



Indemnités journalières et invalidité : Comment choisir son contrat



vétos-entraide
Un lien solidaire entre vétérinaires

SOMMAIRE

Part. 1 Indemnités journalières et invalidité, mode d'emploi

1.1. A quoi ça sert ?	06
1.2. Comment ça marche ?	07
1.3. Incapacité temporaire	08
1.4. Invalidité permanente	09
1.5. Aspect fiscal	10

Part. 2 Comment souscrire une bonne assurance

2.1. De combien ai-je besoin ?	14
2.2. Quelle est ma réserve ?	15
2.3. Définir montants et délais	16
2.4. Déterminer le taux d'invalidité	19
2.5. Exclusions	26
2.6. Grossesse pathologique	28
2.7. Autres clauses	29

Part. 3 Témoignages

30

Part. 4 Glossaire Annexes Remerciements

49

54





Introduction

L'exercice de la profession vétérinaire soumet le praticien à de nombreuses obligations administratives, particulièrement dans le secteur libéral. Lorsque le tour de ces obligations a été effectué et que le vétérinaire a fait le compte de leur montant financier, on peut comprendre qu'il se montre peu enclin à s'intéresser au facultatif.

Pourtant, il faut reconnaître que l'essentiel de la protection sociale du vétérinaire est du domaine du facultatif. Si l'adoption d'une mutuelle de santé est quasiment généralisée, nombre de praticiens négligent la souscription d'indemnités journalières, certains en ignorant même l'existence ou demeurant persuadés qu'elles sont octroyées par la sécurité sociale ou la caisse de retraite.

Il paraît effectivement naturel de ne pas travailler avec l'idée que l'on peut se trouver en arrêt-maladie pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Néanmoins, s'apercevoir à la lumière d'un accident grave que l'on ne dispose d'aucun filet de protection n'est guère utile. Nous souhaitons, par ce document, convaincre nos confrères **du caractère indispensable de cette protection**. Nous ferons un état des lieux, nous vous donnerons une liste d'éléments à examiner attentivement lors de la souscription d'un contrat afin d'en éviter les pièges et enfin nous vous livrerons des témoignages que Vétos-Entraide a recueillis et qui illustrent soit les défauts éventuels des contrats souscrits, soit la protection qu'ils peuvent apporter.

Nous espérons ainsi vous fournir un outil utile et susceptible d'éviter certaines situations parfois dramatiques.



vétos-entraide
Un lien solidaire entre vétérinaires



01 INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, MODE D'EMPLOI

Avant même de décider de prendre un contrat d'indemnités journalières et d'invalidité, il est nécessaire de savoir :

- En quoi consistent ces contrats et à quoi servent-ils ?
- Comment au juste et quand sont-ils mis en application ?
- Quelles sont les conséquences sur la trésorerie et l'imposition ?

Nous aborderons ces questions dans cette première partie.
Un schéma récapitulatif se trouve en annexe à la page 52.



1.1. A QUOI CA SERT ?

A l'heure actuelle, lorsqu'un professionnel libéral se trouve contraint d'arrêter son activité, du fait d'une maladie ou d'un accident, Il ne dispose que des compensations financières qu'il aura souscrites à titre privé, les régimes généraux obligatoires ne couvrant pas ce risque.



La CARPV, caisse autonome de retraite et de prévoyance des vétérinaires, est susceptible de prendre en charge une invalidité professionnelle supérieure à 66 %, mais seulement un an après la survenue de cette invalidité.

Qui peut prétendre être en mesure de subvenir à ses besoins une année durant sans aucun apport extérieur ?

Lorsque le professionnel se voit contraint d'arrêter son activité, sa préoccupation est double : premièrement, trouver un(e) remplaçant(e), deuxièmement faire face à ses charges professionnelles (dont le salaire ou les honoraires dudit remplaçant) et personnelles.

Le contrat d'indemnités journalières propose d'assurer au praticien un revenu de remplacement et de faire face à ses charges fixes.



1.2. COMMENT CA MARCHE ?

Le contrat d'indemnités journalières revêt de multiples aspects en fonction de plusieurs paramètres qu'il est indispensable d'examiner au préalable : délais de carence, délais de franchise, modalités de prise en compte d'une éventuelle invalidité, fiscalité... Par ailleurs, il est important de choisir son contrat selon sa situation personnelle : revenus, charges, mode d'exercice (seul ou en association).

On parle ici d'un contrat, mais il y a en général trois garanties différentes qui sont souvent regroupées mais peuvent être souscrites indépendamment les unes des autres :

- 1 - Le contrat d'indemnités journalières
- 2 - La couverture des frais professionnels
- 3 - L'invalidité.

En général, l'examen des contrats par un néophyte, sans connaître les points importants à examiner et les pièges classiques des contrats d'assurance, relève de l'examen de hiéroglyphes avant la découverte de la pierre de Rosette.

*Pratiquement, comment se déroule l'application
d'un contrat d'indemnités journalières ?*



1.3. Première phase : INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Un vétérinaire se retrouve dans l'incapacité de travailler.

1 Son médecin lui délivre un certificat d'arrêt de travail (modèle salarié ou attestation sur papier libre) qui est transmis à la compagnie d'assurance.

2 Celle-ci examine au préalable la cause de l'arrêt de travail et applique déjà les délais de franchise éventuels.
Exemple : vous êtes malade 15 jours et la franchise est d'un mois, vous ne percevez rien.

3 Ensuite elle applique les restrictions spécifiées dans le contrat ou bien liées à une activité non déclarée lors de la souscription.

Exemples : il a été mentionné dans le questionnaire de santé une intervention sur le genou gauche qui a fait l'objet d'une exclusion dans le contrat ; si l'arrêt-maladie est lié à une affection touchant ce même genou, les indemnités ne seront pas versées.

De même si l'arrêt est lié à une activité jugée dangereuse et non mentionnée (soins à des animaux sauvages, plongée, parapente...), il est possible que le contrat ne soit pas appliqué.

4 Enfin, si des délais de carence figurent au contrat (délai entre la souscription du contrat et l'occurrence du sinistre), il en est tenu compte.

Si ce premier examen du dossier permet le versement des indemnités, celles-ci seront perçues sur la durée de l'arrêt et au-delà si celui-ci est prolongé.

Attention, un contrat d'IJ est toujours limité dans le temps: à partir d'un délai variable, le versement des indemnités cesse, soit que la guérison est acquise, soit que l'incapacité devienne une invalidité, soit que la durée de versement prévue par le contrat a expiré en totalité. Les règles des assurances limitent la durée maximale de versement d'indemnités journalières à trois ans.



1.4. Deuxième phase : **INVALIDITÉ PERMANENTE**

La reconnaissance d'une invalidité peut permettre qu'une rente vienne succéder aux indemnités.

1 Un médecin établit « la consolidation de l'état de santé », à savoir le fait que l'état de santé de l'assuré est susceptible de ne plus se modifier à court ou moyen terme, et délivre un certificat en ce sens.

2 L'assurance, au vu de ce certificat, nomme alors un médecin expert, lié à l'assurance ou indépendant, qui détermine alors un taux d'invalidité permettant de définir le montant de la rente d'invalidité.

Le taux d'invalidité **fonctionnelle** est établi selon un barème général qui ne tient pas compte des spécificités du

métier de la personne concernée alors que le taux d'invalidité **professionnelle** détermine la mesure d'incapacité d'exercer sa profession. Ainsi, la perte de l'usage de la main gauche pour un droitier ne permet d'établir qu'une invalidité fonctionnelle à 33 % alors que l'invalidité professionnelle sera de 100 %.

A l'heure actuelle, la CARPV n'utilise que le taux d'invalidité professionnelle qui, est, bien entendu, plus avantageux. Les compagnies d'assurances privées peuvent utiliser un barème propre (qui peut très bien convenir dans la mesure où il est adapté à notre profession), un barème professionnel pur (comme la CARPV) ou bien un barème croisé (professionnel et fonctionnel).

3 Une fois le taux déterminé, là encore, selon le contrat choisi, la rente peut être plus ou moins importante. En général, au-delà de 66 % d'invalidité, la rente est versée dans son intégralité. En deçà, le calcul varie et un examen attentif est nécessaire : nous y reviendrons dans la deuxième partie.

Le statut de l'invalidité est toujours susceptible de faire l'objet d'une révision, soit que l'invalidité s'aggrave et que le taux doit être modifié, soit que l'état de santé s'améliore. Il faut d'ailleurs noter que la CARPV propose depuis peu un statut d'invalidité totale temporaire qui permet une éventuelle reprise du travail si l'état de santé le permet à nouveau.



