l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs



# LIVRET D'ACCOMPAGNEMENT DES MÉDECINS EN CESSATION D'ACTIVITÉ LIBÉRALE

Conception : CPAM du Doubs - Service Communication - Juillet 2026

# SOMMAIRE


01 Quelles formalités avant ma cessation d'activité libérale ?
Page 6

02 Quelles prescriptions pour vos patients lors de votre cessation d'activité libérale ?
Page 8

03 Comment repérer mes patients les plus fragiles avant mon départ ?
Page 14

04 Comment sauvegarder vos dossiers patients ?
Page 16

05 Prescription et retraite cessation ou salariat
Page 18

06 Les aides financières
Page 20

07 Quelles modalités pour le cumul emploi-retraite ?
Page 22

## L'Assurance Maladie souhaite accompagner davantage les médecins qui cessent leur activité libérale.

Il s'agit à la fois de **mieux anticiper et préparer** ce moment important, tant pour vous que pour vos patients, dans un contexte où l'accès aux soins devient un enjeu fondamental.

**CE GUIDE VISE AINSI À :**

- **Faciliter vos démarches** en cas de cessation d'activité,
- **Vous informer** sur les possibilités et évolutions en matière de prescriptions de longue durée,
- **Permettre d'identifier les patients les plus fragiles** pour les accompagner vers un nouveau médecin traitant,
- **Favoriser l'utilisation du dossier médical partagé** (DMP) pour assurer la bonne transmission du dossier patient,
- **Vous accompagner** vers une poursuite partielle d'activité, si vous le souhaitez.

Pour contribuer à ces différents objectifs, **nous vous proposons un rendez-vous, puis un accompagnement dans l'année qui précède votre départ effectif**, afin de faciliter votre cessation d'activité et de permettre la continuité des soins de vos patients les plus fragiles.

*Les informations présentes dans ce livret sont à jour de juillet 2026.*

# 01 | QUELLES FORMALITÉS AVANT MA CESSATION D'ACTIVITE LIBÉRALE ?

**La cessation d'activité libérale s'organise selon différentes étapes qu'il est essentiel d'anticiper :**

1

## La déclaration de votre cessation d'activité libérale à l'URSSAF :

Vous devez souscrire auprès du **Centre de Formalités des Entreprises de l'URSSAF** une déclaration de cessation définitive d'activité. Cette déclaration permet d'indiquer tous les renseignements nécessaires à la prise en compte de la cessation.

https://formalites.entreprises.gouv.fr/

2

## La déclaration de votre cessation d'activité libérale auprès du Conseil de l'Ordre :

Vous devez déclarer votre cessation d'activité libérale au **Conseil Départemental de l'Ordre des médecins**.
Cette déclaration doit être effectuée six mois avant votre cessation d'activité, conformément à la loi (article L. 4113-15 du code de la santé publique).

cd.25@ordre.medecin.fr

3

## La déclaration de cessation d'activité à l'ARS :

Vous devez déclarer votre cessation d'activité libérale à **l'ARS**.
Cette déclaration doit être effectuée six mois avant votre cessation d'activité, conformément à la loi (article L. 4113-15 du code de la santé publique).

https://www.paps.sante.fr/comment-preparer-au-mieux-mon-depart-la-retraite

4

## Vous devez déclarer votre cessation d'activité libérale à votre caisse d'Assurance Maladie.

Vous devez déclarer votre cessation d'activité libérale à votre **Caisse d'Assurance Maladie**.
Cette déclaration doit être effectuée six mois avant votre cessation d'activité, conformément à la convention médicale (article 9-3 de la convention médicale).

rps.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

## Les autres démarches à réaliser :

- Contacter l'association de gestion agréée à laquelle vous avez éventuellement adhéré ;
- Résilier l'ensemble des contrats relatifs à votre exercice professionnel.

L'ensemble de ces étapes et des liens de connexions pour réaliser les démarches en ligne sont disponibles sur le site du Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS).

## En cas de départ en retraite :

5

### Obtenez votre relevé individuel de situation :

**Un relevé de situation individuelle**, récapitulant les trimestres et les points acquis, vous est envoyé l'année de vos 35, 40, 45 ou 50 ans par le Groupement d'intérêt public (GIP) info retraite. Ce même organisme adresse l'estimation indicative globale de votre future retraite, l'année de vos 55, 60 et 65 ans.

6

### Demandez votre retraite :

**La demande retraite n'est pas automatique**, sauf pour les bénéficiaires de la rente d'invalidité.

Vous pouvez demander votre retraite :

- En ligne en vous connectant à votre compte retraite sur le site info-retraite ;
- Auprès de la CARMF en vous connectant sur votre espace personnel eCARMF.

https://extranet.carmf.fr/adherents/connecter

7

### Maintien de l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins :

**Vous pouvez maintenir votre inscription au tableau** comme médecin retraité non exerçant pour soigner gratuitement vos proches. Votre cotisation sera alors minorée.

## Vos ressources utiles :

**Page Préparation à la retraite du PAPS :**
https://www.paps.sante.fr/
Rubrique médecin / La cessation d'activité / Préparer ma retraite.

**Guide mis à disposition par le CNOM :**
Accompagnement à la fin de carrière du médecin
www.conseil-national.medecin.fr - Rubrique Actualités

**Guide mis à disposition par la CARMF :**
Préparer sa retraite en temps choisi
www.carmf.fr - Rubrique retraite / Préparer votre retraite.

# 02 QUELLES PRESCRIPTIONS POUR VOS PATIENTS LORS DE VOTRE CESSATION D'ACTIVITÉ LIBÉRALE ?

**L'accès à un nouveau médecin traitant sera le meilleur facteur de bonne continuité des soins pour vos patients.**

Dans le contexte actuel de difficultés liées à la démographie médicale, il peut être utile d'utiliser pleinement les possibilités offertes par la réglementation afin de prescrire, de façon renouvelable le cas échéant, les traitements pour des périodes longues, qui laisseront un délai supplémentaire au patient pour trouver son nouveau médecin traitant.

Afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soins du patient, lorsque vous n'avez pas la possibilité de transférer le dossier du patient vers un confrère pour assurer le suivi, vous pouvez utiliser les durées maximales de prescription. Vous trouverez ci-après le détail par type de prescription.

## 1 MÉDICAMENTS

L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois doit indiquer, dans la limite de douze mois pour permettre la prise en charge de ce médicament :

- 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,
- la durée totale de traitement.

*Article L. 5125-23-1 du code de la santé publique*

Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, **le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue, les médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite du traitement dans la limite de trois mois, par délivrance d'un mois**. Le médecin prescripteur en est informé par des moyens de communication sécurisés.

Les catégories de médicaments et de dispositifs médicaux exclues sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

*Article L. 5125-23-1 et article R. 5123- 2-1 du CSP - Arrêté du 5 février 2008 (JO du 7/02/2008)*

# Cas particuliers :

## LES MÉDICAMENTS INSCRITS SUR LES LISTES I ET II DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

Une prescription de médicaments relevant des listes I et II ne peut être faite pour une durée de traitement supérieure à 12 mois. Toutefois, pour des motifs de santé publique, pour certains médicaments, cette durée peut être réduite par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

À titre d'exemple, cette durée est réduite à :

- 4 semaines pour les hypnotiques ;
- 4 semaines pour le clorazepate dipotassique 20 mg *** ;
- 12 semaines pour les anxiolytiques (hors tranxène® 20 mg gélules) ;
- 12 semaines pour le clonazepam *** ;

À condition que la première dispensation survienne dans les trois mois de la prescription :

- le ou les renouvellements éventuels de la liste I ne peuvent être exécutés que sur mention expresse de prescripteurs précisant soit le nombre de renouvellement soit la durée du traitement ;
- le ou les renouvellements éventuels de la liste II peuvent être exécutés si le prescripteur ne l'a pas interdit.

*Article R. 5132-22 du CSP*

Le renouvellement de la délivrance ne peut avoir lieu qu'après un délai déterminé résultant de la posologie et des quantités précédemment délivrées.

*Article R. 5132-14 du CSP*

## LES STUPÉFIANTS ET SPÉCIALITÉS LISTE I SOUMISES À LA RÉGLEMENTATION DES STUPÉFIANTS ET ASSIMILÉS

Toute prescription de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants doit être rédigée sur **ordonnance sécurisée** dont le modèle a été fixé par arrêté du 31 mars 1999.

**La durée maximale de prescription est limitée à 28 jours**. Cette durée peut être réduite pour certains médicaments désignés par décision du directeur de l'ANSM. Il peut décider que la délivrance soit fractionnée (dispensation à l'unité).

*Article R. 5132-30 du CSP*

## CONTRACEPTION

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.

Ces médicaments contraceptifs peuvent être délivrés par le pharmacien pour une durée de douze semaines.

Lorsque la totalité des contraceptifs prescrits a été délivrée, le pharmacien peut dispenser, pour une durée qui ne peut excéder six mois, les contraceptifs oraux mentionnés sur l'ordonnance, si :

- le contraceptif n'est pas sur la liste mentionnée au 2e aliéna de l'article L. 5125-23-1
- l'ordonnance date de moins d'un an.

Les infirmiers peuvent renouveler une prescription de médicaments contraceptifs oraux, datant de moins d'un an, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté, pour une durée maximale de six mois non renouvelable.

*Article L. 4311-1 du Code de la santé publique*

## LPP

La prescription d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la LPP ne peut être faite pour une durée supérieure à douze mois.
Au-delà de ce délai, une nouvelle prescription est nécessaire.

*Article R. 165-36 du CSS*

L'ordonnance indique soit la durée totale de la prescription, soit le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois, dans la limite de douze mois.

*Article R. 165-37 du CSS*

Attention toutefois, une ordonnance d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la LPP doit être conforme aux conditions particulières de remboursement éventuellement prévues par la nomenclature :

A titre d'exemple :
Une prescription initiale de complémentation orale ne peut excéder une durée d'un mois et la première délivrance est limitée à dix jours.

*Arrêté du 07 mai 2019 (JO du 10/05/2019)*

Pour en permettre la prise en charge, le distributeur au détail ne peut effectuer la première délivrance de produits ou de prestations inscrits sur ladite liste que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de six mois. La validité de l'ordonnance est expirée à l'issue de la délivrance des produits et prestations correspondant à la durée totale de la prescription.

*Article R. 165-40 du CSS*

### Cas particuliers des pansements infirmiers

Depuis le 1er avril 2025, les règles de prescription et de délivrance des pansements remboursables ont été modifiées pour mieux adapter les quantités aux besoins réels des patients. Cette mesure, issue d'un arrêté du 13 mars 2025, vise à éviter le gaspillage, à protéger l'environnement et à maîtriser les dépenses de santé.

Désormais :
La prescription doit être basée sur une évaluation clinique de la plaie par un professionnel de santé habilité. Elle doit indiquer la catégorie, la taille, la quantité, la fréquence de renouvellement et tout autre détail pertinent.

Le pharmacien peut délivrer jusqu'à 7 jours de traitement lors de la première délivrance. Les renouvellements se font ensuite à la demande du patient, selon ses besoins et en concertation avec l'infirmier le cas échéant, dans la limite de la durée inscrite sur l'ordonnance.

