praticiens conventionnés ;

Tout praticien de santé conventionné relève du régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux (PAMC) pour sa couverture maladie et maternité. Ce régime des PAMC est rattaché au régime général des salariés. Cette affiliation vous permet également de bénéficier d'une prise en charge partielle de vos charges sociales (cf. chapitre 2 de la 3^{ème} partie relative à la protection sociale).

§2 : La convention nationale des sages-femmes :

La convention nationale des sages-femmes a été conclue le 11 octobre 2007 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF) et l'Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF).

Elle a été approuvée par l'arrêté du 10 décembre 2007 et publiée au Journal officiel du 19 décembre 2007.

Sur ce site, vous trouverez également des formulaires et des informations utiles à l'exercice de votre profession sur :

- les règles de prescription :
 - o des arrêts de travail ;
 - o des examens ;
 - o des dispositifs médicaux ;
 - o des médicaments.

- la nomenclature et le codage des actes médicaux :
 - o la nomenclature générale des actes professionnels (N.G.A.P.) ;
 - o la liste des dispositifs médicaux (produits et prestations - L.P.P.).

- le bon remplissage des feuilles de soins en fonction des situations :
 - o la maternité ;
 - o pratiquer le tiers-payant ;
 - o La CMU complémentaire.

L'avenant conventionnel n°1 du 9 janvier 2012, modifié par l'avenant conventionnel n°2 du 6 décembre 2013, a pour but de favoriser une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales. A ce titre, il instaure un mécanisme de régulation de soins des sages-femmes libérales.

Le mécanisme repose sur le découpage du territoire par les agences régionales de santé en 5 zones :

- zone « sans sage-femme »,
- zone « très sous-dotée »,
- zone « sous-dotée »,
- zone « intermédiaire »,
- zone « sur-dotée ».

Dans les zones dites « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » en sages-femmes libérales : des mesures d'incitation ont été mises en place afin de favoriser l'installation ou le maintien en exercice des sages-femmes libérales dans ces zones.

Dans les zones dites « intermédiaires » : l'exercice libéral n'est soumis à aucune condition particulière.

Dans les zones dites « sur-dotées » en sages-femmes libérales : des mesures de régulation ont été mises en place afin de réduire ou, tout du moins, ne pas augmenter le nombre d'installation des sages-femmes libérales dans ces zones.

- **En quoi consistent les mesures d'incitation ?**

Afin de bénéficier de ces mesures, vous serez tenue d'adhérer au « contrat incitatif sage-femme » (formulaire d'adhésion individuelle à retirer auprès de l'Assurance Maladie de rattachement). La durée du contrat est de 3 ans.

L'adhésion vous permettra de bénéficier des mesures suivantes :

- participation aux frais d'équipements et de fonctionnement de 3000 € par an pendant 3 ans,
- participation aux cotisations d'allocations familiales.

En contrepartie, vous serez tenue de respecter les engagements suivants :

- exercer pendant au moins 3 ans dans la zone géographique,
- avoir un taux de télétransmission d'au moins 75%,
- informer la CPAM une fois par an en vue de son évaluation d'activité,
- justifier d'une activité conventionnelle réalisée au 2/3 auprès des patientes résidant dans la zone géographique,
- percevoir au minimum l'équivalent de 5 % des honoraires moyens de la profession en France.

- **En quoi consistent les mesures de régulation ?**

Le principe : dans les zones dites « sur-dotées », l'accès au conventionnement d'une nouvelle sage-femme ne peut intervenir que si une sage-femme libérale cesse son activité ou la réduit d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des deux dernières années précédentes.

Toutefois, en dehors de ces cas précités, **des dérogations à l'accès au conventionnement dans les zones « surdotées »** existent :

- changement d'adresse du cabinet professionnel de la sage-femme sous certaines réserves (5 ans d'activité et 2/3 de son exercice pendant 2 ans auprès des patients résidant dans la zone « surdotée »),
- pratique quasi exclusive de l'échographie,
- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct,
- la mutation du conjoint,
- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle.

La convention nationale des sages-femmes ainsi que ses avenants conventionnels n°1 et n°2 sont consultables sur le site de l'Assurance Maladie.

Pour obtenir des informations complémentaires et réaliser vos démarches :
Vous pouvez consulter les sites www.ameli.fr et www.ars.sante.fr

Section 2 **L'ordonnance**

Autrefois utilisé pour désigner les recommandations qu'un médecin faisait à son malade verbalement ou par écrit, aujourd'hui, le terme ordonnance constitue l'écrit qui contient les prescriptions médicales rédigées par les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes.

Servant de point de rencontre entre le prescripteur, le patient et le pharmacien, l'ordonnance a vu sa réglementation renforcée tout au long du 20ème siècle, surtout depuis l'intervention des organismes d'assurance maladie.

1 : L'ordonnance et la déontologie :

A/ Les mentions pouvant figurer sur l'ordonnance :

Article R.4127-339 du CSP : Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire professionnel sont :

- 1º Ses nom, prénoms, adresse, numéro de téléphone, jours et heures de consultation ;
- 2º Soit ses titres, diplômes et fonctions dans les conditions autorisées par le Conseil national de l'ordre, soit, dans les cas mentionnés à l'article L. 4151-5, le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer sa profession ainsi que le nom de l'établissement où elle l'a obtenu ;
- 3º Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
- 4º Si la sage-femme exerce en association, les noms des sages-femmes associées ;
- 5º Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- 6º Les numéros de compte bancaire ;
- 7º S'il y a lieu, son appartenance à une association de gestion agréée.

B/ Le cadre déontologique des prescriptions :

Article R.4127-313 du CSP : Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.

Article R.4127-314 du CSP : La sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié.

La sage-femme ne peut proposer aux patientes ou à leur entourage, comme salutaires ou efficaces, des remèdes ou des procédés insuffisamment validés sur le plan scientifique."

Article R.4127-333 du CSP : Les prescriptions, certificats, attestations ou documents doivent être rédigés en langue française, permettre l'identification de la sage-femme et comporter sa signature manuscrite. Une traduction dans la langue de la patiente peut être remise à celle-ci.

Article R.4127-334 du CSP : La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement."

2 : L'ordonnance et l'assurance maladie :

A/ Les mentions relatives au prescripteur et à la patiente devant figurer sur l'ordonnance :

Article R.161-45 du code de la sécurité sociale : Quel que soit le support, le prescripteur doit faire figurer sur l'ordonnance :

- 1° Les nom et prénoms du bénéficiaire des actes ou prestations ;
- 2° Son propre identifiant et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance ;
- 3° La date à laquelle elle est faite et la référence permettant son rapprochement avec la feuille de soins ;
- 4° (...);
- 5° Le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

L'ordonnance est signée du prescripteur.

Ce dernier indique en outre, s'il y a lieu, sur l'ordonnance écrite remise au bénéficiaire des soins, que la prescription est transmise électroniquement à l'organisme d'assurance maladie.

Arrêté du 10 août 2010 : Cet arrêté détermine les spécifications techniques de l'ordonnance électronique et, pour l'ordonnance sur support papier, les caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur. L'ordonnance doit notamment être identifiée au moyen d'un code à barres correspondant au numéro d'inscription au RPPS du prescripteur.

Le décret du 23 décembre 2013 modifiant l'article R.5132-3 du code de la santé publique impose désormais que les feuilles d'ordonnance mentionnent les indications suivantes :

- les noms et prénoms du praticien,
- l'adresse du praticien précisant la mention « France »,
- les coordonnées téléphoniques du praticien précédées de l'indicatif international « +33 » et son adresse électronique,
- la date de naissance complète du patient.

B/ Les mentions relatives aux médicaments prescrits devant figurer sur l'ordonnance :

Article R.5123-1 du code de la sécurité sociale : L'ordonnance comportant une prescription de médicaments indique, **pour permettre la prise en charge de ces médicaments par un organisme d'assurance maladie**, pour chacun des médicaments prescrits :

- 1° La posologie ;

2° Soit la durée du traitement, soit, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R.5121-2, le nombre d'unités de conditionnement.

Toutefois, si l'une ou l'autre des mentions ci-dessus ou les deux font défaut, le médicament peut être pris en charge si le pharmacien dispense le nombre d'unités de conditionnement correspondant aux besoins du patient après avoir recueilli l'accord du prescripteur qu'il mentionne expressément sur l'ordonnance.

Article R.5123-2 du code de la sécurité sociale : L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament **pour une durée de traitement supérieure à un mois** indique, pour permettre la prise en charge de ce médicament :

- soit le nombre de renouvellements de l'exécution de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois pour les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois,
- soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois.

Pour les **médicaments contraceptifs**, le renouvellement de l'exécution de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement.

Articles L.162-4 et L.162-8 du code de la sécurité sociale : Lorsqu'un praticien prescrit un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables, il est tenu de le signaler en mentionnant son caractère non remboursable à côté de la dénomination de la spécialité, par exemple : "NR", "hors indications remboursables", "non remboursable", etc.

