

L'Avantage Social Maladie : qu'en est-il vraiment ?

L'ASM, Avantage Social Maladie, des masseurs kinésithérapeutes a fait couler beaucoup d'encre et continuera encore sans aucun doute. Certains pensent que l'avenant 4 en a signé la mort, d'autres racontent qu'il était perdu depuis longtemps. Et pendant ce temps là, l'assurance maladie fait des économies sur notre dos.

Le droit français est écrit. Il fait donc consulter les lois et les textes parus au Journal Officiel. En respectant la hiérarchie des normes. Afin de savoir ce qu'il en est vraiment du taux applicable tant celui sur nos revenus que celui pris en charge par les caisses, de l'assiette de notre cotisation maladie et surtout de l'assiette de revenus à prendre en compte pour déterminer la part de l'assurance maladie...

Sur les taux retenus, il n'y a pas de problème ; tout le monde est d'accord : c'est 9,81% de cotisation totale mais, au titre de l'ASM, avec une prise en charge de 9,70% par l'assurance maladie et 0,11% de notre poche. On peut déjà s'interroger sur la pertinence d'un taux à 9,81% quand on sait que celui du RSI est à 6,50%. Si une partie de nos honoraires doit être assujettie au taux maximum, nous payons déjà 3,31% de plus que les indépendants assujettis au RSI...

Là où le bât blesse c'est lorsque l'on aborde la notion d'assiette des cotisations à 9,81% ou à 9,70%.

Nous allons nous appuyer sur un courrier du 17 juin 2013 en réponse aux interrogations du SNMKR sur le projet d'avenant 4 de notre convention, émanant de l'UNCAM (Philippe Ulmann).

Dans ce courrier, l'UNCAM attire notre attention *sur la distinction à faire entre deux notions bien distinctes qui sont :*

- *l'assiette de cotisations au régime des PAMC qui relève de l'article L722-4 du CSS.*
- *et l'assiette de la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations dues par les MK pour bénéficier de ce régime PAMC qui relève de l'article L.162-14-1 du CSS qui délimite strictement le champs de compétences des conventions nationales régissant les relations entre l'assurance maladie et les Professionnels de Santé.*

Que le fait que les revenus non conventionnés aient été introduits dans l'assiette de cotisations du régime des PAMC (modification par la LFSS pour 2012 de l'article L.722-4 du CSS) pour des raisons de simplifications des déclarations des professionnels qui devaient antérieurement faire une double déclaration URSSAF/RSI, n'a aucun impact sur la participation au financement de cette cotisation due par les bénéficiaires de ce régime, dont le principe entre dans le champ des conventions nationales (article L.162-14-1 du CSS).

Et précise que, *jusqu'à sa modification législative récente, l'article L.162-14-1 du CSS prévoyait que l'assiette de participation de l'assurance maladie soit limitée à l'activité conventionnée, c'est à dire aux honoraires, rémunérations et frais accessoires remboursable au titre de l'activité libérale conventionnelle.*

Voyons donc cet article L.722-4 du CSS : *Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur **les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles**, appréciés en application de [l'article L. 131-6](#).*

Ce dernier article rappelle que *les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié. **Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu**, .../... En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnés au second alinéa du I de [l'article 154 bis](#) du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994.*

De plus, l'UNCAM affirme que les revenus non conventionnés ont été introduits dans l'assiette de cotisations du régime des PAMC par modification de l'article L.722-4 issu de la LFSS pour 2012. C'est faux, c'est la LFSS pour 2011 qui l'évoque en premier sans que cela remette en question l'assiette de calcul. De plus la LFSS pour 2013 supprime cette notion pour revenir à la formulation précédente en renforçant donc la notion de revenus tirés des activités professionnelles, sans distinction. Ainsi donc :

- la LFSS pour 2009 précise : *Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent des activités professionnelles.*
- la LFSS pour 2011 précise déjà : *Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés conformément aux deuxième à quatrième alinéas de [l'article L. 131-6](#). Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle mentionnés à [l'article L. 722-1](#) sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de [l'article L. 612-4](#).*
- la LFSS pour 2012 redit la même chose : *Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés en application de [l'article L. 131-6](#). Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle mentionnés à [l'article L. 722-1](#) sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de [l'article L. 612-4](#).*
- la LFSS pour 2013 réaffirme : *Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur **les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles**, appréciés en application de [l'article L. 131-6](#).*

Il ne faut pas oublier l'article D.722-5 qui le complète et l'explicite :

Les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'[article L. 722-1](#) sont, pour la fixation de la cotisation, tenus de fournir, chaque année avant le 1er avril, une déclaration de leurs revenus professionnels non salariés à l'union de recouvrement ou, à défaut, à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent.