*Article L. 4311-1 du CSP*

## 2 PRESCRIPTIONS DE SOINS INFIRMIERS

Si la prescription d'actes infirmiers ne comporte pas de délai de réalisation, la règle de la justification médicale des soins prévaut. Il en est de même pour
la durée des soins.

Dans certains cas, cette durée est précisée dans la NGAP (titre XVI).

Les séances de soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente peuvent être réalisées pendant une durée de 1 an après élaboration d'un Bilan de Soins Infirmiers (BSI).

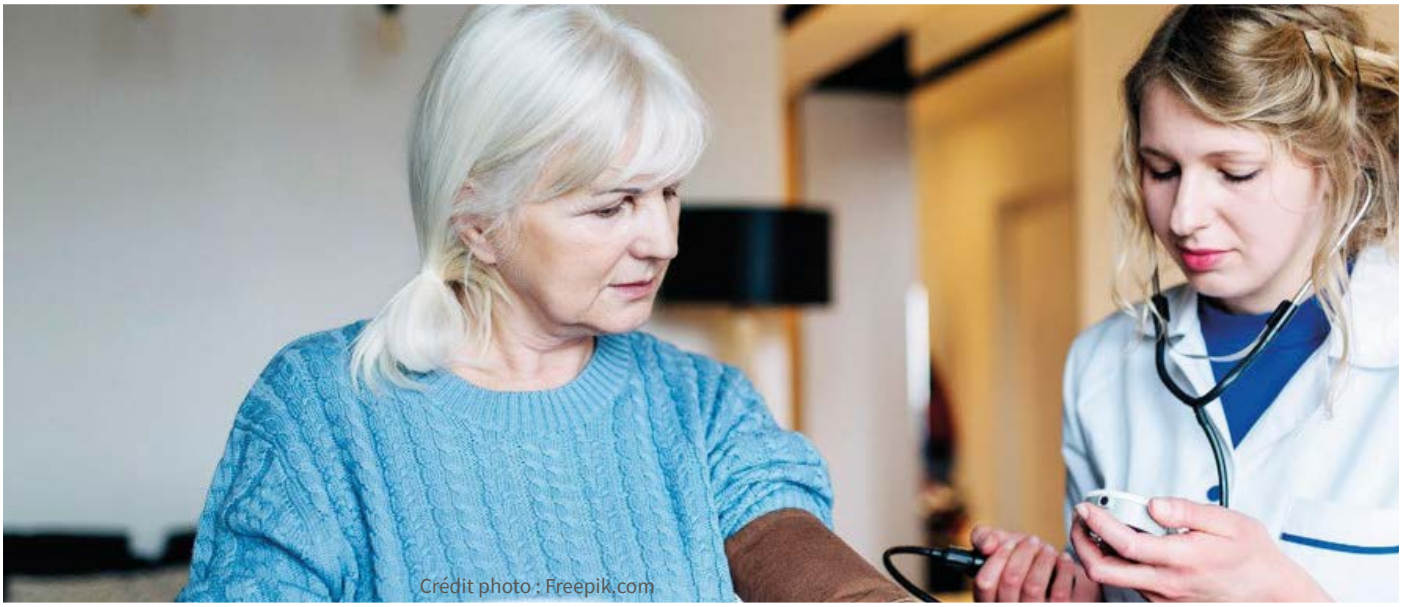
Les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, sont autorisés eux mêmes à prescrire à leurs patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux :

- Inscrits sous une ligne générique ou un nom de marque et appartenant à une catégorie visée par l'article 2 du présent arrêté, sauf mention contraire, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;

- Correspondant à une combinaison (set) de plusieurs produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale et appartenant à l'une des catégories visées dans l'article 2.

Sont particulièrement concernés les différents types de pansements utilisables dans le traitement des plaies.

*Article L. 4311-1 du CSP*


Crédit photo : Freepik.com

## 3 PRESCRIPTIONS PAR UN(E) INFIRMIER(E) EN PRATIQUE AVANCÉE

Les infirmiers en pratique avancée peuvent depuis avril 2025 prendre le relais dans la réalisation de prescription médicale ne nécessitant pas de concertation médicale au préalable.

Vous trouverez ci-dessous quelques exemples et la liste complète est disponible via le lien de l'arrêté :

- soins et d'actes infirmiers, y compris le bilan de soins infirmiers ;
- bande ou bas de contention de classe 1 et 2 ;
- compléments nutritionnels oraux ;
- antalgiques de palier 1 ;
- solutés intraveineux d'électrolytes, ions et glucose : NaCl 0,9 %, G5 %, G30 % ;
- antidiarrhéiques : lopéramide, racecadotril, antihistaminiques H1 peu sédatifs par voie orale ;
- antispasmodiques à visée digestive et pansements digestifs ;
- anesthésiques locaux en gel, crème ;
- antiseptiques locaux ;
- pansements médicamenteux ;
- antiacides gastriques d'action locale ;
- inhibiteurs de la pompe à protons ;
- laxatifs de lest, osmotiques et lubrifiants ;
- traitements antibiotiques pour des infections identifiées à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique, sous condition du suivi d'une formation définie par arrêté :
- fosfomycine-trométamol, pour traiter une cystite chez la femme de 16 à 65 ans sans facteur de risque de complication ;
- amoxicilline, pour traiter une angine bactérienne à strepto-test positif chez le patient âgé de 10 ans ou plus ;





Crédit photo : Freepik.com

En complément, pour les IPA spécialisées dans le domaine d'intervention « pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » prévu au 1° de l'*article R. 4301-2 du code de la santé publique*, les traitements suivants peuvent être prescrits sans diagnostic médical au préalable :

- traitements antihypertenseurs de première ligne pour les hypertensions de grade 1 sans retentissement et à l'exclusion des bétabloquants : inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2), inhibiteur calcique, diurétique thiazidique en monothérapie et de préférence en monoprise ;

- polygraphie ventilatoire nocturne pour le dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil ;

- traitements hypoglycémiants de première ligne, conformément aux recommandations en vigueur, chez un patient diabétique de type 2 ;

- dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie capillaire : lecteur de glycémie, bandelettes d'autocontrôle de la glycémie, autopiqueur, lancettes.