Le décret du 23 décembre 2013 créant l'article R.5132-3-1 du code de la santé publique impose désormais que les feuilles d'ordonnance mentionnent les indications suivantes :

- la dénomination commune du médicament prescrit ainsi que la posologie de ce-dernier,
- le nom de marque et le cas échéant, le nom fantaisie de la spécialité prescrite.

Pour mémoire :

Le décret n°2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028387338&dateTexte=&categorieLien=id>

L'arrêté du 4 février 2013 fixant la liste des médicaments qui peuvent prescrire les sages-femmes est consultable à l'adresse suivante :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027062316&fastPos=1&fastReqId=291203179&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

L'arrêté du 27 juin 2006 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire est consultable à l'adresse suivante :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=425F78E8D46A4557A08BEFB849D18C38.tpdjo02v_1?cidTexte=JORFTEXT000000242344&dateTexte=20140410

3 : Sur quel support rédiger une prescription ?

Le prescripteur doit rédiger sa prescription :

- Sur une ordonnance établie en double exemplaire : l'original est destiné à la patiente et le duplicata à sa caisse d'assurance maladie.
- Sur une "**ordonnance bizona**" pour les patientes atteintes **d'une affection de longue durée (ALD)** ; la partie haute de l'ordonnance est réservée aux médicaments en rapport avec l'affection de longue durée exonérante, prise en charge à 100 % ; la partie basse doit être utilisée pour les autres médicaments avec une prise en charge aux conditions habituelles.
- Sur une "**ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception**" pour la prescription de médicaments d'exceptions, qui atteste du strict respect de la prescription avec les indications prévues par la fiche d'information thérapeutique.
- Sur une "**ordonnance sécurisée**" pour la prescription de stupéfiants et produits apparentés.

Pour avoir des informations complémentaires, consultez le site de l'Assurance maladie : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante>

Section 3 **Les honoraires**

1 : La fixation du montant des honoraires

A/ Le cadre déontologique :

Le code de déontologie des sages-femmes précise un certain nombre de prescriptions en la matière. Il s'agit notamment des articles suivants :

Article R.4127-312 du code de la santé publique : La sage-femme est libre dans ses prescriptions dans les limites fixées par la loi. Elle doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente.

Article R.4127-319 du code de la santé publique : Sont interdits à la sage-femme :

- 1° Tout acte de nature à procurer à une patiente un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- 2° Toute ristourne en argent ou en nature faite à une patiente ;
- 3° Toute commission à quelque personne que ce soit ;
- 4° L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque et notamment pour un examen, la prescription de médicaments ou appareils, ou l'orientation vers un établissement de soins ;
- 5° Tout versement ou acceptation clandestins d'argent entre praticiens.

Article R.4127-336 du code de la santé publique : La sage-femme doit s'efforcer de faciliter l'obtention par sa patiente des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit sans céder à aucune demande abusive.

Article R.4127-337 du code de la santé publique : Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits. La sage-femme doit s'opposer à toute signature par un autre praticien des actes effectués par elle-même.

Article R.4127-341 du code de la santé publique : Les honoraires des sages-femmes doivent être déterminés en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et, éventuellement, des circonstances particulières. Ils doivent être fixés, après entente entre la sage-femme et sa patiente, avec tact et mesure.

Une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé à la patiente.

Lorsque des sages-femmes collaborent entre elles ou avec des médecins à un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

B/ Le cadre conventionnel :

En adhérant à la convention nationale, la sage-femme libérale s'engage, entre autres, à appliquer les tarifs conventionnels fixés par le texte.

Tous les tarifs conventionnels applicables pour les actes obstétricaux, les soins et les indemnités journalières que vous pratiquerez sont disponibles sur le site de l'assurance maladie www.ameli.fr.

La sage-femme conventionnée ne peut appliquer un dépassement d'honoraires que dans les deux situations suivantes :

- circonstances exceptionnelles de temps et de lieu dues à une exigence particulière de la patiente, (D.E) ;
- déplacement non médicalement justifié en matière de soins de maternité et infirmiers (D.D).

Elle doit alors indiquer le motif et le montant du dépassement sur la feuille de soins (DE ou DD) et en avertit l'assuré dès le début des soins.

Dans les cas prévus ci-dessus, la sage-femme fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant total perçu sur la feuille de soins.

2 : La facturation des honoraires :

Dès lors que vous serez conventionnée avec l'Assurance maladie, vous devrez facturer vos honoraires selon le cadre défini par le texte conventionnel à l'aide des supports mis à votre disposition par la CPAM.

A/ Les documents ouvrant droit à remboursement par l'Assurance maladie :

Vous ne pouvez utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes aux modèles prévus par les lois et les règlements en vigueur.

Vous devez y porter toutes les informations rendues nécessaires par la réglementation en vigueur sur les documents papier et/ou électroniques ouvrant droit aux prestations d'assurance maladie maternité et accident du travail.

➤ La constatation des soins :

Lors de chaque acte, vous devez porter sur la feuille de soins toutes les indications utiles prévues par le code de la sécurité sociale.

Doit être mentionnée la prestation des soins au jour le jour, y compris s'il s'agit d'actes en série.

Vous ne pouvez attester que les actes que vous avez effectués personnellement.

➤ Cotation et hiérarchisation des actes :

En adhérant à la convention nationale, vous vous engagez à appliquer les tarifs conventionnels en utilisant la cotation prévue à la liste des actes et prestations prévue par le code de la sécurité sociale (NGAP).

B/ La télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE) :

➤ Engagement à la télétransmission :

Toute sage-femme adhérant à la convention nationale s'engage à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux.

Pour assurer la mise en œuvre de la télétransmission des FSE, les sages-femmes ont l'obligation de se doter:

- de la carte de professionnel de santé (CPS),
- d'un lecteur de carte Vitale,
- d'un module logiciel d'élaboration et de transmission des FSE,
- d'un ordinateur,
- d'une connexion internet haut débit pour l'accès au téléservice.

La carte CPS :

La carte de la famille CPS est une carte à microprocesseur permettant au professionnel de santé, au moyen de certificats électroniques embarqués :

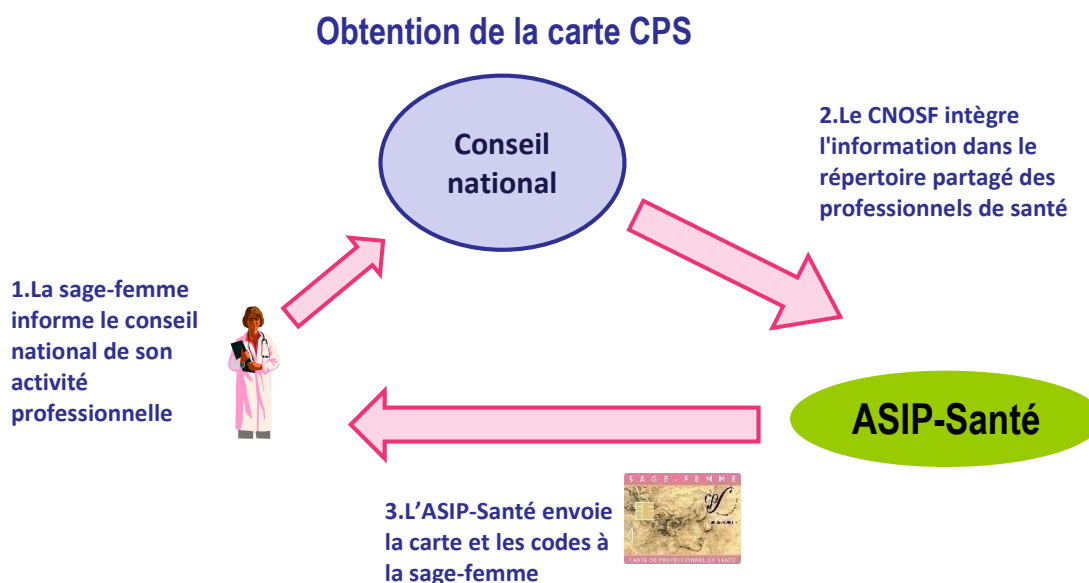
- d'attester de son identité et de sa qualité de professionnel ;
- de se faire reconnaître d'une application afin d'accéder à des informations dans le respect des droits liés à sa fonction ;

- de signer électroniquement les opérations qu'il effectue afin de les valider et de garantir la non-altération des données.

L'utilisation de cette carte personnelle est protégée par un code confidentiel.

Elle est fournie gratuitement aux professionnels de santé libéraux conventionnés par l'Assurance maladie.

Elle vous est envoyée par l'organisme chargé de l'édition des cartes CPS : l'ASIP-Santé. A l'issue de vos démarches auprès du Conseil national, votre dossier sera transféré auprès de l'organisme ASIP-Santé, lequel vous délivrera automatiquement votre carte CPS.



Le matériel informatique nécessaire :

La convention nationale précise que les sages-femmes ont la liberté de choix du micro-ordinateur et du modem de télécommunication qui composent en partie l'équipement informatique grâce auquel elles effectuent la télétransmission des FSE. Les sages-femmes ont également le libre choix de leur fournisseur d'accès internet dès lors que ce fournisseur est compatible avec leur logiciel agréé SESAM-Vitale pour la télétransmission des FSE.