1.5. ASPECT FISCAL

Les rentes d'invalidité peuvent être versées mensuellement, trimestriellement ou annuellement, à échoir (au début de la période concernée) ou à terme échu (c'est-à-dire à la fin de la période concernée) : il convient de le savoir afin de prévoir sa trésorerie.

La fiscalité des indemnités journalières dépend du contrat choisi. En général, les cotisations font l'objet d'une déduction dans le cadre de la loi Madelin (avec un plafond, attention!) ; les indemnités, elles, sont alors soumises aux charges sociales (CSG, CRDS) et imposables. A l'opposé, si les cotisations ne sont pas déductibles, les indemnités ne seront pas imposables (mais toujours soumises aux charges sociales). Il en est de même pour la rente d'invalidité.

Contrats indemnitaires et forfaitaires. Le code civil précise que les indemnités journalières ne peuvent contribuer à l'enrichissement de leur bénéficiaire.



Toutefois, par surcroît, dans les contrats dits indemnitaires, si les IJ permettent d'excéder le bénéfice déclaré lors de la souscription du contrat, elles sont automatiquement plafonnées. En revanche, dans les contrats dits forfaitaires, le versement des indemnités ne tient pas compte du bénéfice réel de l'année en cours ni d'autres sources de revenus, dans la limite du raisonnable.



EVOLUTION DES CONTRATS

Il faut réviser régulièrement les contrats d'indemnités journalières en fonction de l'évolution de sa situation personnelle et professionnelle : il est dangereux de rester sur un contrat minimaliste alors que l'on gagne mieux sa vie, comme il est inutile de garder des indemnités élevées si l'on sait que ses charges ont diminué ou que l'activité a baissé.

Enfin, il faut garder à l'esprit que **tout changement d'assureur implique un nouveau questionnaire de santé** et la prise en compte éventuelle de problèmes survenus depuis la signature du précédent contrat : ainsi, si ces problèmes le justifient, l'assureur peut très bien décider d'inscrire une exclusion dans le nouveau contrat. Le changement doit donc être suffisamment valable pour justifier cette possible exclusion.

Un mot sur les confrères salariés :

A priori, les indemnités journalières les concernent beaucoup moins puisque leur statut leur donne droit à une indemnisation, pour une part de la sécurité sociale, pour une autre de l'organisme de prévention destiné aux cadres ; les cotisations figurent dans les charges sociales salariales et patronales. Néanmoins, il faut noter que les complications sont fréquentes, surtout lors d'arrêt de travail prolongé avec parfois de longues périodes sans le moindre remboursement. Il paraît également intéressant d'examiner le contrat de prévoyance proposé par la caisse des cadres : barème utilisé, exclusions, maladies psychiques ; l'ajout d'un contrat privé peut se révéler parfois prudent. Le contrat doit pouvoir être examiné par le salarié sur simple demande à son employeur.





02 COMMENT SOUSCRIRE UNE “BONNE” ASSURANCE ?

Avant même de se pencher sur les détails importants des contrats, il est nécessaire d'effectuer un travail personnel préalable à la consultation de l'assureur.

En effet, deux questions primordiales doivent être posées :

- De combien ai-je besoin par jour pour vivre ?
- Quelle est ma réserve financière et combien de temps puis-je tenir sans revenus tout en faisant face aux charges fixes de mon cabinet et à mes charges personnelles ?

Ces questions se posent quasiment en même temps. Il faut prendre le temps d'effectuer des calculs simples pour pouvoir y répondre.

Un schéma récapitulatif se trouve en annexe à la page 53.



2.1. DE COMBIEN AI-JE BESOIN PAR JOUR POUR VIVRE ?



Pour cela, il faut comptabiliser les charges fixes personnelles: loyer, emprunts, charges usuelles, impôts, pension alimentaire, etc... et y ajouter une estimation du montant nécessaire pour la vie courante, ce que les banques appellent «le reste à vivre».

Les indemnités en cas d'arrêt étant journalières, le calcul du besoin financier doit l'être également.

Il faut également tenir compte des assurances emprunteur qui peuvent couvrir le remboursement d'un prêt en cas d'arrêt de travail ; néanmoins, ces assurances sont souvent de mauvaise qualité avec des délais de franchise importants.



2.2. QUELLE EST MA RESERVE FINANCIERE ?

Combien de temps puis-je tenir ?

Cela dépend à la fois de sa situation professionnelle et personnelle.

Professionnellement, le calcul ne sera pas du tout le même lors d'exercice seul ou en association. Dans ce dernier cas, il convient d'examiner ce que prévoit le contrat d'association et le pacte d'associés afin de savoir pendant combien de temps les revenus sont assurés et ce qui est prévu pour la rémunération du remplaçant. En exercice seul, la perte de revenu ne pourra être compensée que par un apport personnel ou un emprunt de trésorerie.

Il faut également tenir compte de la difficulté de se faire remplacer. Autant la démarche peut être parfois simple en association en utilisant les services d'un ALD déjà présent dans la structure, autant, lors d'exercice solo, le délai de mise en place peut se révéler important.

L'examen de la situation financière personnelle est également très important : y a-t-il une réserve ? Une autre source de revenus (conjoint, placements, revenus non impactés par la maladie) ? Il faut calculer combien de temps cette éventuelle réserve permet de compenser la perte de revenu professionnel.

A l'issue de ces calculs, on peut définir quel doit être le montant des indemnités journalières et quels peuvent être les délais de franchise raisonnables.



2.3. DÉFINIR LES MONTANTS ET DÉLAIS

Il est ainsi possible de définir les délais de franchise pour les trois situations usuelles : accident, hospitalisation et maladie.

La décision sera un compromis entre la capacité des réserves financières et le montant des cotisations proposées : plus les délais de franchise sont courts, plus la cotisation est élevée. Pour l'assureur, les délais de franchise courts pour accident et hospitalisation sont fréquemment proposés, alors que les délais pour maladie sont plus longs.

Nous verrons dans certains témoignages qu'il peut être intéressant, notamment en hospitalisation, d'avoir une prise en charge au premier jour, mais il faut veiller à ce que le coût de l'assurance, surtout si l'on maintient un montant correct d'indemnités, ne devienne pas trop élevé.



Ensuite, surtout en exercice solo, il faut définir le montant des charges fixes du cabinet. Il s'agit des dépenses ne dépendant pas directement du volume de l'activité : chauffage, eau, gaz, électricité, téléphone, entretien, assurances, charges personnelles (URSSAF, RSI, CARPV), prêts professionnels, loyer, location de matériel,



services extérieurs, soit à peu près tout sauf les achats destinés à la revente ou à l'utilisation professionnelle. L'indemnisation des charges permettra à celui qui ne se fait pas remplacer de faire face à ces charges et à celui qui se fait remplacer de payer au moins en partie son remplaçant.

A noter : si vous pensez, du fait d'arrêts prolongés, que vos revenus de l'année en cours diminueront notablement, vous pouvez contacter les organismes sociaux (URSSAF, RSI, CARPV) afin de communiquer un revenu estimé qui permettra de diminuer vos cotisations. Mais attention à ne pas sous-évaluer de plus de 10 % sous peine de pénalités.

Par ailleurs, en cas d'arrêt-maladie de plus de six mois cumulés au cours de l'année civile, même non successifs, la cotisation du régime de base de la retraite est prise en charge par la CARPV.

Enfin, il convient de veiller à ne pas demander des indemnités excessives par rapport au revenu déclaré : l'enrichissement grâce aux indemnités est interdit et, dans un contrat indemnitaire, les indemnités seront plafonnées au revenu déclaré lors de la souscription.

A noter : que le délai de franchise pour les indemnités de frais professionnels peut être différent de celui des indemnités journalières puisqu'il s'agit de deux garanties différentes : là encore, le calcul de sa capacité à faire face à ces frais permet de définir un délai de franchise raisonnable.



Il est prudent d'examiner attentivement les contrats d'assurance des prêts en cours : quels sont les délais de franchise prévus (en général plus longs : 90 jours est une durée fréquente) et y a-t-il une prise en compte des éventuelles indemnités journalières dans le règlement des mensualités (voir témoignage de troisième partie) ? Ces points doivent être explorés avant que survienne un ennui de santé afin d'y remédier éventuellement. Pratiquement, un contrat d'assurance de prêt qui tient compte d'éventuelles indemnités journalières est dit indemnitaire alors que celui qui n'en tient pas compte, et qu'il vaut mieux donc favoriser, est dit forfaitaire. Il est toutefois plus coûteux.