*Arrêté du 25 avril 2025*

## 4 PRESCRIPTIONS DE SOINS DE MASSO KINESITHERAPIE

La durée de validité d'une ordonnance après la date de prescription n'a pas de limite réglementaire.

Dans une démarche de prévention envers des actes non justifiés ou iatrogènes, initier un traitement de rééducation en utilisant une ordonnance datant de plus d'un an est à proscrire .

# 03 COMMENT REPÉRER MES PATIENTS LES PLUS FRAGILES AVANT MON DÉPART ?

Dans le cadre d'un départ, il est important de pouvoir identifier les patients les plus fragiles, pour lesquels il est fondamental qu'un suivi par un médecin traitant soit assuré à court terme.

Ces critères reposent avant tout sur la connaissance que vous avez de vos patients.

**LES CRITÈRES OBJECTIFS :**

- patients en ALD ;
- patients avec un Art L34.1 arrêt > 6 mois ;
- patients en invalidité et tout particulièrement les catégories 3 ;
- patients polymédiqués : âge > 65 ans et plus de 5 molécules sur l'ordonnance ;
- classes thérapeutiques à risque : anticoagulants, diurétiques, antiagrégants, antihypertenseurs, psychotropes ;
- patients avec des soins infirmiers « BSI » ;
- patients avec soins de kinésithérapie ≥ à 6mois ;
- pathologies ayant décompensé avec obligation d'hospitalisation dans l'année ALD et notion de GHS dans l'année ;
- patients inclus dans PRADO médecine (IC, BPCO et / ou PA) ;
- patients avec troubles cognitifs ;
- isolement social.

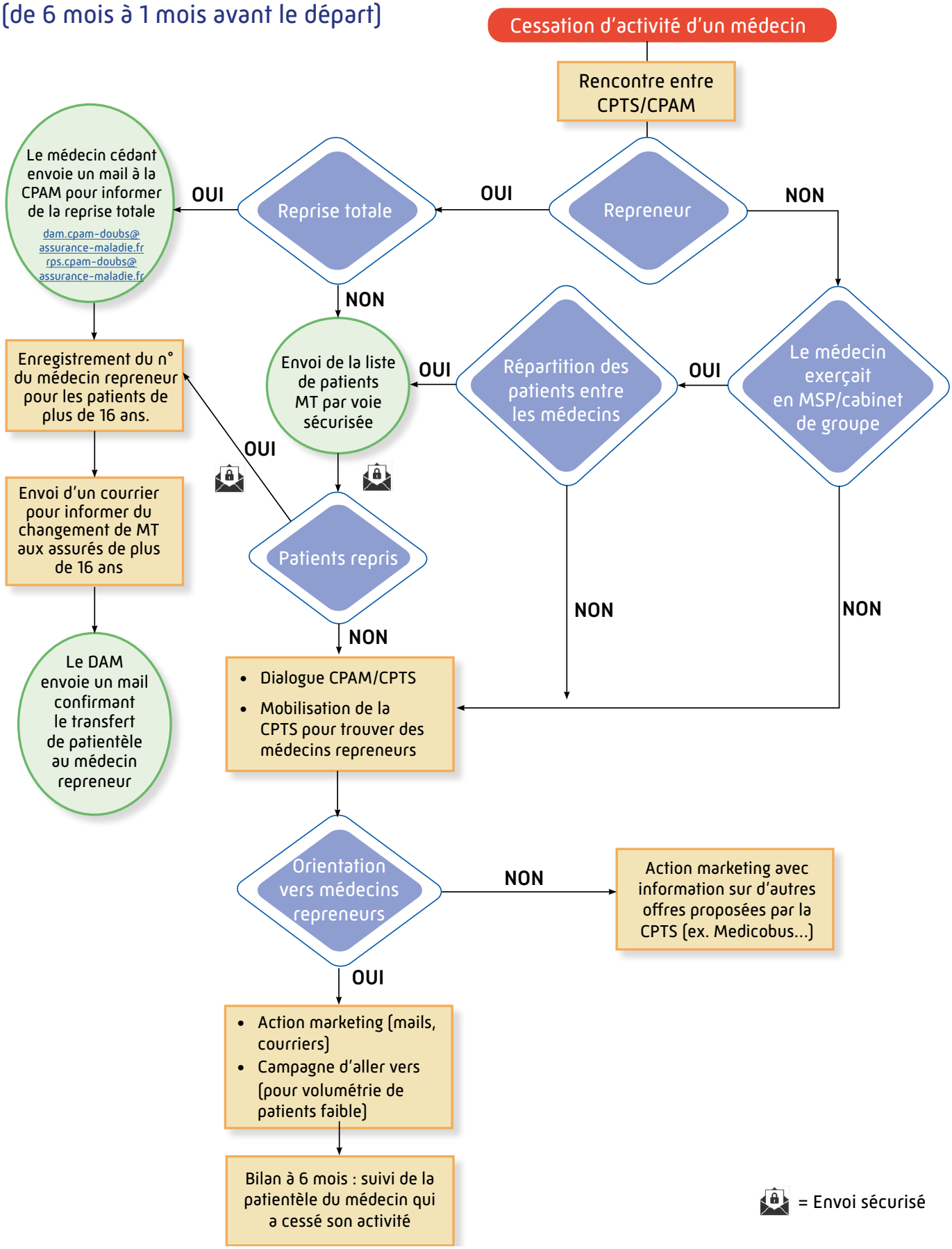
À partir d'amelipro, vous pouvez consulter la liste de vos patients pour lesquels vous êtes médecin traitant, avec indication de la présence d'une ALD.