Ce libre choix dans leur équipement est toutefois tempéré par le fait que les solutions informatiques doivent répondre au cadre technique nécessaire (précisé par la convention), qui doit permettre à la sage-femme d'utiliser un matériel conforme aux référentiels et au cahier des charges, et qui soit susceptible d'élaborer et d'émettre des feuilles de soins électroniques.

Pour avoir des informations précises sur le matériel, les logiciels référencés et les fournisseurs de solutions sur les usages du système CPS, contactez votre CPAM ou consultez le site de l'ASIP-Santé

<http://esante.gouv.fr>

➤ **Les aides à la télétransmission :**

Une aide pérenne :

Les sages-femmes reçoivent une aide forfaitaire annuelle (300 euros en 2010) et des exercices suivants, sous réserve que la part d'activité télétransmise corresponde au moins à un certain pourcentage.

Afin de bénéficier de cette aide, vous devrez atteindre un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égale à 70%.

Une aide à la maintenance :

L'aide forfaitaire à la maintenance est versée à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

Le montant de l'aide forfaitaire à la maintenance définie ci-dessus est fixé à 100 euros.

➤ **Les sanctions en cas de défaut dans la télétransmission :**

Les professionnels de santé dispensant des soins remboursables par l'Assurance maladie qui n'assurent pas une transmission électronique de leurs feuilles de soins devront désormais s'acquitter d'une contribution forfaitaire aux frais de gestion.

Montant : 50 cents par feuilles de soins papier.

Seuil : la contribution ne s'applique sur les feuilles de soins papier qu'au-delà d'un seuil de 25 % de la totalité feuilles de soins envoyées (papier et électroniques), sachant que cet abattement ne peut être inférieur à 300 feuilles de soins.

Cette mesure est applicable au 1^{er} janvier 2011.

En outre, lorsqu'un manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à 6 mois de suspension de la participation de l'Assurance Maladie aux avantages sociaux (avenant conventionnel n°2).

3 : L'information et l'affichage des honoraires :

A/ Une obligation d'information sur les honoraires pratiqués :

➤ Le principe de cette obligation :

Vous devez, avant l'exécution d'un acte, informer votre patiente de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Vous devez également remettre à votre patiente une information écrite préalable précisant le tarif ainsi que la nature et le montant du dépassement lorsque :

- les honoraires totaux facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros et sont différents des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire.
- vous prescrivez un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure dès lors que ses honoraires sont différents des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire.

Des modèles d'imprimé destinés à permettre cette information sont disponibles sur le site de l'Ordre, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "La profession et modes d'exercice"

<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

➤ En cas de non-respect de cette obligation :

Vous pourriez faire l'objet d'une sanction financière prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie si vous avez omis de délivrer à votre patiente une information écrite préalable dans les conditions précisées ci-dessus ou si vous avez exposé les assurés à des dépassements d'honoraires :

- excédant le tact et mesure
- ou non conformes aux dispositions prévues dans la convention des sages-femmes libérales.

En cas de récidive, une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales pourra être prononcée à votre encontre.

Les sanctions prononcées peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

B/ L'affichage des honoraires pratiqués par la sage-femme

➤ Le principe de cette obligation :

Si vous recevez des patientes dans votre cabinet, vous devez afficher, de manière visible et lisible, dans votre salle d'attente ou, à défaut, dans votre lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou une fourchette des tarifs que vous pratiquez pour les consultations, les visites à domicile et au moins cinq autres prestations que vous pratiquez le plus couramment.

Cet affichage doit également préciser pour chacune de ces prestations les conditions de leur prise en charge par l'assurance maladie-maternité.

Nota : L'obligation d'affichage s'impose indépendamment des activités que vous pratiquez et de votre lieu d'activité. Ex : les sages-femmes qui donnent des consultations à titre libéral dans un établissement de santé privé ou public doivent afficher leurs honoraires selon les mêmes modalités.

L'affiche (pour laquelle le format A3 est recommandé) devra comporter certains types de phrases énoncées par le code de la santé publique selon votre situation conventionnelle.

Le Conseil national a élaboré une affiche-type pour la sage-femme conventionnée et une autre affiche pour la sage-femme non conventionnée (approuvées par la DGCCRF) ; elles sont disponibles sur le site du Conseil national, à la rubrique "ESPACE PRO" puis "La profession et modes d'exercice"
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

➤ En cas de non-respect de cette obligation :

En cas de non-respect de ces dispositions relatives à l'affichage, vous vous exposerez à une amende administrative prononcée par le représentant de l'Etat pouvant s'élever à 3.000 euros.

Une telle sanction pourra être mise en œuvre si, suite à un premier contrôle constatant le manquement, vous ne mettez pas votre affichage en conformité dans un délai de 15 jours.

TROISIEME PARTIE : LA PROTECTION SOCIALE ET LA FISCALITE DES SAGES-FEMMES LIBERALES

Le statut de l'auto-entrepreneur

Au regard de la loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie et de l'article 34 de la loi n°2009-179 du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissement publics et privés, la sage-femme libérale ne peut opter pour le statut de l'auto-entrepreneur.

En effet, si celle-ci peut bénéficier du volet micro-fiscal de ce régime, il ne lui est pas possible de bénéficier du volet micro-social ouvert à l'auto-entrepreneur.

Même en optant pour le volet micro-fiscal de ce régime, vous serez affilié obligatoirement à la CARCDSF et devrez à cet titre verser les cotisations correspondantes.

Renseignements à prendre auprès du centre de formalités des entreprises (CFE) situé auprès de l'URSAFF territorialement compétente.

CHAPITRE 1 : VOTRE FISCALITE

En premier lieu, il est à noter que l'article 1460 du code général des Impôts **exonère les sages-femmes de la taxe professionnelle** (aujourd'hui dénommée "contribution économique territoriale"), sous réserve que leur activité soit exclusivement limitée à l'exercice de leur art.

Par ailleurs, en tant que professionnel libéral, vous relevez de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des Bénéfices Non Commerciaux (B.N.C).

Les contribuables qui perçoivent des B.N.C sont placés, pour l'imposition de ces bénéfices, sous l'un ou l'autre des régimes existants, dont le champ d'application dépend essentiellement du chiffre d'affaires réalisé :

- le régime de la déclaration contrôlée, régime de droit commun des membres de professions libérales ;
- le régime déclaratif spécial, qui n'est jamais obligatoire, s'applique aux professionnels libéraux dont les recettes annuelles n'excèdent pas 32.900 €.

Section 1
Le régime de la déclaration contrôlée

1 : Champ d'application :

Dès lors que le montant de vos recettes annuelles excède 32.900 euros, vous serez *ipso facto* soumise au régime de la déclaration contrôlée.

Sont incluses dans ce montant vos recettes brutes, principales ou accessoires, effectivement encaissées au cours de l'année.

En revanche n'entrent pas dans l'assiette de calcul les rétrocessions d'honoraires à des consœurs ni les recettes exceptionnelles réalisées en cas de cession d'éléments d'actifs ou de transfert de clientèle.

2 : Les obligations des contribuables :

Sous le régime de la déclaration contrôlée, vos obligations sont de deux ordres :

- **comptables** : vous devrez tenir un livret-journal servi au jour le jour présentant le détail de vos recettes et dépenses professionnelles, ainsi qu'un registre de vos immobilisations et amortissements.
 - toutefois, si vous êtes conventionnée, vous serez dispensée de la tenue d'un **livret-journal pour la fraction de vos recettes donnant lieu à délivrance de feuilles de soins aux assurés**, sous réserve de ne pas avoir adhéré à une association de gestion agréée (pour de plus amples informations sur les associations de gestion agréées, cf. chapitre 3 de la 1^{ère} Partie).
 - Avoir un **relevé de banque professionnel** bien identifié où transitent toutes vos recettes et vos dépenses.
 - Etablir un Bilan Comptable et un Compte de Résultat.
- **déclaratives** : chaque année, vous devrez adresser à l'administration fiscale la déclaration de vos revenus professionnels (n°2035), en sus de la déclaration d'ensemble de vos revenus (n°2042).

Section 2 Le régime déclaratif spécial (micro-BNC)

1 : Champ d'application :

Sous réserve de certaines exclusions, le régime déclaratif spécial, dit régime micro-B.N.C, s'applique à l'ensemble des contribuables exerçant une activité de nature non commerciale dont les recettes annuelles n'excèdent pas 32.900 euros hors taxes.

L'administration fiscale tolère toutefois que vous restiez sous ce régime deux années de dépassement du seuil des 32.900 €.

Toutefois, sachez que si, dès votre première année d'exercice, vous dépassez le plafond de 32.900 €, la tolérance ne s'appliquera pas et vous êtes placé de droit sous le régime de la déclaration contrôlée.