Une fois cette préparation effectuée, vous prenez rendez-vous avec votre assureur. Celui-ci va inmanquablement vous proposer le meilleur contrat du monde. Il faudra alors lui poser les questions qui fâchent et qui sont, évidemment, les plus utiles. Si les réponses à ces questions ne conviennent pas ou bien restent évasives, voire incompréhensibles, c'est que le contrat n'est pas bon.

N'hésitez pas à demander les conditions générales du contrat proposé et les conditions particulières s'il vous est fait une proposition. N'oubliez pas que la loi vous autorise un délai de rétractation de huit jours après la signature.



2.4. DÉTERMINATION DU TAUX D'INVALIDITÉ

Les questions qui suivent permettent de cerner les points importants à aborder lors de l'examen d'un contrat d'indemnités journalières et d'invalidité. Elles ont été élaborées avec la collaboration de courtiers en assurances.

Cette collaboration n'a fait l'objet d'aucune contrepartie de la part de Vétos-Entraide.

Les passages en italique sont extraits de conditions générales de compagnies d'assurance ; lors de la rédaction, les choix de ces extraits ont été fait sans connaissance des compagnies concernées.

2.4.a

La détermination du taux d'invalidité fait-elle référence à un barème croisé ou spécifique ?

Si vous trouvez dans le contrat un tableau croisé avec en abscisse l'incapacité fonctionnelle et en ordonnée l'incapacité professionnelle, c'est que cette dernière sera minorée par la première.

En revanche, si l'incapacité prise en compte est purement professionnelle, le contrat est plus intéressant.

Enfin, si en annexe vous découvrez une liste d'affections avec la détermination de l'indemnisation prévue, il convient de vérifier que cette liste est spécifique à la profession vétérinaire et qu'elle est cohérente par rapport à nos modalités d'exercice. Cette dernière possibilité peut être la plus avantageuse puisqu'elle est purement professionnelle et établit clairement les pathologies concernées et les taux d'indemnisation correspondants.



2.4.b

L'invalidité est-elle déterminée en ne tenant compte que de votre incapacité à exercer votre profession de vétérinaire ?

Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale en fonction de l'incapacité professionnelle. Il est apprécié de 0 à 100 % en fonction de la diminution d'aptitude de l'assuré à exercer son activité professionnelle, en tenant compte des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident, des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.

Il n'est pas tenu compte des possibilités restantes d'exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Cette proposition est partiellement satisfaisante. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'invalidité professionnelle est différente de l'invalidité fonctionnelle qui, elle, ne tient pas compte des spécificités de la profession. Le résultat peut être qu'avec un pouce en moins, on estime que vous puissiez toujours travailler en tant que vétérinaire, alors que cela vous exclut tout acte chirurgical. Donc l'utilisation dans cet exemple de critères professionnels est positive.

En revanche, la notion de « possibilités d'aménagement » est trop vague : elle peut impliquer que la compagnie refuse de verser la rente d'invalidité alors même que les aménagements en question représentent un coût très important.

A noter que ce contrat vous permettra, tout en continuant de recevoir une rente, d'envisager un autre secteur de la profession ou une autre profession.



2.4.c

La détermination du taux d'invalidité est-elle laissée à l'appréciation d'un expert indépendant ?

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le médecin-conseil de la compagnie. Il y a invalidité lorsque l'assuré présente simultanément, après consolidation, une incapacité fonctionnelle (physique et mentale) et une incapacité professionnelle...

Il faut être conscient que même si l'expert désigné par la compagnie est indépendant, c'est le médecin-conseil de la compagnie qui fixera in fine nature et taux d'invalidité. Le médecin-conseil ne minimisera jamais les préconisations de l'expert. Si vous contestez le rapport du médecin-conseil, une contre-expertise peut toujours être demandée.

On remarquera par ailleurs dans l'exemple cité, que la compagnie utilise un barème croisé fonctionnel et professionnel dont nous avons vu précédemment qu'il n'est pas avantageux.



2.4.d

Le taux d'indemnisation est-il calculé par rapport au T/66 ?

Si votre taux d'invalidité est inférieur à 33 %, vous ne pouvez prétendre à aucune indemnité.

Si votre taux d'invalidité est compris entre 33 et 65 %, l'indemnité vous est servie après consolidation à hauteur du taux retenu. Si votre taux d'invalidité est compris entre 66 et 100 %, l'indemnité servie est de 100 % de la garantie.

Une explication préalable est nécessaire. Il faut distinguer le taux d'incapacité ou d'invalidité et le taux d'indemnisation. Dans le régime obligatoire (CARPV pour les libéraux), l'invalidité doit être au moins de 66 % afin qu'une indemnisation puisse être mise en place. Si l'invalidité est de 100 %, l'indemnité est plus importante.

Dans l'exemple cité ci-dessus, la compagnie sert 100 % de l'indemnité dès 66 % d'incapacité. En revanche, dès qu'on passe au-dessous de 66 %, le taux d'invalidité devient le taux d'indemnisation (**signification de l'encadré**) : si vous êtes déclaré invalide à 50 %, vous toucherez la moitié de l'indemnité prévue par le contrat.

Certains contrats proposent d'indemniser en tenant compte du principe que 66 % d'invalidité équivaut à 100 % d'indemnisation. Ainsi, le taux d'indemnisation se calcule en divisant le taux d'invalidité par 0,66. Une invalidité à 50 % sera donc indemnisée à $50/0,66 = 75 \%$.

Il est à noter que le versement d'une rente en dessous de 66 % d'invalidité est plus ou moins intéressant selon le mode d'exercice : en association ou avec du personnel auxiliaire, une invalidité partielle peut parfois être compensée assez facilement, en revanche, en exercice solo, cette protection se révèle indispensable.

Ce même principe permet également d'indemniser des invalidités inférieures à 33 % et certains contrats proposent une indemnisation à partir de 16 % d'invalidité. Toutefois, ce type de couverture, souvent en option, est à nos yeux superflue.

Il conviendra d'apprécier le surcoût généré par ce type de calcul : que la rente servie soit plus importante, certes, mais pas au prix d'une cotisation trop importante.



2.4.e

Mon contrat est-il indemnitaire ou forfaitaire ?

Nous en avons déjà parlé précédemment mais faisons le point. Un contrat indemnitaire rembourse à hauteur des revenus déclarés, un contrat forfaitaire rembourse la somme prévue au contrat, indépendamment des revenus.

Le second contrat est plus onéreux mais permet d'éviter qu'une diminution des revenus ne vienne diminuer l'indemnisation journalière ou la rente d'invalidité. En revanche, bien que cela reste assez flou, il y a une limite au dépassement du revenu déclaré : n'hésitez pas à demander qu'elle soit clairement définie.

Dans les deux types de contrats, le versement de la rente invalidité par la CARPV est pris en compte par l'assureur lors de la mise en place du contrat : si vous avez prévu une rente de 30 000 euros par an, celle-ci vous sera versée jusqu'à ce que la CARPV verse à son tour la rente du régime obligatoire de prévoyance. Si celle-ci est de 15 000 euros, l'assurance privée ne versera plus que 15 000 euros également (pour faire un total de 30 000 prévu dans le contrat).

Toutefois, dans un contrat indemnitaire, si la rente CARPV a augmenté depuis la signature du contrat, l'assureur ajustera sa rente en fonction de cette augmentation ; dans un contrat forfaitaire, la rente prévue initialement sera maintenue.

Faut-il toujours préférer le contrat forfaitaire à l'indemnitaire ?

Ce n'est pas aussi évident.

Le contrat forfaitaire est plus cher.

Parfois, il est bridé dans ses conditions générales en précisant qu'il ne peut contribuer à l'enrichissement de l'assuré, et parfois plafonné sur la première année d'exercice. De même, un contrat indemnitaire peut fonctionner sur une base forfaitaire sur cette même première année.

Et en cas de bénéfices fluctuants, lors de sinistres répétés par exemple, l'assureur peut proposer de tenir compte d'une moyenne des trois derniers bénéfices annuels.



2.4.f

L'éventuel(le) reclassement ou reconversion vient-il(elle) réduire le montant de la rente ?

Si le taux d'invalidité professionnelle est compris entre 66 et 100 %, deux cas de figure peuvent se présenter :

1. L'assuré poursuit même à temps partiel son activité de vétérinaire et l'indemnité est servie à hauteur de 70 % de la garantie.