Dans le cadre de l'accompagnement à la cessation d'activité, la CPAM travaille en collaboration avec la CPTS de votre territoire et vous-même pour organiser la reprise de tout ou partie de votre patientèle « fragiles » et le reste des patients si possible.

Vous retrouvez sur la page suivante, le circuit mis en place pour vous accompagner en amont de votre cessation d'activité.

# PROCÉDURE MISE EN PLACE DANS LE CADRE D'UNE CESSATION D'ACTIVITÉ D'UN MÉDECIN

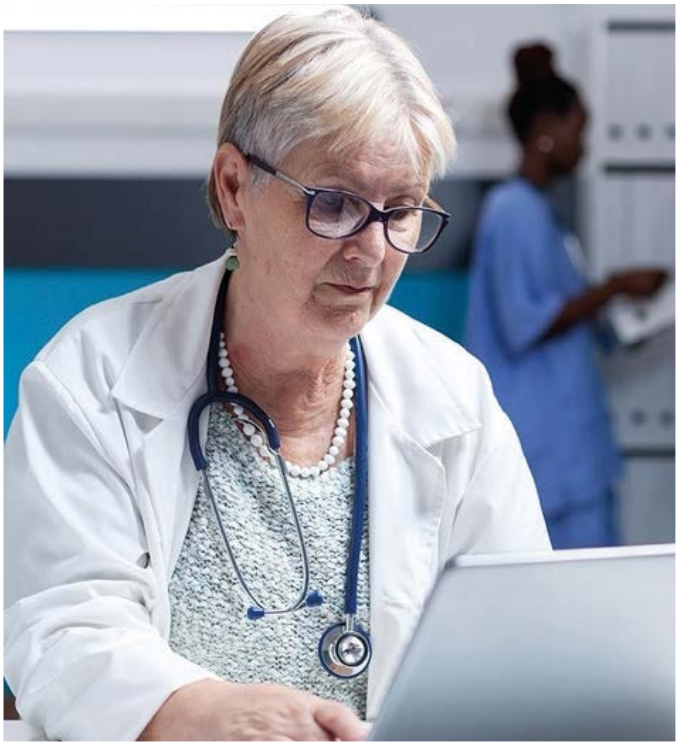
(de 6 mois à 1 mois avant le départ)



# 04 COMMENT SAUVEGARDER VOS DOSSIERS PATIENTS ?

## SEGUR DU NUMÉRIQUE ET MESURES CONVENTIONNELLES

La convention médicale vous incite en qualité de médecin traitant au remplissage du Volet de Synthèse Médicale (VSM) pour vos patients en ALD et à l'alimentation dans le DMP (au sein de Mon espace santé) afin de faciliter la transmission du dossier patient entre professionnels. La facilité d'élaboration du VSM et son alimentation dans le DMP au sein de Mon espace santé est liée à l'équipement des médecins par leur éditeur
du « package SEGUR » (DMP, MSS, application carte Vitale, ordonnance numérique, INS, Prosanté connect).



La complétude systématique, pour l'ensemble d'une patientèle, du VSM constitue donc **une priorité pour l'ensemble des patients** lors de votre cessation d'activité, la transmission s'effectuant alors via le DMP au sein des profils « Mon Espace Santé » ouvert pour tous les assurés n'ayant pas manifesté leur opposition à cette ouverture (97% des assurés environ).

## L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

**Les Délégués du Numérique en Santé** sont disponibles pour vous accompagner dans l'organisation de la sauvegarde de vos données et ou la complétude du VSM.

Quel que soit le mode de sauvegarde de vos données, le CNOM recommande de conserver les dossiers patients pendant une durée de 20 ans.

dns.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

## LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

L'alimentation régulière du DMP au sein des profils Mon espace santé facilite la gestion au quotidien du dossier patient, et assure la continuité des soins entre Professionnels de santé.

Le DMP ne se substitue pas au dossier professionnel que vous avez créé, mais il est à privilégier chaque fois que cela est possible, afin d'améliorer le suivi du patient par le partage d'information, la coordination et la continuité de soins qu'il permet.

Le DMP, que vous alimentez avec les autres catégories de professionnels et établissements de santé, permet au patient de retrouver dans son profil « Mon Espace Santé » les données telles que les résultats d'analyses, les délivrances médicamenteuses, les comptes rendus d'imagerie et autres documents, qui seront utiles si le patient doit être admis aux urgences, ou s'il souhaite donner l'accès à ses données à des spécialistes par exemple.

## VOUS AVEZ UN SUCCESSEUR

Si vous trouvez un successeur, la patientèle lui est présentée et les dossiers lui sont transmis.

Toutefois, cette transmission ne peut être automatique. Les patients peuvent décider du choix d'un autre médecin et demander que le dossier les concernant leur soit transmis.

## LE PATIENT A TROUVÉ UN MÉDECIN TRAITANT

Les logiciels des éditeurs peuvent offrir la possibilité d'effectuer, depuis le logiciel du cabinet, un export du dossier médical soit au format pdf, soit au format ASCII (format interopérable entre les éditeurs), afin de faciliter le partage des informations vers le prochain médecin traitant.

L'utilisation d'une clé USB ou de tout autre support numérique reste une alternative possible.

## LE PATIENT N'A PAS TROUVÉ DE NOUVEAU MÉDECIN TRAITANT

Pour la transmission du dossier médical vers le patient, pas de solution particulière proposée : clé USB, dossier papier, DMP au sein de Mon espace santé.