Cette déclaration doit comporter le montant des revenus nets, tels qu'ils sont retenus par l'administration fiscale pour l'établissement de l'impôt sur le revenu au titre de l'année civile antérieure de deux ans à celle de la déclaration.

→ Ainsi donc l'URSSAF ne peut nous réclamer qu'une cotisation assise sur (toutes) nos activités professionnelles après réintégration de nos cotisations facultatives (type Madelin). Ni plus, ni moins.

Quant à l'assiette de la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations dues par les MK pour bénéficier de ce régime PAMC, elle relève effectivement des conventions grâce à l'article L.162-14-1 du CSS : *5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 , [L. 612-1](#), [L. 645-2](#) et [L. 722-4](#) ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ;*

Mais l'UNCAM a tort lorsqu'elle prétend que, *jusqu'à sa modification législative récente, l'article L.162-14-1 du CSS prévoyait que l'assiette de participation de l'assurance maladie soit limitée à l'activité conventionnée*

En effet :

- les versions 2002 et 2003 ne l'évoquent pas.
- les versions 2004, 2005, 2006, février et décembre 2010 évoquent *Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation*
- les versions d'août 2011 et décembre 2011 et la version actuelle du 19 décembre 2012 introduisent la notion d'activité dans des structures type EHPAD en budget global (ce dernier ajout a été effectivement possible en août 2011 grâce à l'article 7 de la loi « Fourcade » du 10 août 2011) : *Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé **au titre de leurs honoraires** ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles [L. 242-11](#), [L. 645-2](#) et [L. 722-4](#) ; **la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation.***

→ Ainsi donc depuis 2004, l'article L.162-14-1 ne limite pas l'assiette à l'activité conventionnée mais renvoie à la convention pour la fixer.

Or, si jusqu'en 2005, la notice accompagnant la déclaration de revenus professionnels à l'URSSAF stipule qu'en ligne A, pour les revenus de l'activité médicale conventionnée, il faut retenir le BNC tel qu'il ressort de la déclaration 2035,

Ligne A / MONTANT DES REVENUS DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE CONVENTIONNÉE

1) Vous avez des revenus tirés de l'exercice en clientèle privée de votre profession médicale conventionnée.

♦ Si vous êtes imposé selon le régime de la déclaration contrôlée, vous devez retenir le BNC tel qu'il ressort de votre déclaration fiscale 2035 (annexe 2035 B, ligne CP en cas de bénéfice, ligne CR en cas de déficit), avant :

la notice accompagnant la déclaration de revenus professionnels depuis 2006 est différente et limite aux seuls revenus tirés des actes remboursables.

LIGNE A MONTANT DES REVENUS LIÉS À L'ACTIVITÉ CONVENTIONNÉE

Les revenus liés à l'activité conventionnée sont ceux tirés des actes remboursables et/ou issus de rétrocessions (perçus dans le cadre de remplacements), ainsi que les indemnités pour frais de déplacement et toutes les rémunérations forfaitaires versées par l'assurance maladie (aide à la télétransmission, indemnisation de la formation continue...).

1 ■ Si vous relevez du régime de la déclaration contrôlée, vous devez retenir le BNC tel qu'il ressort de votre déclaration fiscale 2035 (annexe 2035 B, ligne CP en cas de bénéfice, ligne CR en cas de déficit), pour la part afférente à votre activité conventionnée avant les imputations des déficits d'années antérieures.

Conformément à l'article L.162-14-1 vu précédemment, ce ne peut légalement être que par le biais d'un accord conventionnel entre la Caisse et la profession que cela a pu être modifié.

Ce changement a d'ailleurs été notifié aux URSSAF dans une circulaire du 14 juin 2007 émanant conjointement de l'ACOSS (Bernard Billon) et de la CNAMTS (Frédéric van Roekeghem). Au point 1.1.2, la CNAMTS explique que *Les dispositions conventionnelles relatives aux cotisations sociales ne concernent que la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations sociales des professionnels de santé. Les modalités de calcul et d'appel des cotisations sociales restent ainsi définies par le code de la Sécurité sociale.*

Depuis la loi du 13 août 2004, des conventions et avenants modificatifs des conventions existantes ont été signés afin d'adapter les modalités de prise en charge des cotisations.

S'en suit un tableau qui, pour les masseurs kinésithérapeutes, affirme que cette adaptation fait suite à un avenant signé le 20 janvier 2006 et paru au JO le 4 mars 2006, concernant les avantages sociaux maladie et vieillesse.