2. L'assuré ne peut poursuivre, même partiellement son activité de vétérinaire,

- sans aucune reconversion reconnue possible : l'indemnité est servie à hauteur de 100 % de la garantie.

- avec une reconversion professionnelle reconnue possible : l'indemnité mensuelle de revenu est versée à hauteur de 70 % de la garantie jusqu'au terme de cette dernière et autorise un exercice professionnel distinct de celui de vétérinaire.

Ainsi que nous l'avons vu un peu plus haut, le versement de l'indemnité doit être indépendant, non seulement d'une éventuelle reconversion mais également de la possibilité d'exercer sa profession dans un autre secteur pour lequel l'assuré ne se trouve pas en situation d'incapacité.

Il est à noter que ce n'est pas parce que l'assuré exerce sa profession différemment et qu'il touche en parallèle des indemnités du fait de l'impossibilité pour lui d'exercer comme auparavant, qu'on peut l'accuser d'enrichissement personnel. L'impossibilité d'enrichissement ne concerne que l'exercice pour lequel l'assuré est indemnisé.



2.4.g

Le mi-temps thérapeutique est-il garanti par votre contrat ?

L'assuré admis à reprendre une activité professionnelle partielle après 3 mois d'incapacité temporaire totale recevra une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité journalière garantie. Cette indemnité est versée pour un même accident ou une même maladie au maximum pendant 6 mois et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

En cas d'affection longue durée (ALD) pour le même motif, il n'est pas exigé 3 mois continus d'incapacité temporaire totale de travail pour indemniser au titre de l'incapacité partielle.

La rédaction proposée ci-dessus est satisfaisante, sachant que certains contrats ne demandent même pas les 3 mois d'incapacité totale : ainsi, si l'affection permet d'emblée de continuer à travailler à temps partiel, l'indemnisation aura quand même lieu.

Attention au vocabulaire ! « pourra être indemnisé » n'est pas équivalent à « sera indemnisé ». Dans le premier cas, il est probable que des conditions supplémentaires sont à prévoir ou que l'indemnisation est en option.



2.5.a EXCLUSIONS

Le risque psy est-il couvert sans limite ?

Sont considérés comme états psychopathologiques : les états dépressifs, les névroses, les psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress et de surmenage, les troubles anxieux et apparentés.

Les indemnités mensuelles de frais professionnels et de revenu prévues en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont acquises dans les conditions suivantes et dans la limite de la durée totale des garanties, sauf en cas de survenance (sic) de l'atteinte pendant le délai de carence :

- à hauteur de 100 % de la garantie pendant les 3 premiers mois de l'incapacité temporaire totale de travail,*
- à hauteur de 50 % de la garantie pendant les 3 mois suivants,*
- à hauteur de 25 % de la garantie pendant les 6 mois suivants pour la garantie indemnité mensuelle frais professionnels et pendant les 21 mois suivants pour la garantie mensuelle de revenu.*

Ce type de clause n'est pas satisfaisant et pas seulement pour le bon usage du français. De même, il faut refuser une carence ou une durée d'indemnisation variable selon la pathologie.



2.5.b

Les risques dorsaux sont-ils couverts intégralement ?

L'incapacité consécutive à une pathologie du rachis (lumbagos, sciatiques, hernies discales, etc.) ou à une élongation, une déchirure musculaire, est indemnisée au titre de la maladie responsable, même si son apparition est soudaine et imprévisible, mais le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail ne peut excéder 365 jours de prestations pour un même assuré, indemnisées en une ou plusieurs fois et pour toute la durée de l'adhésion.



Ce type de clause n'est pas souhaitable, d'autant qu'elle s'appliquera pour une éventuelle invalidité. Si l'assuré se retrouve dans l'incapacité totale de travailler du fait d'une hernie discale et même si son invalidité est reconnue, il ne pourra jamais bénéficier de plus d'une année d'indemnisation.

Les deux points précédents sont l'occasion de rappeler l'importance de l'examen des exclusions dans les contrats : les risques psy et musculo-squelettiques sont en général les moins bien couverts, ainsi que ceux liés à l'alcool.

2.6. GROSSESSE PATHOLOGIQUE

La grossesse pathologique est-elle couverte sans aucun a priori ?

L'assureur garantit la prise en charge de l'incapacité temporaire totale de travail consécutive à une grossesse pathologique lorsque celle-ci est justifiée par une obligation médicale de repos à domicile ou à l'hôpital, notamment consécutive à :

- *Un cerclage,*
- *Une menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par $\beta 2$ mimétiques, un traitement progestatif ou des traitements médicamenteux équivalents,*
- *Un décollement placentaire authentifié par échographie,*
- *Une souffrance fœtale,*
- *Des métrorragies,*
- *Une pathologie du placenta,*
- *Une môle hydatiforme, un choriocarcinome,*
- *Une pathologie du liquide amniotique.*



La grossesse pathologique doit être couverte dans tous les cas, y compris dans ceux qui ne sont pas mentionnés ci-dessus.



2.7. AUTRES CLAUSES

Votre contrat prévoit-il la subrogation de l'assureur en cas de tiers responsable ?

Conformément aux dispositions de l'article L 121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé, à concurrence des prestations versées, dans des droits et actions de l'assuré contre tout responsable du sinistre.

Là encore, une explication de texte est nécessaire. Si l'accident dont vous êtes la victime est le fait d'un tiers responsable, vous êtes en situation d'effectuer une action en justice susceptible de vous apporter des dédommagements.

Dans la clause ci-dessus, l'assureur vous explique qu'il sera le bénéficiaire de ces dédommagements à hauteur des indemnités qu'il vous verse.

Exemple : si vous obtenez des dommages et intérêts de 5000 euros et que votre arrêt a déclenché le versement de 3000 euros d'IJ, la compagnie récupérera à son bénéfice 3000 euros sur les 5000.

Quel est l'âge limite pour l'application du contrat ?

Certains contrats proposent une couverture jusqu'à 67 ans.
Favoriser ce type de contrat ne sera utile que dans la mesure où, au moment de la souscription, l'assuré a l'intention d'exercer jusqu'à cet âge ou au-delà ou bien s'il ne le sait pas encore.



Il n'y a pas de contrat idéal.

Prenez le temps de lire attentivement les conditions générales et particulières de ce que l'on vous propose. Questionnez votre assureur par rapport à ce que nous écrivons ici et pour tout ce que vous ne comprenez pas. Faites jouer la concurrence. Interrogez des confrères sur le sujet. Et au bout du compte, le contrat sera le bon s'il vous correspond.



03 Témoignages

Lors de la conception de ce projet sur les indemnités journalières, Vétos-Entraide a effectué un appel auprès des confrères afin d'obtenir des témoignages sur le sujet.

Nous avons eu une vingtaine de retours positifs ou négatifs et nous vous proposons d'en détailler quelques-uns afin d'illustrer les points importants que nous avons mentionnés dans les parties précédentes.

Bien entendu, nous avons anonymisé ces témoignages.

Par ailleurs, comme la plupart de ces retours ne permettent pas de juger des conséquences financières, nous appliquerons à certaines situations un exemple chiffré : ainsi, chacun pourra apprécier l'importance des difficultés créées par l'absence ou la mauvaise qualité du contrat d'indemnités journalières.



3. TÉMOIGNAGE A

De l'importance de l'adéquation des IJ avec les revenus et des délais de franchise.

Je suis veuve et exerce seule en clientèle canine. Dès la création de mon cabinet, dans les années 80, j'ai souscrit un contrat d'IJ. Néanmoins, mon contrat prévoyait des indemnités assez faibles et au bout de 4 jours uniquement en cas d'hospitalisation, sinon au bout de 31 jours. Huit ans après mon installation, je me fais mordre sévèrement à la main droite. Je trouve assez facilement une remplaçante mais, comme je ne suis pas hospitalisée, je ne touche rien avant un mois. Mon arrêt-maladie durera deux mois et la faiblesse des remboursements impactera mes finances personnelles.

Par la suite, cette expérience me conduira à augmenter le montant de mes IJ en fonction de mes revenus réels, souscrire une indemnité de remboursement des frais professionnels, une rente invalidité effective dès 33 % d'invalidité et calculée selon un barème professionnel, une rente éducation, un capital décès supplémentaire.

En 2003, je suis atteinte d'un cancer et dois m'arrêter plusieurs mois : cette fois, la couverture est excellente et je me sens par ailleurs rassurée sur l'avenir de mes enfants si, malheureusement, l'issue de la maladie devait être fatale. Je reprendrai le travail après plusieurs mois. Toutefois, je note qu'il n'est pas possible d'avoir un mi-temps thérapeutique : la reprise du travail entraîne obligatoirement l'arrêt du versement des IJ.