De plus, si vous avez commencé votre activité en cours d'année, le seuil du plafond sera ajusté au *pro rata temporis* de votre durée d'exercice au cours de l'année. Par exemple, si vous vous installé(e) le 1er avril 2014 vous ne pourrez bénéficier du régime de la micro-entreprise au titre de l'année 2014 que si vos recettes n'excèdent pas : $(32\ 900 / 365 \text{ jours}) \times 275 \text{ jours} = 24\ 788 \text{ €}$

2 : Les obligations des contribuables

Comme sous le régime de la déclaration contrôlée, elles sont de deux ordres :

- **comptables** : vous devrez tenir et présenter, en cas de demande du service des impôts, un document donnant le détail journalier de vos recettes professionnelles.
- **déclaratives** : si vous bénéficiez du régime déclaratif spécial, vous n'avez pas d'obligation spécifique. La déclaration de vos recettes devra être effectuée une fois par an sur la déclaration d'ensemble de vos revenus (n°2042).

Votre déclaration d'impôts est donc simplifiée.

Réalisée avant le 31 mai, il suffit de mentionner vos recettes brutes sur la ligne « revenus imposables » de l'imprimé 2042. Vous bénéficierez d'un abattement forfaitaire de 34 % pour le calcul de votre bénéfice imposable (correspondant à un montant théorique de frais professionnels)

Section 3

Les autres obligations déclaratives à l'Administration fiscale

Outre vos déclarations d'impôts, vous aurez à remplir l'une ou l'autre de ces DADS (Déclaration Annuelle des Données Sociales) selon que vous êtes employeur ou non :

1 : La DADS :

Elle doit être remplie par les professionnels de santé qui emploient des salariés.

Elle doit permettre de déclarer les salaires bruts de l'année de référence.

Elle doit en principe être faite avant le 31 janvier pour les salaires versés l'année précédente.

2 : La DAS2 :

Elle doit être remplie par les professionnels de santé qui n'emploient pas de salariés mais qui ont des honoraires à déclarer (remplaçants, AGA, comptable, conseiller juridique...).

Elle doit permettre de déclarer les honoraires rétrocedés (y compris les avantages en nature) à un co-conseur ou à votre remplaçante, ainsi que les honoraires non rétrocedés : cotisation AGA, frais de comptable, de conseiller juridique, etc.

Normalement, vous recevez une DAS2 pré-imprimée à votre adresse professionnelle.

Sinon, vous pouvez vous procurer l'imprimé sur le site www.impots.gouv.fr, à la rubrique « professionnels ».

Elle doit en principe être faite avant le 1er mai à la Direction Générale des impôts.

Nota : Depuis novembre 2012, un mouvement de simplification des déclarations administratives est initié. L'objectif est de substituer, en 2016, un processus déclaratif unique et mensuel, la Déclaration Sociale Nominative (DSN), à la plupart des déclarations sociales pour tous les employeurs.

A compter de 2016, les DADS, DAS2 et DADS-U (Déclaration Automatisée des Données Sociales Unifiée, promue par les mesures gouvernementales de simplification administrative et obligatoire depuis le 1er janvier 2006 pour les déclarations produites par un logiciel de paie), seront remplacées par la déclaration sociale nominative (DSN).

Vous trouverez de nombreuses informations sur le site de l'Administration fiscale
<http://www.impots.gouv.fr>

CHAPITRE 2 : VOTRE PROTECTION SOCIALE

Vous avez accompli les formalités nécessaires à votre installation et vous êtes entrée de plein pied dans le monde des professions indépendantes.

Dès lors la question de votre protection sociale va se poser.

Lors de votre immatriculation auprès du C.F.E, vous avez dû remplir un feuillet destiné à différents organismes, notamment à l'Assurance maladie.

Pour bénéficier d'une protection sociale, vous serez amenée à verser des cotisations à ces différents organismes. Le versement de celles-ci vous ouvrira droit à des prestations sociales.

Le régime des praticiens et auxiliaires médicaux

Si vous envisagez d'exercer en libéral en optant pour le régime conventionné auprès de votre caisse d'assurance maladie (CPAM), vous relèverez d'un régime de sécurité sociale particulier : le régime des praticiens et auxiliaires médicaux (PAMC).

Celui-ci présente de nombreux avantages, notamment en termes de prestations.

Vous bénéficierez également d'une prise en charge partielle de vos cotisations sociales par les caisses d'assurance maladie.

Section 1

Vos cotisations sociales

Une fois votre activité déclarée aux différents organismes de sécurité sociale, vous allez recevoir des appels à cotisations.

En tant que professionnel indépendant, vous devrez vous-même vous acquitter du paiement de ces charges et ce quel que soit votre mode d'exercice, à titre individuel ou en société.

Vous serez amenée à payer :

- des cotisations d'assurance maladie-maternité ;
- des cotisations personnelles d'allocations familiales ;
- des cotisations dues auprès de la CARCDSF : assurance vieillesse (régimes de base, complémentaire et PCV) et assurance complémentaire invalidité-décès.

D'autres contributions vous seront également réclamées en même temps que vos cotisations allocations familiales :

- la CSG ;
- la CRDS ;
- la CFP (contribution à la formation professionnelle) ;
- et contribution aux URPS.

A l'exclusion des cotisations versées pour les régimes de retraite et d'invalidité auprès de la CARCDSF, toutes vos charges sociales seront recouvrées par l'URSSAF.

Vos cotisations sociales sont calculées sur la base de vos revenus professionnels.

Vous pourrez compléter votre protection sociale par l'adhésion à des assurances complémentaires facultatives (retraite, indemnités en cas d'incapacité de travail, remboursements de soins, etc.)

1 : Les charges sociales acquittées auprès de l'URSSAF :

Les cotisations et contributions sont calculées sur une assiette pouvant varier :

- les cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie sont ainsi calculées sur les revenus professionnels soumis au calcul de l'impôt ;
- la CSG/CRDS est calculée sur la base de ces mêmes revenus professionnels auxquels s'ajoutent les cotisations personnelles obligatoires.

Les cotisations que vous devrez verser seront ensuite fixées en fonction des taux appliqués à chacune de ces cotisations et contributions.

A noter : La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 prévoit un alignement des modalités de calcul et de recouvrement de la cotisation maladie/maternité due par les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés sur celles des allocations familiales et de la CSG/CRDS.

Les cotisations annuelles sont désormais calculées au titre de l'année civile, c'est-à-dire du 1er janvier au 31 décembre. Leur paiement est exigible :

- soit à l'échéance du 5 février,
- soit, par fraction, aux échéances trimestrielles suivantes : 5 février, 5 mai, 5 août et 5 novembre.

Lorsque vous commencez votre activité, votre revenu d'activité non salarié n'étant pas connu, vos cotisations sont calculées sur une base forfaitaire.

« En régime de croisière », l'assiette des cotisations est constituée par les revenus d'activité non-salariés qui ne peuvent être appréciés que de façon annuelle. De ce fait le calcul et la collecte des cotisations et contributions sociales reposent sur un système de cotisations provisionnelles et de régularisation en deux étapes :

- Les cotisations provisionnelles : vos cotisations pour l'année en cours (l'année N) sont d'abord calculées à titre provisionnel sur la base du revenu d'activité non salarié de votre avant-dernière année d'activité (année N - 2).
- La régularisation : lorsque votre revenu d'activité non-salarié de l'année considérée (année N) est connu en N+1, il est procédé à une régularisation des cotisations provisionnelles de l'année N :

- en cas de trop-versé, le montant est remboursé si vous êtes à jour de vos cotisations ;
- en cas de complément de cotisations à payer, vous devez le régler dès sa notification

A/ La cotisation d'assurance maladie-maternité :

1° L'échéancier :

A compter du 1er janvier 2014, le calendrier de recouvrement de la cotisation d'assurance maladie/maternité des PAMC est modifié : les périodes d'ouverture de droit et de paiement sont alignées sur l'année civile, et non plus sur un exercice décalé.

Le paiement de votre cotisation maladie est annuel. Néanmoins un fractionnement trimestriel est possible.

Compte tenu de ces modifications, les deux calendriers de recouvrement s'articuleront de la sorte :

- Votre notification annuelle de cotisation d'assurance maladie 2013, reçue en mai, avait été calculée pour la période du 1er mai 2013 au 30 avril 2014. Le nouveau calcul faisant apparaître un trop versé, ce crédit sera déduit de votre cotisation maladie 2014 due au 5 février 2014.
- Dès lors, votre cotisation d'assurance maladie pour 2014 sera d'abord calculée à titre provisionnel sur vos revenus de l'année 2012 puis sera régularisée en 2015 sur la base de vos revenus 2014.

2° La participation des caisses d'Assurance maladie :

- L'Assiette des cotisations :

Depuis le 1er janvier 2011, la cotisation d'assurance maladie des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC) est calculée sur la totalité de vos revenus professionnels non-salariés, à savoir les revenus liés à l'activité conventionnée et ceux liés à l'activité non conventionnée. Auparavant, cette cotisation était calculée sur les seuls revenus liés à l'activité conventionnée. Toutefois, la part des revenus professionnels correspondant à l'activité non conventionnée est limitée à 5 plafonds annuels de la Sécurité sociale, soit 187.740 euros pour 2014.