Si le patient souhaite la remise de copies, les frais à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et éventuellement, de l'envoi des documents. La réglementation oblige les professionnels de santé à conserver les éléments originaux du dossier médical. Il vous appartient de signaler à votre CDOM le sort et le lieu de conservation des dossiers médicaux.

Pour plus de précisions sur la communication et la sauvegarde du dossier patient, nous vous invitons à consulter les informations disponibles sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins.

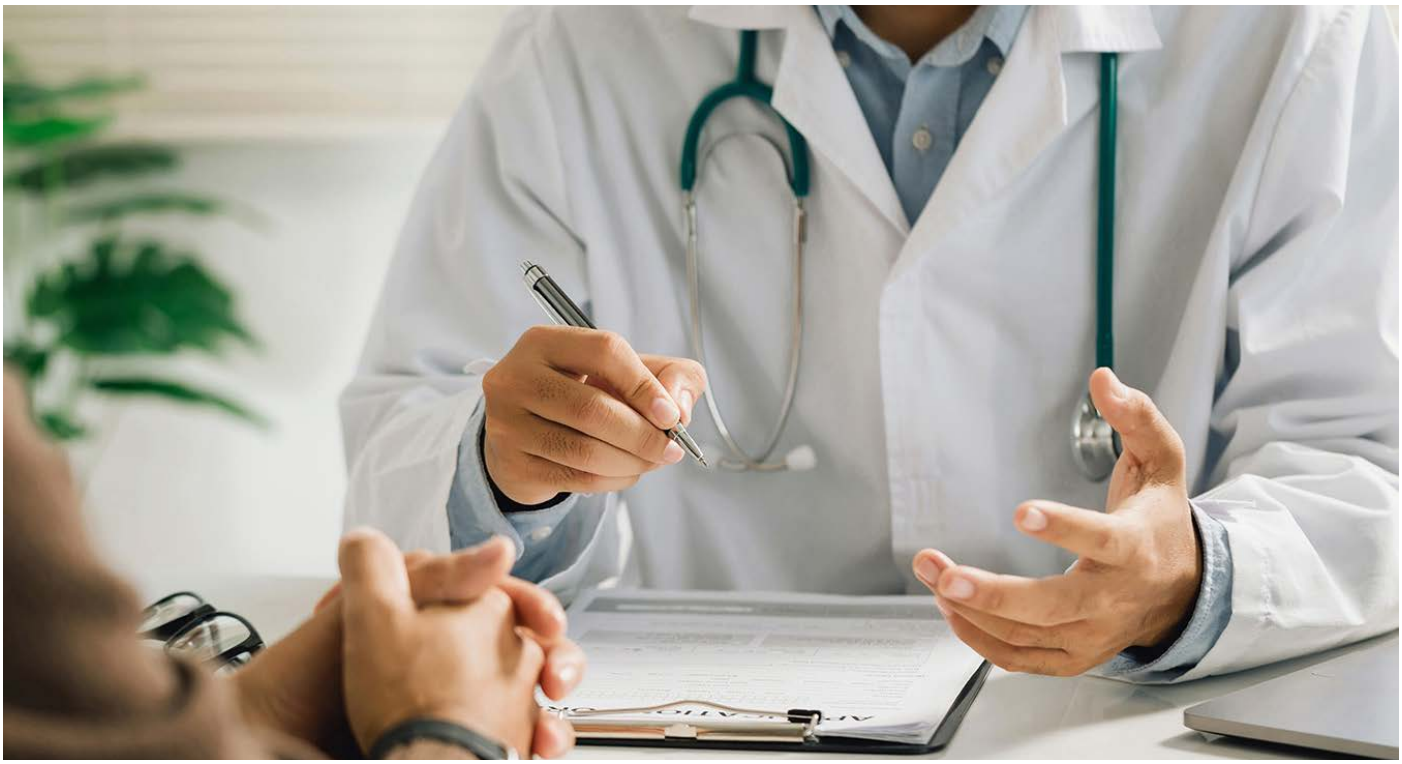
# 05 PRESCRIPTION ET RETRAITE CESSATION OU SALARIAT

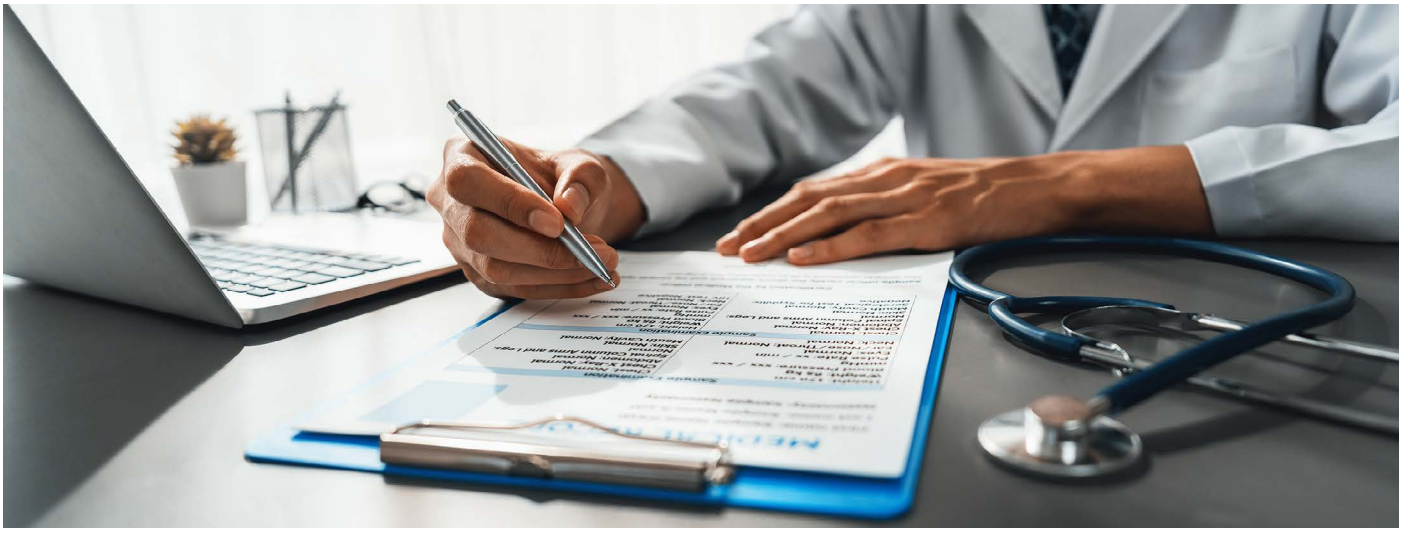
## PRESCRIPTION ET ORDONNANCE D'UN MÉDECIN RETRAITÉ :