Examinons maintenant les conséquences financières pour cette consœur. Imaginons que son chiffre d'affaires soit de 150000 euros, avec un bénéfice imposable de 40 000 euros et des charges fixes (hors achats) de 45 000 euros. Au moment de la morsure, notre consœur a des indemnités trop faibles : disons 22 000 euros par an, soit 60 euros par jour calendaire, mais



à partir du 31ème jour d'arrêt seulement. Elle n'a pas d'indemnités de frais professionnels. Supposons qu'elle trouve une remplaçante au bout de 7 jours.

- 7 premiers jours : aucun revenu. Mais les frais fixes, eux, sont toujours là : 865 euros sur la semaine.
- 23 jours suivants, soit 19 jours ouvrés, coût de la remplaçante de 250 euros par jour, bénéfice sans remplaçante de 110 euros par jour, donc déficit de 140 euros par jour par rapport au coût de la remplaçante, soit 2 660 euros sur la période.
- 30 jours suivants, soit 25 jours ouvrés, déficit de 3 500 euros, mais récupération de 1 800 euros d'indemnités, donc déficit ramené à 1 700 euros.

Coût total de l'arrêt-maladie (en admettant que les recettes soient identiques avec la remplaçante, ce qui est rarement le cas...) : 5 225 euros. On imagine les conséquences sur la trésorerie...

Si maintenant nous imaginons que la praticienne, dès le départ, a un contrat correct, à savoir : des indemnités journalières à la hauteur de son CA, soit 110 euros par jour, avec une carence en cas d'accident de 3 jours, des indemnités de remboursement des frais professionnels à hauteur de 123 euros avec une franchise de 15 jours. Elle récupérera 27 jours supplémentaires d'indemnités, soit 2 970 euros, 50 euros par jour de plus sur le second mois, soit 1 500 euros et enfin des indemnités de remboursement de frais sur 45 jours, soit 5535 euros. Ainsi, elle récupère 10 005 euros supplémentaires et voit son déficit de 5225 euros se transformer en bénéfice de 4780 euros. Qui est à comparer à son bénéfice de référence sur deux mois, à savoir environ 6 700 euros.

On voit donc parfaitement dans cet exemple l'intérêt de la souscription des IJ et surtout, de leur adaptation régulière aux revenus du praticien.

A noter que le contrat de notre consœur était encore perfectible puisque, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, certains contrats permettent le mi-temps thérapeutique.



3. TÉMOIGNAGES B C et D

Bien penser ses délais de franchise.



B Je peux apporter mon témoignage concernant les contrats de prévoyance ; Il y a 18 mois, alors que j'avais acheté ma clinique actuelle depuis huit mois, je suis tombé d'un escabeau dans mon jardin et je me suis fracturé les deux poignets... Pas très pratique pour travailler en clientèle ! Heureusement, depuis toujours je suis assuré en prévoyance pour des indemnités journalières ainsi qu'une couverture des frais généraux.

Après quinze jours de franchise, l'assurance a ainsi payé pour 45 jours d'arrêt et de frais, soit 2200 euros, bienvenus pour payer le remplaçant, les frais divers pour couvrir l'évidente perte de chiffre d'affaires que cela a entraîné...



3.

Bien penser ses délais de franchise.

Nous avons déjà souligné l'importance des délais de franchise :

C Je suis assurée avec une souscription pour des IJ qui se déclenchent dès le premier jour en cas d'hospitalisation de trois jours minimum ou au bout d'un mois d'arrêt-maladie.

En 2012, j'ai été opérée du genou et arrêtée deux mois. Heureusement pour moi, mon intervention ne s'est pas faite en ambulatoire sinon je n'aurais touché aucune indemnisation.

Actuellement, de plus en plus d'interventions s'effectuent dans la journée sans hospitalisation ; je conseille donc à tous d'avoir un déclenchement d'IJ dès la première journée d'arrêt.



3.

Bien penser ses délais de franchise.

D *Il y a quelques années, je me suis fait retirer les amygdales en passant par le voile du palais. Je fus hospitalisé trois jours et j'avais pris une semaine de repos ensuite avec un remplaçant. Ayant mal lu mon contrat d'assurance, je n'ai eu droit à rien du tout : je croyais qu'après une hospitalisation je pouvais bénéficier d'un remplaçant ; c'était exact mais il fallait une hospitalisation d'au moins quatre jours.*

Autre point également très important :

Il est nécessaire de penser aux emprunts en cours. Souvent, les IJ perçues peuvent se révéler insuffisantes pour assurer la continuité du remboursement de ces emprunts. Or, pour peu qu'il n'y ait pas eu un examen suffisamment attentif des contrats d'assurance liés à ces prêts, ces assurances ne jouent alors pas leur rôle. Ainsi en est-il souvent des assurances proposées par les banques, peu coûteuses, mais également peu efficaces.

Il faut savoir que rien n'oblige à prendre l'assurance proposée par la banque mais que celle-ci a tendance à tout faire pour décourager celui qui veut un contrat extérieur (augmentation des délais, notamment).

La seule exigence légale est que le contrat obtenu par délégation (auprès d'une autre compagnie) doit proposer des garanties au moins équivalentes à celles offertes par la banque (ce qui n'est en général pas difficile).



3. TÉMOIGNAGES E et F

Attention aux prêts en cours.

E *Je voulais faire part de ce qui m'était arrivé en 2006. J'avais pris une assurance prévoyance avec IJ du 8ème au 1095ème jour d'incapacité. Elle m'a servi au cours de ma deuxième grossesse : j'ai été hospitalisée brusquement à 24 semaines de grossesse (placenta previae et hémorragies chroniques) et dans l'impossibilité de reprendre le travail.*

Obligée de trouver deux salariées pour me remplacer ; l'une était déjà en contrat d'ALD, la seconde a été embauchée au pied levé. Ma clientèle marchait correctement mais je remboursais la clientèle et mon habitation. Ces deux prêts prenaient fin cinq mois plus tard.

J'ai d'abord perçu les IJ pour grossesse pathologique puis l'allocation forfaitaire de repos maternel du RSI. Malgré cela, j'ai remboursé tout juste mon prêt. Si ce dernier avait couru plus longtemps, j'aurais dû puiser dans mes économies ou faire appel à la générosité familiale.

Mon deuxième fils est finalement arrivé avec un mois d'avance et j'ai eu la chance de sortir de l'hôpital avec lui. On m'avait annoncé qu'en cas de grande prématurité, la mère sortait souvent avant et devait reprendre le travail car le congé maternité ne dure que quatre semaines (44 à 59 jours + une indemnité forfaitaire correspondant à 4 semaines d'arrêt, NDLR). Certains enfants restent plus longtemps en réanimation : cela peut être aussi un souci.



3.

Attention aux prêts en cours.

F Le thème des remboursements d'emprunts donne parfois lieu à des découvertes surprenantes. Ainsi ce témoignage d'un confrère :

Je voudrais attirer l'attention de tous sur un problème rencontré avec les assurances en cas d'arrêt de travail associé à la perception d'un revenu de remplacement. En fait, j'ai plusieurs crédits immobiliers en cours, souscrits dans des établissements différents. Avec l'un d'eux, j'ai découvert, noté en très petit dans le contrat signé à la souscription, rappelé en très grand sur la première page du dossier à remplir pour que l'assurance prenne en charge le crédit immobilier, une clause que je considère anormale, j'ignore si elle est abusive ou pas.

En cas d'arrêt de travail, si l'intéressé touche un revenu de remplacement, c'est-à-dire des indemnités journalières, cette assurance ne prend en charge le remboursement du crédit que pour le montant non couvert par le revenu de remplacement.

Si j'ai un revenu mensuel déclaré de 2 000 €, des mensualités de 500 € pour le crédit concerné et que je touche des indemnités journalières mensuelles de 1 400 €, la mensualité est prise en charge à 100 %. Si, en revanche, mes indemnités journalières sont de 1 600 € par mois, la mensualité n'est prise



en charge qu'à hauteur de 400 €.

Ce qui est inadmissible dans ce cas, outre le manque d'information par le banquier lors de la souscription de la garantie (mais est-il lui-même au courant?), c'est que le souscripteur est obligé de cotiser deux fois pour une garantie qui n'est réglée qu'une seule fois. Et, à l'extrême, si le revenu de remplacement est de 2 000 €, la garantie prise à la banque est totalement inutile, sauf en cas de décès.