De nouvelles modalités de calcul de la cotisation maladie : Cette cotisation est désormais calculée en deux étapes, d'abord à titre provisionnel sur la base du revenu N-2, puis est régularisée en N+1 sur la base des revenus définitifs de l'année N.

En début d'activité, vos revenus n'étant pas connus, les cotisations sont chiffrées sur une base forfaitaire.

- Le niveau de participation des CPAM :

La base de calcul de la prise en charge de la cotisation d'assurance maladie/maternité par la CPAM est inchangée. Elle est limitée aux revenus liés à l'activité conventionnée nets de dépassements d'honoraires.

Pour l'heure, la participation de l'assurance maladie n'est donc possible que sur les actes conventionnés. L'activité conventionnée correspond aux actes inscrits sur la liste prévue au L.162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP), tarifés dans le cadre de la convention et dispensés selon les conditions prévues par la liste et la convention.

Les revenus conventionnés comprennent donc les honoraires et rémunérations remboursables au titre de la convention ainsi que les éléments qui leur sont rattachés (dépassements d'honoraires, majorations, forfaits, etc...).

En outre, certains revenus même s'ils ne proviennent pas directement d'honoraires remboursables sont également considérés comme tirés de l'activité conventionnés. Sont en particulier visés, les revenus provenant des aides prévues par les conventions (télétransmission, informatisation, installation, indemnités pour perte de ressources en cas de suivi d'une formation continue) ou les rétrocessions d'honoraires pour le remplacement d'un professionnel conventionné.

Sont en revanche exclus des revenus de l'activité conventionnée les honoraires correspondant à des actes non-inscrits au remboursement (ne figurant pas sur la NGAP).

Par contre, avec la signature, le 6 décembre 2013, de l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance maladie, il a été convenu d'étendre la participation des CPAM aux cotisations d'Assurance maladie dont sont redevables les sages-femmes libérales.

Il s'agit, en l'occurrence, d'étendre cette participation aux revenus tirés de leur activité non salariée dans les établissements de santé dont le financement inclut la rémunération des sages-femmes libérales. Pour les sages-femmes, il s'agit essentiellement des services d'hospitalisation à domicile (HAD). Cette disposition doit s'appliquer "à compter des revenus perçus au titre de l'année 2013", est-il précisé dans l'avenant conventionnel.

Le taux applicable à la détermination de la cotisation d'assurance maladie est en principe de 9,81 %. Ce taux comprend la cotisation de solidarité correspondant à 10 % du montant de la cotisation maladie principale.

En tant que praticien conventionné, une partie de la cotisation d'assurance maladie sera prise en charge par la CPAM. Vous contribuerez ainsi à hauteur de 0,11 % (0,10 % pour la cotisation de base et 0,01 % pour la cotisation de solidarité) et la CPAM prendra en charge 9,70 %.

- Les conditions de participation :

Pour bénéficier de la participation de la CPAM au financement de leurs cotisations sociales, les professionnels de santé doivent être à jour du versement de leurs cotisations et contributions auprès de l'URSSAF ou avoir souscrit et respecté un plan d'apurement de leurs dettes.

B/ Les cotisations d'allocations familiales, la C.S.G et la C.R.D.S :

S'agissant des cotisations d'allocations familiales et de la CSG/CRDS, depuis le 1er janvier 2004, leur calcul s'opère en deux étapes.

En premier lieu un calcul provisionnel, est effectué. Les cotisations pour l'année en cours sont ainsi calculées à titre provisionnel à partir de votre revenu professionnel de l'année N-2, c'est à dire votre avant dernière année d'activité.

Dans un second temps, une régularisation est réalisée. Quand le revenu professionnel de l'année considérée (N) est connu, une régularisation définitive des cotisations est effectuée en N+1.

Dispenses de cotisations

Vous pourrez être dispensée du versement de la cotisation personnelle d'allocations familiales et de la CSG/CRDS provisionnelles 2014 si vous justifiez pour 2012 d'un revenu professionnel inférieur à 4.881 euros annuel.

1° Les cotisations d'allocations familiales :

Jusqu'au 31 décembre 2013 le taux de la cotisation d'allocations familiales est égal à 5,4 % du revenu professionnel non salarié. Cette cotisation est entièrement à votre charge.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, celle-ci est de 5,25 %. (Décret n°2013-1290 du 27 décembre 2013 paru au JO le 31 décembre 2013).

Attention ! Les professionnels ayant adhéré à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales conventionnées en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » bénéficient d'une participation par les Caisses d'assurance maladie (article L.1242-11 du code de la sécurité sociale) les dispensant ainsi du paiement des cotisations d'allocations familiales.

2° La Contribution Sociale Généralisée (C.S.G) et la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (C.R.D.S) :

Ces cotisations sont exigibles à compter du premier jour du trimestre civil au cours duquel se situe votre début d'activité.

Le taux applicable à la détermination de la CSG est de 7,50 %.

Le taux applicable à la détermination de la CRDS est de 0,50 %.

C/ La contribution à la formation professionnelle (C.F.P.) :

Vous serez tenus de verser à l'URSSAF la CFP d'un montant correspondant à 0,25% du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 94 euros pour 2013 (exigible en février 2015).

Vous trouverez le montant de ces cotisations ainsi que leur mode de calcul sur le site internet de l'URSSAF
www.urssaf.fr

Le paiement des cotisations d'allocations familiales, de la C.S.G et de la C.R.D.S peut s'effectuer par prélèvement mensuel, vous permettant ainsi de mieux répartir le paiement de vos cotisations personnelles tout au long de l'année.

D/ La contribution aux URPS :

L'article 123 de la loi "HPST" du 21 juillet 2009 prévoit l'instauration d'une Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS) dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse. Les membres des URPS sont élus par des professionnels de santé exerçant à titre libéral et dans le régime conventionnel.

Les URPS doivent contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Dans ce cadre, les URPS doivent être consultées sur toutes les questions touchant à l'organisation de la santé de la région : démographie des professionnels de santé libéraux, création et extension des structures de soin (hôpitaux, cliniques, HAD, etc.), conditions d'exercice (continuité des soins, coordination ville-hôpital, etc.), modalités de travail au quotidien (relations avec les caisses...), mais aussi avenir du métier (formation continue, protocoles de coopération interprofessionnelle...).

Le financement des URPS est assuré par une contribution versée à titre obligatoire par chaque professionnel de santé exerçant à titre libéral et adhérant à la convention nationale conclue entre l'Union Nationale des Caisses d' Assurance Maladie (UNCAM) et les représentants de sa profession.

Le décret n°2011-552 du 19 mai 2011 fixe les taux permettant de calculer la contribution obligatoire devant être versée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel aux URPS dont ils relèvent.

Pour les sages-femmes, le taux annuel de la contribution a été fixé à 0,1 %.

Un montant plafond à cette contribution est également prévu, correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Pour l'année 2014, cette contribution ne peut ainsi dépasser **188 €**.

Assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale du professionnel de santé, cette contribution est recouvrée par les URSSAF selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

Sont assujettis au versement de cette contribution les professionnels de santé en activité dans le cadre du régime conventionnel au 1er janvier de l'année.

La contribution doit être acquittée au plus tard le 15 mai pour l'année en cours auprès de l'URSSAF.

§2 : Les charges sociales acquittées auprès de la CARCDSF :

La CARCDSF est un organisme de sécurité sociale de droit privé gérant un service public. Elle est le fruit du regroupement des caisses de retraite des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes réalisé le 1^{er} janvier 2009.

Depuis cette date, la CARCDSF gère la protection sociale obligatoire de ces professionnels libéraux, qui s'est étoffée au cours du temps par la création des régimes complémentaires au régime de retraite de base initial.

Aujourd'hui, la CARCDSF permet une couverture retraite et prévoyance des praticiens ainsi que de leurs proches. A ce titre, elle gère, notamment, le régime de base des libéraux, le régime des prestations complémentaires de vieillesse et le régime invalidité-décès des sages-femmes ainsi que le régime complémentaire d'assurance vieillesse des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

Les cotisations versées à la CARCDSF sont déductibles fiscalement en totalité.

Le paiement des cotisations auprès de la CARCDSF peut s'effectuer par **prélèvement mensuel**, vous permettant ainsi de mieux répartir le paiement de vos cotisations personnelles tout au long de l'année.

➤ **Les règles d'affiliation :**

Toute sage-femme autorisée à exercer sa profession sur le territoire métropolitain ou dans un département d'Outre-mer, inscrite à l'ordre des sages-femmes et ayant une clientèle privée doit adhérer obligatoirement à la CARCDSF, même si elle ne possède pas la citoyenneté française.