Le médecin retraité peut être amené à rédiger, à titre gracieux, des ordonnances pour ses proches (conjoint, père et mère des époux, enfants, petits-enfants, frère et soeurs des deux époux). Il a la possibilité de rester médecin traitant pour lui-même et pour ses proches.

**Quelles sont les règles à respecter dans le cadre de ce type de prescription ?**

- Le médecin doit impérativement être inscrit au tableau de l'Ordre de son département et ne pas être frappé par une interdiction ou une suspension d'exercer,
- Il est conseillé de conserver sa RCP (responsabilité civile professionnelle),
- Bien mentionner les numéros d'identification nécessaire (mentionner le numéro RPPS),
- La prescription doit concerner uniquement un proche.





## CERTIFICAT

Il convient de préciser que la valeur d'un certificat ne peut être remise en cause du seul fait de l'existence d'un lien de parenté entre son auteur et le bénéficiaire.

Néanmoins, la délivrance d'un certificat à un proche risque de susciter des suspicions de complaisance et de provoquer des difficultés.

C'est pourquoi, le Conseil national de l'Ordre des médecins suggère aux médecins retraités de s'abstenir et de faire appel à un confrère pour la prescription d'un arrêt de travail.
Pour la prescription personnelle et familiale, il n'est pas obligatoire de commander des ordonnanciers.

Pour bénéficier d'une prise en charge de l'assurance maladie, vous pouvez réaliser votre ordonnance sur un document informatique avec en-tête et/ou écrire sur papier libre les éléments suivants :

- nom/prénom,
- coordonnées personnelles (adresse + tél. si besoin),
- n° RPPS,
- mentionner impérativement : « médecin retraité » + « acte gratuit »,
- l'identité de l'assuré,
- ne pas oublier de dater et signer l'ordonnance.

Les ordonnances sécurisées ne sont obligatoires que pour la prescription de toxiques.

# 06 | LES AIDES FINANCIÈRES

## LE FORFAIT MÉDECIN TRAITANT (FMT) ET LA MAJORATION PRÉVENTION

Le forfait médecin traitant est un forfait unique qui valorise le rôle du médecin traitant dans le suivi de ses patients en tenant compte de leurs caractéristiques (état au 31 décembre de l'année précédente) et des actions de prévention menées auprès d'eux.

Le FMT est désormais calculé patient par patient. Il peut aller jusqu'à 100 € par patient, en fonction de son âge et de la présence ou non d'une affection de longue durée (ALD).

Il peut être majoré dans certains cas :

- **selon l'âge du médecin :** + 10 % à partir de 67 ans et plus au 31 décembre de l'année précédente ;

- **selon le lieu d'implantation du cabinet principal :**
  - + 10 % pour les médecins installés en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou en « quartier prioritaire de la ville » (QPV) au 31 décembre de l'année précédente ;
  - et jusqu'à + 50 % s'il s'agit de l'année de primo-installation en libéral (ou + 30 % pour la deuxième année qui suit la primoinstallation) ;

- **selon le niveau de précarité du patient :** 10 € supplémentaires pour chaque patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire.

Des majorations « de prévention » sont également prévues et concernent 15 indicateurs sur 3 thèmes de santé publique (vaccinations, dépistages et suivis).

Ces 15 indicateurs s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et sont calculés à partir des données de remboursement dont dispose l'Assurance Maladie.

Pour chaque indicateur, cette valorisation s'applique par patient éligible au 31 décembre de l'année.

## LES MODALITÉS DE VERSEMENT DU FORFAIT MEDECIN TRAITANT

**L'essentiel du FMT est calculé sur la base de la patientèle au 31 décembre de l'année précédente**, puis versé durant l'année en cours (comme le FPMT), **en 4 échéances** (avril, juin, septembre et novembre) d'un montant égal.

La majoration « prévention » du FMT est quant à elle calculée au 31 décembre de l'année en cours puis versée l'année suivante.

**À compter de 2026, le versement du FMT est prévu selon le calendrier suivant :**



- **Avril** : 1er versement du FMT
- **Juin** : 2ème versement du FMT
- **Septembre** : 3ème versement du FMT
- **Novembre** : 4ème versement du FMT

*Tout trimestre commencé sera dû.*

## LES MESURES DEMOGRAPHIQUES

Les contrats démographiques de la précédente convention sont remplacés par :

- la majoration du FMT de 10 % lorsque le cabinet principal du médecin se situe en ZIP ou QPV ; une aide ponctuelle de 3 000 € pour la création d'un cabinet secondaire en ZIP ;
- une rémunération de 200 € par demi-journée de consultations avancées en ZIP (dans la limite de 6 demi-journées par mois) pour les médecins n'ayant pas leur cabinet en ZIP.

## ASSISTANTS MÉDICAUX

Cette aide conventionnelle à l'emploi d'assistants médicaux dans les cabinets a été conçue pour vous permettre de libérer du temps médical.