Il faut donc prendre le temps de lire tout ce qu'on signe même si c'est rébarbatif vu la taille et la longueur des textes car c'est à la souscription qu'il faut exprimer son refus et pas lors de la mise en place du dossier de prise en charge : c'est alors bien trop tard.

Nous avons vu dans la deuxième partie que ce type de contrat proposé par la banque est parfaitement légal : c'est un contrat dit indemnitaire qu'il faut différencier des contrats dits forfaitaires. Cela signifie donc qu'il faut examiner attentivement les contrats d'assurance de prêt.



3. TÉMOIGNAGE G

Le contrat doit être clair.

Parfois, le contenu des contrats proposés n'est pas parfaitement clair. Ainsi, ce contrat proposé à une consœur :

Incapacité Temporaire Totale Partielle (1) - 730 jours Versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie.

Garantie à compter du 15ème jour d'arrêt de travail en maladie

- à compter du 3ème jour d'arrêt de travail en accident

- à compter du 1er jour d'arrêt de travail en cas d'hospitalisation continue supérieure ou égale à 72 heures et jusqu'au 730ème Jour

Indemnité journalière choisie : 139,00 € Cotisation : 1 132,54 €

Incapacité Totale ou Partielle (1) -1095 jours Versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie.

- Garantie à compter du 15ème jour d'arrêt de travail en maladie

- à compter du 3ème jour d'arrêt de travail en accident

- à compter du 1er jour d'arrêt de travail en cas d'hospitalisation continue supérieure ou égale à 72 heures et jusqu'au 1095ème



Indemnité journalière choisie : 85,00 € Cotisation : 750,38 €

Ininvalidité Professionnelle Totale ou Partielle (1) Versement d'une rente annuelle en cas d'invalidité permanente consécutive à un accident ou une maladie.

Rente de base réduite proportionnellement en fonction du taux d'invalidité si ce taux est compris entre 26% et 65% Rente de base versée intégralement si ce taux est supérieur ou égal à 66%.

Montant de la rente choisi : 27 051 € Cotisation : 1 420,84 €

Il y a trois rubriques distinctes :

Incapacité temporaire totale partielle,

Incapacité totale ou partielle

Ininvalidité professionnelle totale ou partielle.

Si la troisième rubrique paraît claire, la différence entre les deux premières est subtile.

En fait, la seconde correspond à la prise en charge des frais professionnels : il est évident que libellée ainsi, il est impossible pour le souscripteur de le savoir.

Par ailleurs, en cas de changement d'assureur, la nouvelle compagnie peut refuser de ne pas appliquer de carence sur les frais professionnels du fait de cette imprécision.

S'il est assez simple, pour un vétérinaire en exercice en nom propre, de déterminer son revenu chaque année et de moduler son contrat en conséquence, l'exercice devient plus complexe en cas d'exercice en société.



3. TÉMOIGNAGE H

Particularités en société et association unipersonnelle.

En 2011/2012, j'ai été en arrêt plusieurs mois suite à une chirurgie de hernie discale avec des effets secondaires sur l'autre jambe qui m'empêchaient de rester debout.

J'avais souscrit une garantie d'environ 130 €/jour, mais je ne prenais comme salaire sur le compte de la SEL que 3 000 € par mois, donc moins de 130 €/jour et il a fallu que le comptable fasse une attestation comme quoi la SEL unipersonnelle avait elle-même dégagé un bénéfice et que celui-ci devait être comptabilisé dans mes revenus professionnels.

Ça a suffi pour que je perçoive les indemnités prévues.

En juin 2014, je me suis explosé l'extrémité distale du radius droit et je suis toujours en arrêt (en août 2015, NDLR). Là, en 2013, la SEL me devait pas mal d'argent par l'intermédiaire du compte associé et j'étais très loin des 140 €/jour pour lesquels je cotisais puisque j'avais récupéré une partie de ce que me devait la SEL, avec pour conséquence de bien

faire baisser mes revenus déclarés. J'ai dû négocier un peu plus pendant trois mois avant d'obtenir la totalité de mes indemnités et je pense avoir eu de la chance car finalement l'assureur aurait pu me dire que ces sommes étaient à considérer comme des dividendes ou des remboursements d'avances à la société plutôt que de les considérer comme des revenus professionnels.

Tout ceci pour bien attirer l'attention des confrères sur le fait que leurs revenus soient effectivement supérieurs aux indemnités journalières souscrites.



3.

Particularités en société et association unipersonnelle.

Dans cet exemple, avec un contrat de type indemnitaire, la somme versée par la SEL au praticien était inférieure à celle prévue par le contrat : 3 000 euros contre 3 900 (30 fois 130). Il y aurait donc eu, en cas de sinistre, enrichissement personnel et notre confrère n'aurait pu percevoir ses indemnités qu'à hauteur de 3 000 euros par mois, soit 100 euros par jour.

D'une manière plus générale, l'exercice en association implique que le contrat d'associés mentionne les conditions d'arrêt de travail d'un des associés : modalités de règlement du remplaçant, paiement des charges personnelles. Ainsi, c'est aussi en fonction de ce qui est précisé dans le contrat d'association que le praticien choisira son contrat d'indemnités journalières.



3. TÉMOIGNAGE 'i

Exercice en association.

Dans certains cas, des solutions originales ont été trouvées : *Chaque associé s'engage à souscrire une assurance*
Notre SCP a fait – pour les trois associés que nous *incapacité temporaire garantissant du 15ème au*
sommes – un choix qui surprend nombre de *365ème jour d'incapacité une rente journalière*
nos interlocuteurs et qui peut peut-être *dont le montant sera fixé annuellement par*
intéresser certains confrères. *assemblée générale de la SCP.*

Dans les statuts de la SCP, il est stipulé :

ARTICLE 31 :

En cas de maladie, infirmité, accident
ou toute autre circonstance mettant
un associé dans l'impossibilité
d'exercer son activité au sein de la
société, les autres associés assureront
son remplacement sans indemnité
jusqu'à la fin du douzième mois civil
complet suivant l'arrêt de travail, sans que
les droits de l'associé défaillant à la répartition des
bénéfices soient modifiés.



Cette indemnité journalière sera perçue
par la SCP entre autre pour couvrir les
frais d'un remplaçant.

Tout associé n'ayant pas souscrit une
telle assurance incapacité temporaire
verra ses droits à la répartition des
bénéfices réduits à la rémunération de
ses parts sociales dès le premier mois
complet d'arrêt de travail .

La SCP aura la charge d'effectuer la recherche
d'un vétérinaire assistant diplômé pour assurer le
remplacement de l'associé en incapacité temporaire.

3.

Exercice en association.

Si l'incapacité d'exercer se prolonge au-delà du douzième mois civil complet suivant l'arrêt d'activité, l'associé défaillant pourra conserver ses parts sociales pendant une période de 24 mois supplémentaires au-delà de laquelle il devra reprendre son travail ou se retirer.

À défaut pour l'associé défaillant de faire connaître à la société son choix à l'issue du 36ème mois civil complet d'incapacité, il sera réputé avoir demandé son retrait.

ARTICLE 34 bis :

La société s'oblige à racheter au plus tard à la fin du sixième mois civil complet suivant le décès ou la constatation de l'ITD (Incapacité Totale Définitive) les parts sociales de l'associé décédé ou frappé d'ITD.

Durant les deux mois civils complets suivant le décès ou la constatation de l'ITD, le vétérinaire défaillant ou ses ayants-droits conserveront la rémunération attachée aux parts sociales et aux parts d'industrie du dit vétérinaire.

Ensuite et jusqu'au rachat par la société, seule sera versée la rémunération attachée aux parts sociales.

La société aura la charge d'effectuer la recherche d'un éventuel remplaçant et d'assumer son coût effectif global (salaire, charges, avantages en nature, etc...).

Ainsi, comme vous le constatez, il y a une sorte de mutualisation interne des risques qui permet à chacun d'entre nous pour une somme relativement modique de s'assurer un an de tranquillité.

Les quinze premiers jours ne sont pas couverts car cela augmente fortement les cotisations et n'affecte pas durablement le fonctionnement de la structure. Par ailleurs, trouver un remplaçant prend souvent largement quinze jours, ce qui enlève pratiquement tout intérêt à une indemnité journalière débutant le premier jour d'incapacité.

Suite...



3. 'i suite

Exercice en association.