L'article 1.2 précise sans ambiguïté les intentions de la Caisse :

1.2 Evolution des modalités de prise en charge

*Le même principe préside aux modifications intervenues pour toutes les professions avec lesquelles des accords ont d'ores et déjà été signés. Il s'agit en effet de limiter la participation de l'Assurance maladie à la cotisation due **sur les honoraires remboursables** à l'exclusion des dépassements d'honoraires.*

Il faut donc aller voir du côté de la convention de l'époque (et ses avenants) pour déterminer, éventuellement, si cette modification a été effective.

Convention de 1994 (JO du 19 mai 1994 puis 4 avril 1996) : *Article 26 Les caisses s'engagent à participer au financement de l'assurance maladie des masseurs kinésithérapeutes placés sous le régime de la présente convention. Sans précision supplémentaire.*

L'avenant conclu le 20 janvier 2006 est effectivement le premier avenant évoquant les avantages sociaux en précisant dans son article 7 :

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations sociales dues par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés selon les modalités suivantes.

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. *Cette participation correspond, pour 2006, à 9,7 % de ce montant.*

Pour les exercices suivants, ces dispositions seront revues ultérieurement par les partenaires dans le cadre de la convention, ou, éventuellement, dans le cadre d'un accord commun interprofessionnel.

→ Ainsi donc, si les DE ont été exclus de l'assiette des cotisations maladie, celle-ci est indubitablement assise sur le revenu net, sans distinction d'actes remboursables ou non. La modification demandée à l'URSSAF par l'ACOSS et la CNAMTS ne repose donc sur aucun texte officiel et la procédure n'est donc pas légale.

Un accord conventionnel peut-il depuis avoir modifié les choses ?

Le tableau évoqué précédemment était complété par une remarque spécifique aux MK : *Pour les masseurs-kinésithérapeutes, une nouvelle convention a été conclue le 3 avril 2007 (approuvée par arrêté du 10 mai 2007 publié au Journal Officiel du 16 mai 2007). Elle reprend le dispositif de participation des caisses aux cotisations sociales prévu par l'avenant du 20 janvier 2006.*

En effet le Titre IV sur les dispositions sociales reprend mot pour mot le texte précédent. Donc pas de changement en notre défaveur.

L'avenant n°2 conclu le 21 janvier 2011 évoque une modification des avantages sociaux mais ne concerne que ceux relatifs à la vieillesse (ASV).

→ Ainsi donc, jusqu'au mardi 25 juin 2013 et contrairement à ce qu'affirme la FFMKR, rien ne permettait à la caisse d'asseoir sa participation sur les seuls revenus conventionnés remboursables par l'assurance maladie. Les textes officiels ne retenaient que les revenus nets sans distinction ni précision.

Qu'ajoute alors la signature par la seule FFMKR de l'avenant 4 au niveau des avantages sociaux maladie ?

Le préambule affirme que *les masseurs kinésithérapeutes bénéficient d'ores et déjà de la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations d'assurances maladie assise sur leur activité libérale conventionnée*. Préambule qui est démontré comme faux mais peut influencer les signataires en lui laissant penser que le nouveau texte ne changera rien...

Sous couvert de donner un nouvel avantage concernant l'élargissement de l'assiette aux revenus tirés des structures dont le financement inclut leurs rémunérations alors qu'il ne s'agit que de l'adaptation de la loi Fourcade, l'UNCAM glisse habilement une phrase qui n'existait pas précédemment : *Cette participation est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires*.

En donnant une assise légale aux modifications effectuées illégalement depuis 2006 sur la déclaration URSSAF en créant un article 7.4 relatif aux modalités de calcul de la participation des caisses.

La boucle est bouclée...

→ La FFMKR, par sa signature, est donc sans conteste la seule responsable de la perte d'une grande partie des l'avantage social maladie consenti par l'UNCAM aux masseurs kinésithérapeutes.

Que peut-on en penser juridiquement ? (d'après Daniel Moine) :

Outre la hiérarchie des normes, il y a l'application de la loi dans le temps: la loi postérieure prévaut toujours sur la loi antérieure; dès lors la modification de l'article L722-4 CSS par la LFSS pour 2013 prévaut sur les dispositions antérieures de l'article L162-14-1 CSS autorisant les conventions à "moduler les choses"!

Et donc la "modulation" entretenue reste illégale, les articles L722-4 et D722-5 restant en vigueur et imposant comme seule assiette de calcul notre revenu net tel que déclaré à l'administration fiscale.