Le contrat prendra fin à votre date de cessation d'activité, l'aide vous sera donc versée de façon proratisée.

dam.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

# 07 | QUELLES MODALITÉS POUR LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE ?

## LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE INTÉGRAL

En tant que retraité, vous avez la possibilité de continuer à exercer une activité professionnelle, sans limitation de revenus, si vous remplissez les deux conditions suivantes :

- disposer du nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier d'une retraite de base à taux plein ou avoir l'âge de la retraite à taux plein ;
- avoir fait valoir l'ensemble de vos droits à la retraite auprès des régimes de base et complémentaires.

## ACQUISITION DE DROITS

Les médecins en cumul-emploi retraite intégral avec une activité libérale peuvent acquérir des droits au régime de base en contrepartie de leur cotisation. Pour ce faire, ils doivent avoir liquidé leur retraite de base à taux plein et avoir liquidé l'ensemble de leurs pensions de base et complémentaire.

Le montant de ces droits ne devra pas excéder 5% du plafond annuel de la SS (plafonnement à hauteur d'environ 2 318€ avec le PASS 2024 fixé à 46 368€).

Ces droits nouvellement acquis font l'objet d'une seconde liquidation à la demande du médecin. De nouveaux droits ne pourront plus être acquis après cette seconde liquidation. Ces droits ne bénéficient d'aucune majoration.

Si vous avez bénéficié de l'exonération des cotisations vieillesses en 2023, vous ne vous constituerez des droits supplémentaires au régime de base qu'à compter de 2024.

Les cotisations versées au titre du régime complémentaire de retraite et du régime de prestations complémentaires de vieillesse (ou ASV) par les médecins en cumul emploi-retraite restent non attributives de droits.

## LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE AVEC LIMITATION DE REVENU

Dans le cas où vous ne remplissez pas les conditions ci- dessus, vous avez la possibilité d'exercer dans le cadre d'un cumul avec limitation.

Si vos revenus dépassent un plafond annuel autorisé, le versement de votre retraite est suspendu à concurrence du dépassement selon des conditions déterminées par décret.

**Revenus non limités** : certains revenus ne sont pas soumis à la limitation. C'est notamment le cas des revenus tirés de la participation à la permanence des soins ou, sous certaines conditions, des activités juridictionnelles, artistiques, littéraires, scientifiques ou consultatives.

## POSSIBILITE D'ADHESION AU REGIME SIMPLIFIE POUR LES MEDECINS EN CUMUL EMPLOI-RETRAITE

Si vous êtes médecin régulateur (SAS ou PDSA), ou médecin remplaçant, vous pouvez opter pour le Régime Simplifié des Professions Médicales (RSPM).

Ce dispositif vous permet de bénéficier d'un taux de cotisation unique (13,5%) dès lors que vos revenus sont inférieurs à 19K€.

Vous pouvez sortir progressivement de ce dispositif si vos revenus sont situés entre 19 000 et 38 000 €. Dans ce cas, vous bénéficiez du dispositif durant une durée maximale d'un an et vous cotisez à hauteur de 21,2 % sur la part de vos revenus situés entre 19 000 et 38 000 €. Vous sortez du dispositif dès la deuxième année consécutive où vos revenus se trouvent dans cette fourchette, ou dès lors que vos revenus excèdent 38 000 €.

## DÉMARCHES EN CAS DE MAINTIEN OU DE REPRISE D'ACTIVITÉ

### Les démarches auprès de la CARMF :

- **En cas de maintien de votre activité libérale**, votre demande doit être adressée par courrier ou dans votre espace personnel eCARMF ;

- **En cas de reprise d'activité**, vous devez compléter et retourner une déclaration d'activité dans les 30 jours suivant la reprise afin que la CARMF procède à votre réaffiliation.

### Les démarches auprès d'autres organismes :

Dans le cadre de votre maintien ou reprise d'activité, vous devez :

- Avertir le Conseil départemental de l'Ordre ;
- Maintenir votre assurance en responsabilité civile professionnelle ;
- Effectuer les démarches habituelles inhérentes à une reprise d'activité auprès des organismes concernés (Urssaf, Caisses d'Assurance Maladie...).

Guide mis à la disposition des médecins par la CARMF sur le cumul de la retraite avec le maintien d'une activité libérale :



www.carmf.fr – Rubrique retraite/ Cumul

# LES CONTACTS PRIVILÉGIÉS DES CPTS

**CPTS Doubs Central :**
contact@cptsdoubscentral.org 06 51 97 03 74

**CPTS Capacités Besançon et Métropole :**
contact@cpts-capacites-bm.fr 03 81 50 79 67

**CPTS Entre Doubs et Jura :**
direction@cpts-edj.fr 07 88 20 63 00

**CPTS Loue Lison :**
contact@cpts-loue-lison.fr 07 69 68 07 34

**CPTS Pays Horloger :**
direction@cpts-payshorloger.fr 07 89 09 82 31

**CPTS Portes du Haut Doubs :**
contact@cpts-phd.fr 07 45 01 64 41

**CPTS Avenir Santé :**
coordo@cpts-avenir-sante.fr 07 57 60 98 44

**CPTS Grand Montbéliard :**
contact@cptsgrandmontbeliard.fr 06 11 75 38 98

# VOS CONTACTS DE PROXIMITÉ À LA CPAM DU DOUBS

**L'équipe des Relations avec les Professionnels de Santé,**
pour vous accompagner dans vos démarches administratives :
rps.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

**L'équipe des Délégués de l'Assurance Maladie,**
pour vous accompagner sur les dispositifs conventionnels et les aides financières :
dam.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

**L'équipe des Délégués Numérique en Santé,**
pour vous accompagner sur les téléservices et la facturation :
dns.cpam-doubs@assurance-maladie.fr