La valeur de l'indemnité choisie permet de prendre un remplaçant qui n'assure pas les gardes mais seulement le remplacement en journée de l'associé défaillant, ce qui oblige les deux associés restant à faire les gardes une semaine sur deux (clientèle mixte) : cela reste le point noir principal de ce choix.

A chacun ensuite de choisir sa formule au-delà de 365 jours.

Sans doute ne sommes-nous pas un cas isolé et d'autres confrères ont également développé des solutions de ce type, chacun arrangeant sa « sauce » à sa façon.

Il nous semble en tout cas que cette formalisation d'une sorte d'entraide nous rend plus solidaires et plus conscients de ce que chacun doit aux autres pour le bon fonctionnement de la structure, alors même que le cas de figure ne s'est présenté que deux fois lors des trente dernières années, la totalité des absences n'excédant pas trois mois.

Le pacte d'associés, trop souvent négligé, montre ici son importance. Chaque structure doit définir elle-même son propre pacte ; il n'existe pas de « pacte type » ou de solution unique. Il doit s'adapter aux besoins et aux valeurs de chacun. Il est indispensable que le contrat d'association prévoit l'éventualité de l'arrêt-maladie de chacun des associés et, notamment, les conséquences sur les bénéfices et le remplacement, tout particulièrement sur le premier mois.



3. TÉMOIGNAGE 'J

Exercice en association.

L'exercice en association peut moduler l'intérêt de délais de franchise courts, ainsi que le démontre cet exemple fictif, mais parfaitement vraisemblable :



Je travaille en clientèle mixte en association à trois.

L'association est une Selarl et les associés ajustent leur rémunération de gérance de sorte que la quasi totalité du résultat soit distribué. Ceci est rendu possible depuis le remboursement total des emprunts destinés à acheter les clientèles.

Chaque associé perçoit une somme brute de 10 000 euros par mois et je dois payer mes charges sociales d'environ 3 500 euros sur cette somme.

Dans le pacte d'associés, il est prévu qu'en cas d'arrêt de travail, le premier mois est considéré comme des vacances ; les cinq mois suivants, l'associé arrêté touche sa rémunération de gérance mais doit payer le remplaçant nécessaire. Enfin, au bout de six mois, l'associé n'est plus rémunéré.

Lors de mon association, j'ai souscrit une assurance prévoyance sans bien y réfléchir ; celle-ci prévoyait que je toucherais des indemnités dès le troisième jour à hauteur de 200 euros par jour.

Suite...



3.

Exercice en association.

En 2007, j'ai eu un grave accident de la route qui a nécessité environ trois mois d'arrêt.

J'ai touché 17 400 euros alors que mon remplaçant m'a coûté 8 000 euros pour le 2ème et le 3ème mois.

L'affaire semblait bonne mais je me suis rendu compte que mon contrat prévoyait également que les indemnités ne me seraient versées que pendant un an ; par ailleurs, une rente invalidité était bien prévue mais elle ne serait versée qu'à partir de la troisième année sans travail et d'autre part serait basée sur un barème fonctionnel.

Après prise de renseignements, je me suis rendu compte que si j'avais perdu ma jambe (bien abîmée, ceci dit) dans l'accident, je n'aurais touché que 70 euros par jour tout en étant incapable de travailler. J'aurais dû donc vivre deux ans sans revenu puis avec le tiers de mes revenus d'avant l'accident.

La peur rétrospective m'a fait changer mon contrat et choisir

une compagnie me proposant une couverture de trois ans en attendant une éventuelle rente d'invalidité. Pour limiter le montant des cotisations le délai de franchise a été établi à trois mois. Une couverture supplémentaire « frais professionnels » me permettait de prendre en charge les charges sociales et la rente d'invalidité était cette fois calculée sur un barème professionnel.



04 Glossaire

Où l'on espère encore vous faire comprendre certains termes que nous avons mis, nous-mêmes, pas mal de temps à assimiler.

Assurance : un des mots de la langue française qui porte sans doute le plus mal son nom.

Barème croisé : barème ayant en abscisse le taux d'invalidité fonctionnelle et en ordonnée le taux d'invalidité professionnelle. Une formule magique connue seulement des initiés détermine le taux final résultant du croisement.

Consolidation : déterminée par le médecin-conseil de la compagnie ou par l'expert indépendant, elle établit que la situation de l'assuré n'est probablement plus susceptible d'évoluer vers une amélioration ni une aggravation de son état. Vous serez seul(e) juge de déterminer si au final c'est ou non une bonne nouvelle.

Contestation : Procédure destinée à contester les décisions de votre assureur. Toutes les contestations se font par écrit par échanges de mails ou LRAR : économisez votre salive, c'est plus prudent .

Contrat forfaitaire : contrat (d'indemnités journalières ou d'invalidité ou de prise en charge de mensualités d'emprunt) dont les remboursements sont fixés indépendamment du montant des revenus. Le montant de la prestation versée est égal au montant assuré. Très séduisant mais bien entendu plus cher et parfois avec des limites (voir page 23)..

Contrat indemnitaire : contrat (d'indemnités journalières ou d'invalidité ou de prise en charge de mensualités d'emprunt) dont les remboursements sont plafonnés par le revenu déclaré lors de sa souscription.

Délai de carence : Période pendant laquelle la garantie ne joue pas. Cette période débute à la date de prise d'effet de la garantie qui figure sur le contrat. Sa durée est précisée pour chaque garantie. A ne pas confondre avec le délai de rétractation (voir plus loin).



Délai de franchise : délai entre le premier jour d'arrêt de travail et le début du versement des indemnités. Si vous désirez le raccourcir c'est forcément plus cher. Le fixer nécessite d'inventorier au préalable très attentivement son kit de survie.

Délai de rétractation : délai légal de 14 jours calendaires dont vous disposez pour dire que finalement vous ne voulez plus de ce contrat, quoi que vous ayez signé car vous venez juste de terminer le livret de Vetos-Entraide.

Exclusion : mention dans un contrat d'assurance d'une clause ne permettant pas l'application du contrat. Certains événements sont exclus des contrats de prévoyance : acte volontaire de l'assuré, acte criminel, guerre civile, usage de stupéfiants, alcoolémie, certains sports, etc... Attention aux risques dorsaux et psy... Il convient de relire avec attention les cas d'exclusions. Ils sont généralement écrits en caractères minuscules. A traquer sans pitié. En cas de doute demandez à votre assureur par écrit. N'acceptez que des réponses écrites.

Incapacité temporaire de travail : décidée par le médecin du travail pour le salarié ou par le médecin-conseil de la compagnie d'assurance pour le libéral, elle détermine l'impossibilité momentanée à exercer son activité professionnelle habituelle, par suite d'accident ou de maladie et peut donner lieu au versement d'indemnités journalières. Elle peut être partielle ou totale et aboutir éventuellement à une invalidité. « Incapable » n'est donc ni une injure ni un reproche.

Indemnités : somme versée dans un contrat d'indemnités journalières, à l'issue de l'examen de la situation de l'assuré après la déclaration initiale, puis tous les mois si la situation perdure, éventuellement jusqu'à la fin de la durée prévue dans le contrat ou la reconnaissance d'une invalidité. Les indemnités sont déterminées dans deux garanties distinctes, l'une tenant compte du bénéfice professionnel, l'autre des charges fixes de l'assuré : même quand on reçoit de l'argent, il est toujours intéressant de savoir pourquoi.

Invalidité : elle fait toujours suite à l'incapacité ; elle est décidée par le médecin-conseil de la compagnie ou un expert indépendant, peut donner lieu au versement d'une rente d'invalidité et, accessoirement, la possibilité d'accéder à des places réservées dans certains parkings. Elle peut être partielle ou totale, temporaire ou définitive. Est reconnu en invalidité permanente totale l'assuré qui, après consolidation de son état, est atteint d'un taux d'invalidité supérieur à 66 %.

Invalidité fonctionnelle : Invalidité ne tenant compte que de la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et intellectuelles de l'assuré indépendamment de toute considération professionnelle. Danseur, pianiste, vétérinaire ou journaliste, si vous perdez un pouce ou un œil le taux d'invalidité fonctionnelle sera la même pour tous.

Invalidité professionnelle : invalidité tenant compte des particularités de la profession de l'invalidé. Elle est appréciée en fonction de l'incidence de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle de l'assuré en tenant compte :



- des conditions de cet exercice avant la maladie ou l'accident,
- des possibilités restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de sa profession.

Trois orteils en moins ne seront pas indemnisés de la même manière chez un vétérinaire ou un danseur. Les vétérinaires danseurs n'ont pas droit à un bonus.