Il existe néanmoins des règles d'affiliation particulières lorsque l'intéressé exerce simultanément plusieurs activités professionnelles :

Nature des activités professionnelles	Régime d'assurance vieillesse d'affiliation	Règles d'affiliation applicables
L'intéressé exerce simultanément une activité libérale de sage-femme avec une autre activité libérale	L'intéressée est affiliée à l'une des sections professionnelles relevant du régime de retraite des professions libérales (http://www.cnavpl.fr)	Sauf exception, l'intéressée a le libre choix de la section professionnelle Attention : il est à noter que l'une des exceptions prévoit que l'intéressée doit être affiliée à la section dont l'activité relève d'un ordre professionnel
La sage-femme exerce simultanément une activité libérale et une activité non salariée (commerciale, artisanale ou agricole)	L'intéressée ne peut être affiliée qu'à une seule caisse de retraite de travailleurs non-salariés	L'intéressée n'a pas de choix : elle est affiliée à la caisse de retraite dont relève son activité principale (la jurisprudence adopte comme critère l'importance relative des ressources provenant de chaque activité)
La sage-femme exerce sa profession à titre libéral et, simultanément, est employée par un établissement de santé (privé ou public)	L'intéressée est affiliée à la CARCDSF et au régime d'assurance vieillesse dont dépend son emploi dans l'établissement de santé	L'intéressée n'a pas le choix de ses caisses d'affiliation

A/ Les cotisations du régime de base des libéraux :

La cotisation est entièrement proportionnelle aux revenus non-salariés et assise sur deux tranches distinctes plafonnées, affectées pour chacune d'entre elles d'un taux de cotisation.

- 10,10 % sur la tranche de revenus de 0 à 31.916 € ; la cotisation maximale est alors de 3.224 € (montant pour l'année 2014).
- 1,87 % sur la tranche de revenus au-delà de 31.916 € jusqu'à 187.740 € ; la cotisation maximale est alors de 2.914 € (montant pour l'année 2014).

Le calcul de la cotisation s'effectue en deux étapes :

- La cotisation due au titre de l'année 2014 est d'abord calculée à titre provisionnel, en pourcentage des revenus de l'année 2012.
- Elle sera régularisée en 2016 lorsque les revenus de l'année 2014 seront connus.

Pour ce faire, chaque année, avant le 30 septembre, vous devrez adresser à la CARCDSF votre déclaration de revenus professionnels afin que leurs services puissent procéder au calcul de vos cotisations de l'année suivante.

Assiette des revenus : les cotisations sont calculées sur les revenus professionnels non-salariés soumis à l'impôt sur le revenu après déduction et réintégration de certains éléments.

Les revenus pris en compte sont limités à un montant plafond égal à 5 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée (soit 187.740 € en 2014).

B/ Les cotisations versées au régime des prestations complémentaires de vieillesse des sages-femmes conventionnées (PCV) :

Depuis 1984, toutes les sages-femmes exerçant dans le cadre des conventions signées avec les caisses d'assurance maladie doivent cotiser à ce régime de retraite.

Pour mémoire, le principe du régime PCV (anciennement ASV) veut que les caisses d'assurance maladie contribuent au règlement d'une part de vos cotisations audit régime, en contrepartie de votre engagement d'appliquer les tarifs conventionnels.

Ainsi, depuis 1999, la sage-femme libérale conventionnée payait chaque année 229 € de cotisation quand, dans le même temps, la caisse d'assurance maladie réglait en faveur de la professionnelle une cotisation égale à deux fois celle-ci, soit 458 €.

En 2014, la cotisation payée par la sage-femme s'élève à 245 €.

Une dispense peut être accordée lorsque les revenus professionnels 2010 avant abattement AGA sont inférieurs ou égaux à 12 fois le montant de la cotisation forfaitaire de l'année considérée, soit 2.940 €.

Attention ! Cette dispense entraîne l'annulation des droits pour l'année et les points non cotisés ne sont pas rachetables.

C/ Le régime complémentaire vieillesse de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes :

La cotisation est obligatoire pour les adhérents qui exercent leur activité professionnelle à titre libéral.

Les cotisations sont exigibles annuellement et sont payables aux dates d'échéances des statuts.

La cotisation se compose d'une cotisation forfaitaire et d'une cotisation proportionnelle.

La cotisation proportionnelle est appelée l'année N à titre définitif sur les revenus professionnels non-salariés de l'année N-2. Contrairement au régime de base, il n'y a pas de régularisation. Les revenus pris en compte sont limités à 5 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale (PSS) en vigueur 1er janvier de l'année considérée (187 740 € en 2014).

- Cotisation forfaitaire : **2 442 €** donnant droit à 6 points.
- Cotisation proportionnelle : **10,30 % des revenus professionnels non-salariés de l'année N-2** compris entre 0,85 fois et cinq fois la valeur du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée, soit entre 31 916 € et 187 740 €.

La cotisation proportionnelle ouvre droit à un nombre de points variables, calculé par le rapport du montant de la cotisation sur la valeur du point de cotisation.

Si vos revenus nets professionnels non-salariés de l'avant-dernière année avant abattement pratiqué par les AGA (2011 pour les cotisations 2013) sont inférieurs au plafond de la sécurité sociale (37 032 € pour 2013), vous pouvez, sur demande écrite, bénéficier d'une réduction de votre cotisation forfaitaire

Vous pouvez également obtenir jusqu'à l'exonération totale du régime complémentaire sur justificatifs, accordée par la « Commission des Cas Particuliers ».

Enfin, vous bénéficiez, sur demande, d'une dispense de la cotisation forfaitaire et de la cotisation proportionnelle au titre de l'année civile au cours de laquelle survient l'accouchement et de l'année civile suivante. Ces dispenses peuvent faire l'objet d'un rachat.

Les droits à la retraite correspondants : les cotisations versées ouvrent droit à un nombre de points variables, calculé par le rapport du montant de la cotisation sur la valeur du point de cotisation.

D/ Les cotisations versées au régime d'assurance invalidité-décès (RID)

Depuis le 1^{er} janvier 2002, le régime de prévoyance invalidité-décès des sages-femmes comporte trois classes de cotisations : A, B et C.

Lors de votre affiliation à la CARCDSF, vous serez inscrite d'office dans la classe A. Vous pourrez ensuite opter pour la classe B ou C à compter du 1^{er} janvier suivant votre deuxième année d'affiliation à la CARCDSF. La demande de changement de classe optionnelle doit se faire avant le 1^{er} juillet pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le montant de la cotisation en classe A pour 2014 est de 91 €, 182 € en classe B (soit 2 fois le montant de la Classe A) et 273 € pour la classe C (soit 3 fois le montant de la Classe A), les prestations versées au titre de ce régime étant majorées en proportion du montant de la cotisation versée.

Désormais, ce régime est ouvert au conjoint collaborateur à l'exception du risque incapacité professionnelle totale temporaire.

Le mode de calcul et le montant de ces cotisations sont disponibles sur le site de la
CARCDSF
<http://www.carcdsf.fr>

§3 : Les cotisations dues en début d'activité :

Des règles spéciales s'appliquent lors de vos premières années d'exercice.

En effet, la plupart des cotisations sociales étant calculées sur la base de vos revenus professionnels libéraux déclarés, les cotisations dont vous serez redevables au titre de vos premières années d'activité seront calculées sur une base forfaitaire.

Attention : lorsque, plus tard, vos revenus professionnels seront connus, vos cotisations seront recalculées et donc régularisées.

A/ Les cotisations recouvrées par l'URSSAF les deux premières années :

Un calcul provisionnel :

Vos cotisations pour l'année en cours (l'année N) sont d'abord calculées à titre provisionnel sur la base du revenu d'activité non salarié de votre avant-dernière année d'activité (année N - 2).

Au titre des deux premières années d'activité, ce revenu n'étant pas connu, les cotisations provisionnelles sont calculées sur une base forfaitaire.

Une régularisation :

Lorsque votre revenu d'activité non salarié de l'année considérée (année N) est connu en N+1, il est procédé à une régularisation des cotisations provisionnelles de l'année N :

- en cas de trop-versé, le montant peut être remboursé ou déduit des cotisations provisionnelles de l'année N+1. Le cas échéant, le solde est remboursé ;
- en cas de complément de cotisations à payer, vous pouvez le régler immédiatement.

À défaut, le complément sera réglé selon les mêmes conditions et aux mêmes échéances que les cotisations provisionnelles de l'année N+1

Récapitulatif
cotisations annuelles versées à l'URSSAF lors de la 1^{ère} année (2014)

Assurance Maladie Maternité	Allocations familiales	CSG & CRDS	Formation Continue	Contribution URPS
13,76 €	374 €	570 €	93 €	188 €

Les sages-femmes qui bénéficient de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE) sont exonérées automatiquement de leurs cotisations sociales personnelles obligatoires (maladie-maternité) pendant 12 mois dans la limite d'un revenu professionnel inférieur ou égal à 120 % du Smic (soit 20.813 € en 2014). La partie des revenus supérieurs à ce seuil n'est pas exonérée et donne lieu à paiement de cotisations.

B/ Les cotisations recouvrées par la CARCDSF lors des deux premières années :

Un régime spécial s'applique lors de vos deux premières années d'exercice.