Loi Madelin : loi permettant la déductibilité des revenus de certaines cotisations versées à des organismes privés dans le cadre de la santé et de la retraite. Ces cotisations sont plafonnées.

LRAR (Lettre recommandée avec Accusé de réception) : l'arme fatale du contestataire : elle permet d'obtenir des réponses nettes de la part de votre assureur.

Ombudsman : mot d'origine suédoise qui signifie porte-parole des griefs ou homme des doléances. Le mot est joli. En France vous pouvez saisir le médiateur des assurances C'est là <https://www.mediation-assurance.org>, et c'est gratuit.

Rente d'invalidité : somme mensuelle, trimestrielle ou annuelle, versée lorsqu'une invalidité a été reconnue.

Révision: rien à voir avec le changement des bougies. Il s'agit d'une reconsidération de l'invalidité de l'assuré selon qu'il y a une aggravation ou une amélioration. Dans ce dernier cas, on peut très bien même imaginer une reprise complète du travail et un arrêt du versement de la rente.

T66 : Non ce n'est pas une nouvelle drogue ! C'est un joli sigle inventé par les assureurs (nostalgiques sans doute de la mythique Road 66) qui représente un mode de calcul de la rente d'invalidité à partir du taux d'invalidité, selon lequel un taux de 66 % d'invalidité équivaut à 100 % d'indemnisation, c'est-à-dire au versement de 100 % de la rente prévue au contrat. Ainsi, le taux d'indemnisation est calculé, pour toute invalidité inférieure ou égale à 66 %, en divisant le taux d'invalidité par 0,66. Vous pouvez prendre un comprimé contre la migraine.

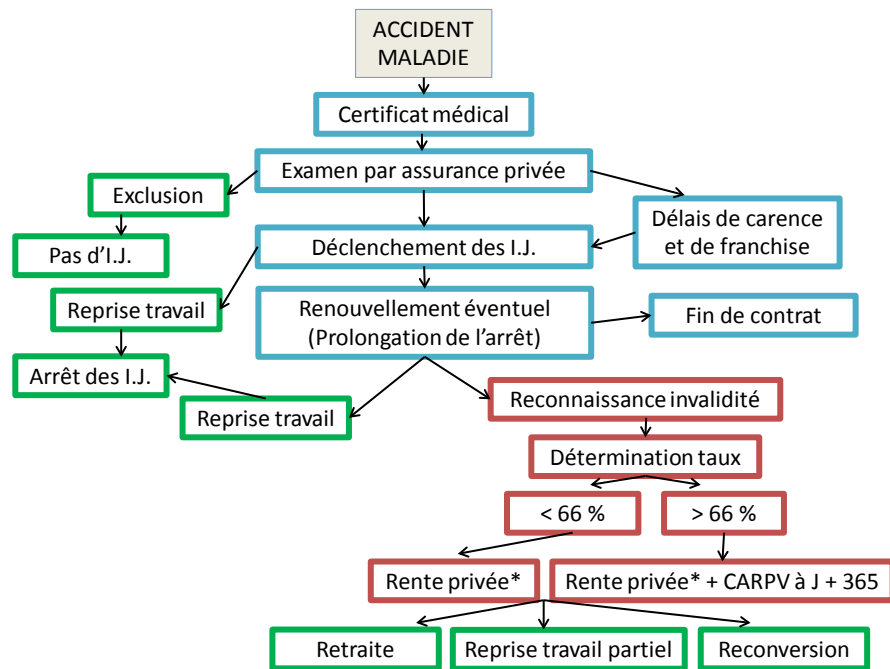
Taux d'incapacité : taux déterminant l'importance de l'invalidité et, par conséquent, le montant de la rente versée.

Taux d'indemnisation : taux appliqué au montant de la rente d'invalidité mentionnée dans le contrat en fonction du taux d'incapacité établi par le médecin-expert et déterminant le montant de la rente effectivement versée.

Vétos-Entraide : Association créée par des vétérinaires pour des vétérinaires. Les membres bénévoles ne sont pas et ne désirent pas devenir courtiers en assurance, surtout ne nous envoyez pas vos contrats pour qu'ils soient analysés !



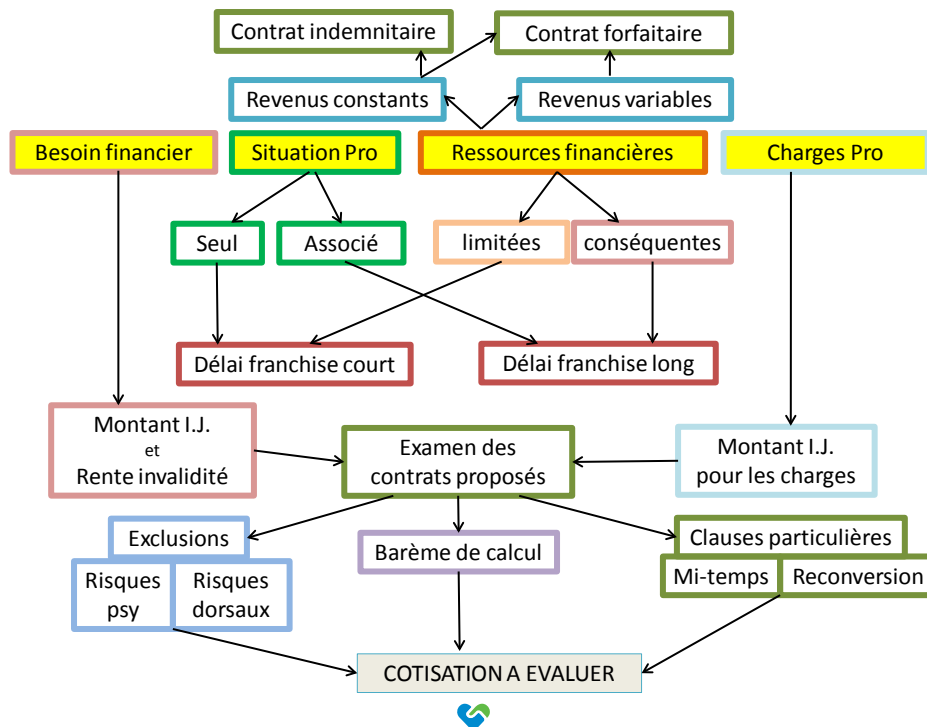
1. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, MODE D'EMPLOI



* Rente obtenue par une assurance privée



2. COMMENT SOUSCRIRE UNE “BONNE” ASSURANCE ?



REMERCIEMENTS

Ce document a été élaboré par l'association Vétos-Entraide. Y ont participé totalement bénévolement Claire Allgeyer, Timothée Audouin, Philippe Boudart, Thierry Chambon, François Courouble, Edith Graff, Thierry Jourdan, Dominique Lachapèle, Jacques Limborg, Jean-Marc Petiot, Pascal Romand, Laurent Sochat et Artagnan Zilber.

Nous remercions tous ceux qui ont pris la peine de répondre à l'appel à témoignages sur le sujet et qui nous ont fourni la matière à l'élaboration de la dernière partie de cet ouvrage.

Nous remercions les lecteurs-cobayes qui ont permis l'évolution du document vers sa forme définitive et ce au prix de sévères maux de tête.



Nous remercions Frédéric Decante et Fabrice Castanet, dit Kastet, qui ont bien voulu mettre leurs talents respectifs au service de l'illustration de ce livret afin d'en amoindrir l'austérité. Néanmoins, vous ne pourrez pas vous permettre de regarder seulement les images.

Nous remercions chaleureusement Franck Dupuy, d'Adévet, qui a bien voulu se charger à titre gracieux de la mise en page, en forme, en images, de ce document. Nous sommes conscients de l'importance de ce travail et lui en sommes particulièrement reconnaissants.

Enfin, nous remercions Franck Elmosnino de la société AS Conseils, qui a bien voulu nous permettre d'utiliser le document élaboré pour les masseurs-kinésithérapeutes, et Lucien Grzyl de la société Audit-Invest qui, avec le précédent, ont accepté de nous éclairer sur plusieurs points obscurs qui font tout le sel et le mystère du métier d'assureur, cela sans aucune contrepartie si ce n'est d'être cités dans ce paragraphe.



vétos-entraide

Un lien solidaire entre vétérinaires



Restons en contact

Email & Web

ecouter@vetos-entraide.com
contact@vetos-entraide.com
www.vetos-entraide.com

Phone

P : 09 72 22 43 44

Adresse

Maison des vétérinaires
10 place Léon Blum
75011 Paris