➤ **Pour le régime de base des libéraux :**

Les cotisations dues au titre des deux premières années d'activité de l'exercice libéral sont calculées à titre provisionnel par application d'un taux de cotisation de 10,10 % sur des bases forfaitaires correspondant à :

- Première année civile d'activité : 0,19 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale (PSS) en vigueur au 1er janvier de l'année considérée, soit une assiette de 7.134 € en 2014 et une cotisation de **721 €**.
- Deuxième année civile d'activité : 0,27 fois la valeur du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée, soit pour 2014 une assiette de 10.138 € et une cotisation de **1.024 €**.

En début d'activité, vous avez aussi la possibilité de demander que le calcul de vos cotisations s'effectue sur la base des revenus estimés de l'année N et non sur celui des bases forfaitaires.

Dans cette hypothèse, lors de la régularisation de vos cotisations provisionnelles, s'il s'avère que vos revenus définitifs sont supérieurs aux revenus estimés, une majoration fixée au maximum à 10 % sera appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles effectivement versées et les cotisations qui auraient dû être versées si le calcul avait été effectué sur la base des revenus définitifs.

➤ **Pour le régime des prestations complémentaires de vieillesse des sages-femmes conventionnées (PCV) :**

Les sages-femmes peuvent être exemptées du versement de la cotisation dès lors qu'elles n'ont pas eu de revenus professionnels libéraux l'avant dernière année.

L'exemption du paiement de la cotisation a pour conséquence la non attribution de point de retraite.

➤ **Pour le régime invalidité-décès :**

Lors de leur affiliation, les sages-femmes libérales seront inscrites d'office dans la classe A de ce régime et doivent régler, à ce titre, la cotisation correspondante, soit **91 €**.

Par la suite, si elles le désirent, elles pourront opter pour la classe B ou C. Toutefois, l'option pour une classe supérieure ne pourra prendre effet, au plus tôt qu'au 1er janvier de la deuxième année qui suit la date d'effet de l'affiliation à la CARCDSF.

➤ **Pour le régime complémentaire vieillesse :**

Le montant annuel est fixé à **2 442 €**.

Sur demande, la cotisation peut faire l'objet d'une dispense au titre des deux premières années civiles d'activité.

La dispense de cotisation n'est pas attributive de points sauf rachat de la sixième à la quinzième année.

Récapitulatif

Cotisations annuelles versées à la CARCDSF lors de la 1^{ère} année (2014)

Régime de base	Régime complémentaire	Régime PCV	Régime ID
721 €	2.442 €	245 €	91 €

Une possibilité de paiement différé

Pour le régime d'assurance vieillesse de base, la cotisation due pendant les douze premiers mois d'exercice peut, sur demande, faire l'objet d'un différé puis d'un étalement sur cinq ans maximum, sans majoration de retard.

Section 2 Vos prestations sociales

1 : Vos prestations maladie et maternité :

A/ Vos prestations maladie :

En tant que praticien conventionné bénéficiant du régime d'assurance maladie PAM, les taux et conditions de remboursement de vos dépenses de santé sont identiques à ceux des salariés (exception faite de l'Alsace-Moselle compte tenu des particularités du régime local applicable dans ces régions).

Attention

En tant que professionnel indépendant, vous ne bénéficiez pas des indemnités journalières de congé maladie

Pour de plus amples informations, consultez le site de l'Assurance maladie

<http://www.ameli.fr>

B/ Vos prestations maternité :

Au titre d'une maternité ou d'une adoption, vous bénéficierez de trois types de prestations :

1. Une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de votre activité. Celle-ci vous sera servie sur simple présentation du certificat d'accouchement et sans obligation de cesser l'activité libérale. Le montant de cette allocation est fixé au plafond mensuel de la sécurité sociale, lequel est recalculé chaque année.

- dans le cas d'une maternité, l'allocation est versée pour moitié à la fin du 7^{ème} mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement
- dans le cas d'une adoption, l'allocation est versée à la date d'arrivée de l'enfant dans la famille

2. Une indemnité forfaitaire d'interruption d'activité dans le cas où vous suspendez celle-ci. L'octroi de cette prestation n'est pas subordonné à votre remplacement. Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 1/60^{ème} du plafond mensuel de la sécurité sociale.

3. Depuis le 21 août 2014, les femmes relevant du régime d'assurance obligatoire des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés "bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse".

Cette incapacité temporaire de travail est constatée par la production d'un certificat médical établi par un médecin.

Le décret (n°2014-900 du 18 août 2014) fixe le montant de cette indemnité au plafond de l'indemnité journalière maladie normale, soit 42,77 € depuis le 1er janvier 2014.

L'indemnité est versée, après un délai de carence de trois jours, à compter du quatrième jour de l'incapacité de travail, et peut être servie jusqu'à 87 jours consécutifs.

Le service de cette indemnité journalière en cas d'incapacité de travail est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

- d'observer les prescriptions du praticien ;
- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical ;
- de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

Cette indemnité n'est pas cumulable avec l'indemnité forfaitaire d'interruption d'activité visée ci-dessus.

Les montants actualisés du plafond mensuel de la sécurité sociale et des indemnités journalières sont disponibles sur le portail de la sécurité sociale
<http://www.securite-sociale.fr>

A noter : Les pères peuvent également bénéficier d'un congé de paternité indemnisé.

2 : Vos allocations familiales :

En tant que professionnel libéral, vous bénéficiez des mêmes droits que les salariés en ce qui concerne toutes les prestations servies par la Caisse d'Allocations Familiales (C.A.F) :

- compensation des charges familiales proprement dites (naissance, enfant à charge, garde d'enfant, rentrée scolaire...)
- prestations relatives au handicap, à l'isolement, au logement, à la précarité (R.S.A...)

A l'exception des allocations familiales attribuées à partir du deuxième enfant à charge, la plupart de ces prestations sont soumises à des conditions de ressources.
Pour de plus amples informations <http://www.caf.fr>

3 : Vos prestations retraite, invalidité et décès :

A/ La pension du régime de base des libéraux :

1° L'ouverture des droits :

A ce jour, la possibilité de départ en retraite vous sera ouverte dès 60 ans (taux minimal légal) pour les personnes nées avant le 30 juin 1951 et dès 62 ans pour ceux nés depuis 1955.

L'allocation vous sera versée à taux plein si vous remplissez l'une des conditions suivantes :

- être âgé(e) de 65 ans au moment de votre départ en retraite (67ans pour ceux nés depuis le 1^{er} janvier 1955).

A partir de 2020, la durée d'assurance augmente d'un trimestre tous les 3 ans. Cet allongement de la durée de cotisation concerne l'ensemble des assurés à tous régimes.

La durée de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein sera de :

- 167 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1958 et 31 décembre 1960
- 168 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1961 et 31 décembre 1963
- 169 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1964 et 31 décembre 1966
- 170 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1967 et 31 décembre 1969
- 171 trimestres pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1970 et 31 décembre 1972

En 2035 les assurés nés à partir du 1^{er} janvier 1973 devront cotiser 43 ans.

Si vous souhaitez partir entre 60 et moins de 65 ans, sans répondre aux conditions énumérées ci-dessus, un coefficient de minoration sera appliqué sur le montant de la pension à raison de 5% par année d'anticipation avant l'âge de 65 ans (attention : l'application de ce coefficient d'anticipation est définitive).

A l'inverse, une majoration de 0,75% s'appliquera sur le montant des pensions si vous liquidez votre retraite au-delà de l'âge de 60 ans et que votre durée d'assurance est supérieure à la durée requise pour l'obtention du taux plein.

Pour percevoir la pension de retraite, vous devrez en principe avoir cessé votre activité professionnelle libérale. Néanmoins un cumul est possible sous certaines conditions.

2° Le montant de la pension :

Depuis le 1^{er} janvier 2004, la pension du régime d'assurance vieillesse de base est déterminée au moyen de 3 paramètres :

- le nombre de points acquis ;
- la valeur du point déterminée par décret ;
- le taux de liquidation variable en fonction de la durée d'assurance.

B/ Le régime des prestations complémentaires de vieillesse (PCV) :

Les conditions d'ouverture des droits à la retraite sont les mêmes que pour le régime de base des libéraux.

La retraite est ainsi attribuée à taux plein aux sages-femmes :

- de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude de travail) ;
- justifiant d'au moins un an d'activité conventionnée ;
- ayant cessé leur activité professionnelle.

Le montant de la pension est calculé en additionnant les points acquis grâce au paiement des cotisations et en multipliant ce total par la valeur du point de retraite. Chaque année de cotisation permet ainsi d'acquérir des points de retraite, avec la participation des caisses d'assurance maladie.

La valeur annuelle du point de retraite est fixée par le décret n°2008-232 du 6 mars 2008, soit à 6,10 €.

C/ La pension du régime complémentaire de retraite :

La possibilité de départ en retraite est ouverte dès 60 ans.

La retraite de ce régime complémentaire est liquidée à taux plein (100 % des droits versés) :

- à 65 ans,
- dès 60 ans pour certaines catégories d'assurés :
 - 1) inaptes,
 - 2) invalides,
 - 3) anciens internés ou déportés, anciens prisonniers de guerre,
 - 4) anciens combattants (sous condition de durée de service).

Pour les adhérents qui souhaitent faire liquider leurs droits à la retraite entre 60 et moins de 65 ans, un coefficient de minoration est appliqué sur le montant de la pension à raison de 5 % par année d'anticipation avant l'âge de 65 ans.

Pour les sages-femmes ayant élevé un ou plusieurs enfants : possibilité d'anticiper le départ en retraite sans application des coefficients de minoration à raison d'une année d'anticipation par enfant élevé au moins pendant 9 ans avant le 16^{ème} anniversaire dans la limite de 5 années maximum (attention : cette mesure risque à terme d'être abrogée).

Taux majoré : une majoration de 10 % est appliquée sur le montant de la pension, au profit des allocataires ayant eu ou ayant élevé 3 enfants pendant au moins 9 ans jusqu'à leur 16^{ème} anniversaire.

D/ Les prestations invalidité-décès :

Les prestations invalidité-décès susceptibles d'être versées par la CARCDSF sont de 3 ordres :

- ✓ Des allocations journalières :

La sage-femme âgée de moins de 65 ans, totalement incapable d'exercer temporairement une activité professionnelle quelconque, a droit, à partir du 91^{ème} jour d'incapacité, à une allocation journalière.

Cette allocation est servie jusqu'au rétablissement de l'assuré et/ou jusqu'à l'expiration d'un délai de 3 ans à compter du début de l'incapacité ou au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire. A l'expiration du délai de trois ans d'incapacité temporaire, le dossier de l'assuré est soumis à la Commission d'inaptitude en vue de l'ouverture d'une pension d'invalidité.

- ✓ Une pension d'invalidité :

Si l'invalidité est totale, permanente et définitive, interdisant toute activité professionnelle quelconque, même occasionnelle ou bénévole, les sages-femmes peuvent bénéficier d'une pension d'invalidité.

Cette pension est payée trimestriellement à terme échu et s'éteint à la date du décès. A l'âge de 60 ans, elle fait place à la retraite de base, liquidée par anticipation pour inaptitude au travail.

✓ Un capital décès :

Un capital décès est versé aux ayant-droits sur leur demande.

La CSG (contribution sociale Généralisée), la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale) et la CASA (contribution à la dette pour l'autonomie) sont désormais prélevées de votre allocation retraite.

Le montant des prestations décès, invalidité temporaire et invalidité définitive, qui varie en fonction de l'adhésion à l'une des classes prévues par ce régime (A, B ou C), est révisé chaque année. Nous vous invitons à les consulter sur le site de votre caisse de retraite : www.carcdsf.fr.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec les organismes de protection sociale dont vous dépendez (reportez-vous à la rubrique « contacts utiles »)

CONTACTS UTILES

Agences régionales de santé (ARS)

Coordonnées répertoriées par région sur le site internet :

<http://www.service-public.fr>

Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)

9 Avenue Quartz - 05120 L'Argentière la Bessée

Site : <http://www.ansfl.org>

Courriel : contact@ansfl.org

CFE : <http://www.cfenet.cci.fr>

CARCDSF

50 avenue Hoche - 75381 Paris Cedex 08
Relation avec les professionnels : 01.40.55.49 29

Site internet : <http://www.carcdsf.fr>

Courriel : contacts@carcdsf.fr

Collège national des sages-femmes

136, avenue Emile Zola - 75015 Paris

Site internet : <http://www.cnsf.asso.fr>

E-mail : contact@cnsf.asso.fr

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

168, rue de Grenelle – 75007 PARIS

Tél. : 01 45 51 82 50

Site internet : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

Courriel : contact@ordre-sages-femmes.fr

Conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes :

Coordonnées répertoriées sur le site internet :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

Conseils interrégionaux de l'Ordre des sages-femmes :

Coordonnées répertoriées sur le site internet :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr>

CPAM

Coordonnées répertoriées sur le site internet :

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-caisse/index.php>

INTERFIMO

Maison des Professions Libérales

46, bd de la Tour-Maubourg – 75007 PARIS

Tél. : 08 10 26 26 26

Site internet : <http://www.interfimo.fr>

SYNDICATS PROFESSIONNELS :

Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (O.N.S.S.F.) :

7, rue Rougemont - 75009 Paris

Tel. : 01 48 24 50 20 - Fax : 01 47 70 17 89

Site Internet :

<http://www.onssf.org/1.aspx>

Courriel : onssf@club-internet.fr

Union nationale et syndicale des sages-femmes (U.N.S.S.F.) :

28, rue Godefroy Cavaignac - 75011 Paris

Tel. : 02 33 43 97 92

Site : <http://www.unssf.org/>

Courriel : contact@unssf.org

URSSAF

Coordonnées répertoriées sur le site internet :

<http://www.urssaf.fr>

INDEX

A

Aide: ACCRE, 21
Aides: à la gestion, 18; à la télétransmission, 63; à l'installation, 18
Allocations familiales, 72, 85
Annonce, 26
Annuaire professionnel, 27
ASIP Santé, 64
Association: avec d'autres professionnels, 37; avec une sage-femme, 37; collaboration, 38; société civile de moyens (SCM), 41; société d'exercice libéral (SEL), 40
Association de gestion agréée, 17
Assurance (cabinet), 33
Assurance civile professionnelle (RCP), 13
Assurance invalidité, 72, 81, 88
Assurance maladie: conventionnement, 10, 54; cotisations, 72, 73, 74; dispositifs d'aide, 20; prestations sociales, 85; régime de retraite, 80; régime des praticiens & auxiliaires médicaux conventionnés, 85; télétransmission, 59
Assurance maladie: affiliation, 10
Assurance responsabilité civile professionnelle (RPC), 16
Assurance vieillesse, 21, 72, 78, 84, 87

B

Bail professionnel, 32

C

Cabinet: acheter (local), 25; assurance, 16, 33; autorisation, 32; autorisation multisite, 52; cession, 34, 35; location, 32; normes, 29; obligation, 25
CARCDSF, 13, 39, 43, 51, 78, 82
Carte de professionnel de santé (CPS), 11, 14, 50, 63, 64
Centre de formalités des entreprises (CFE), 12, 43
Cession de patientèle, 34
Charges sociales, 73
Collaboration libérale, 38
Contrat d'exercice professionnel, 37; cession de patientèle, 34; contrat d'association, 37; contrat de collaboration, 38; contrat de remplacement, 48; société civile de moyens, 41, 43; société d'exercice libéral, 40; société interprofessionnelle SISA, 47
Contribution à la formation professionnelle (CFP), 73
Contribution économique territoriale, 68
Convention nationale des sages-femmes, 55
Conventionnement, 62
Cotisations sociales, 72; débuts d'activité, 81
CPAM, 10, 49, 55
CRDS, 72, 76
CSG, 72, 76
Cumul: d'activité, 23; en tant que membre d'une SEL, 41

D

DADS, 71
DAS2, 71
DDASS, 7
Décès, 83, 88
Déclaration d'impôts, 70, 71

E

EIRL, 17
Enregistrement: à la CPAM, 10; à l'Ordre, 8; de l'activité libérale, 9; du diplôme, 9
Etudiant, 6, 8, 49; aide, 20
Exonération (cotisation), 21, 81
Expert-comptable, 17, 18, 19

F

Feuille de soins, 50
Feuille de soins électroniques (FSE), 54
Fiscalité, 68
Fiscalité (SCM), 44
formation continue, 77

H

Handicapées (accès aux personnes), 29
Honoraires: Affichage, 66; convention, 54; dépassement, 62; information du patient, 66; montant, 61

I

Immatriculation: à la CARCDSF, 13; au CFE, 12; SCM, 43
Inscription: à la CARCDSF, 13; au tableau de l'Ordre, 8; au tableau de l'Ordre (SEL), 40
Internet (site), 27

M

Maladie (couverture), 55, 72
Maternité: cotisations, 72, 82; prestations, 85

O

Ordonnance, 27, 58

P

Patrimoine, 16
Plaque professionnelle, 27
Prestations sociales, 85
Publicité, 26, 27

R

Remplacement, 26, 48; étudiant, 49
Responsabilité civile professionnelle (RCP), 13
RPPS, 7

S

Société d'exercice libéral (SEL), 40
Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA),
45
Société civile de moyens (SCM), 41

T

Taxe professionnelle (contribution économique
territoriale), 68
Télétransmission, 63

U

Urbanisme (règles), 25, 28
URPS, 77
URSSAF, 12, 77

Z

Zonage, 20, 55

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes qui, par leurs remarques pertinentes et constructives, ont contribué à la réalisation de cet ouvrage, plus particulièrement les représentants de la CARCDSF, des syndicats professionnels (ONSSF et UNSSF) et de l'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL).



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

168 rue de Grenelle – 75007 PARIS
Tél : 01.45.51.82.50 Fax : 01.44.18.96.75
Email : contact@ordre-sages-femmes.fr