

- **Le mot du président**
- **Bronchiolite du nourrisson**
- **Moins de charges ? Trouvez la bonne formule**
- **Les travaux de l'Union**
- **Infos plus**

Les missions de l'Union définies par la loi

- Analyses et études relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux;
- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins;
- Organisation et régulation du système de santé;
- Prévention et actions de santé publique;
- Coordination avec les autres professionnels de santé;
- Information et formation des médecins et des usagers.

Union régionale des médecins d'Ile-de-France exerçant à titre libéral

104 boulevard du Montparnasse,
75682 Paris cedex 14
Tél. 01 40 64 14 70 - Fax. 01 40 64 14 88
Email: secretariat@urml-idf.org

Directeur de la publication:

Dr Bernard Huynh

Comité de rédaction:

Drs O. Aynaud, J. Bourcereau, J.F. Courgeon,
A. Gozlan, J.P. Grundeler, I. Kahn Bensaude,
G. Lyon, M. Roueff, D. Rougemont,
G. Rousselet, M. Sylvestre, A. Toledano,
A. Vuong.

Secrétaire de rédaction:

M. Hürstel

Numéro ISSN: 1285-4743

Dépôt légal à parution
Abonnement: 150 F TTC/an

Conception, réalisation et Impression:

Sepeg International
24 rue de Cronstadt
75015 Paris
Tél. 01 53 68 90 00
Fax. 01 53 68 90 10



Le mot du président

Construire le monde que nous voulons

Les événements quotidiens s'enchaînent et entraînent les médecins franciliens dans une spirale d'actions ininterrompues. Les rendez-vous, les visites, les factures, les réunions s'accumulent et bien peu nombreux sont les médecins qui ont le temps de rêver.

Et puis, quelques heures de liberté, quelques jours de vacances et l'imagination prend son envol. Une médecine idéale, ce serait du temps pour chaque malade et aussi des aides pour toutes les situations où manquent les moyens d'aider, les moyens

de soigner tous ceux qui souffrent. Ce serait les moyens de faire valoir notre compétence ou mieux nous organiser entre nous. On pourrait alors prendre en charge à la maison dans les meilleures conditions ceux qu'on hospitalise faute de ressources: l'enfant avec sa bronchiolite le samedi soir, le vieillard tout seul, la femme qui agonise, le pauvre sans aide possible, le handicapé blessé, le cancéreux sous chimiothérapie, l'accouchée fiévreuse ou l'insuffisant cardiaque qui rechute et bien d'autres encore...

Ces moyens rêvés, cette organisation dont nous avons besoin pour réunir des professionnels de santé autour d'un seul malade, des médecins d'Ile-de-France, des femmes et des hommes simples praticiens, généralistes ou spécialistes libéraux, les mettent en place aujourd'hui avec l'aide de leur URML. Vous aussi, vous pouvez, avec nous construire le monde que vous voulez, que nous voulons tous ensemble. Contactez l'URML Ile-de-France!

Bien confraternellement vôtre.



Docteur Bernard Huynh
Président

Email: huynh@urml.idf.org

“La conférence de consensus était indispensable”

Entretien avec le Dr Bernard Ortolan

Une enquête de pratique menée avant les recommandations sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson montre que la kinésithérapie adaptée, indispensable, n'est pas prescrite systématiquement. Alors que des traitements souvent inutiles sont régulièrement donnés.

Normal, il n'existait aucune règle précise de prise en charge. L'Union, maître d'oeuvre de la conférence, mesurera dans quelques mois l'impact des recommandations du jury sur les pratiques en Ile-de-France.



Dr Bernard Ortolan,
Secrétaire général
de l'URML-IdF

● **La Lettre de l'Union - Comment l'idée de cette conférence de consensus est-elle venue à la commission évaluation de l'Union ?**

Dr Bernard Ortolan - C'est le fruit du travail de production et de l'interactivité des commissions de l'Union. Au départ, c'est la commission prévention et besoins de santé publique qui a pris connaissance d'une enquête de l'association « Respirer » faite sur la prise en charge, par les pédiatres libéraux, de la bronchiolite des nourrissons. Il en ressortait, entre autre, qu'à l'examen de la littérature mondiale, aucune recommandation, aucune règle commune de prise en charge thérapeutique ne semblait exister. Antibiotiques ou non, cortisone ou non, mesures générales : d'hydratation, de nutrition... chacun faisait différemment, en ville, au sein de l'hôpital. Et la conclusion d'un colloque organisé en octobre 1998 par « Respirer » en partenariat avec l'Union suggérait l'organisation d'une conférence de consensus. En tant que président de la commission évaluation de l'Union, j'ai alors dit : « je prends ». Mais monter le dossier nous a pris toute l'année 1999. Dépôt du dossier à l'ANAES, validation par le comité scientifique et si l'Union avait décidé de mettre 250 000 F sur la table, il fallait trouver un cofinancement. Nous l'avons obtenu auprès de l'URCAM qui a mis la même somme, de l'ANAES qui a fourni l'équivalent en ingénierie, méthodologistes, secrétariat, etc., de la CNAM ainsi qu'une participation marginale de trois laboratoires pharmaceutiques : Abbott, Astra-Zeneca et Glaxo-Welcome.

● **Avec le recul, c'était une bonne idée cette conférence de consensus ?**

Dr B. O. - Incontestablement. Jusque-là, personne n'avait dit ni appris aux généralistes et aux pédiatres de ville qui sont les premiers à recevoir les nourrissons, quelle est la meilleure façon de prendre en charge cette pathologie. Il semblait y avoir un accord sur l'utilité de la kinésithérapie mais uniquement chez nous, pas chez les anglo-saxons. Ce, parce que l'école française de kinésithérapie est promotrice de la méthode de désencombrement bronchique. Il n'existait pas non plus de critères d'hospitalisation précis. Or les hôpitaux disaient être totalement débordés pendant l'épidémie, en tout cas en consultation à cause de la publicité qui était faite sur l'éventuelle gravité de cette affection et qui conduisait la population à squeezer la médecine de ville. Devant cet afflux, les internes de garde avaient tendance, par sécurité, à hospitaliser beaucoup d'enfants sans que pour autant l'attitude thérapeutique de l'hôpital soit très différente de celle qui aurait pu être faite en ville.

● **Etes-vous satisfait des recommandations du jury ?**

Dr B. O. - Sans aucun doute. Sur l'hospitalisation pas forcément toujours légitime que j'évoquais, la conférence a conclu qu'il fallait expliquer à la population qu'il n'était pas obligatoire de se dépêcher d'aller aux urgences mais qu'elle pouvait passer par les médecins de ville. Dès lors, bien sûr que ces médecins disposaient d'informations leur permettant de juger de la gravité de la maladie. Et elle a listé et hiérarchisé ces critères d'hospitalisation. La conférence a mis l'accent sur le caractère

essentiel de la kinésithérapie respiratoire de désencombrement selon une technique précise. Ce qui nécessite donc d'avoir l'assurance que le praticien est bien formé à la bonne technique. Enfin, la conférence a dit, de manière finalement inattendue, qu'il fallait tordre le cou aux thérapeutiques médicamenteuses habituellement prescrites à l'hôpital comme en ville, par les généralistes comme par les pédiatres : la cortisone notamment, par voie générale ou inhalée n'a pas démontré avec un niveau de preuve suffisant son efficacité dans la phase aiguë, idem pour les mucolytiques.

● **Comment sait-on que ces médicaments sont prescrits habituellement ?**

Dr B. O. - Parce que, selon la méthode comparative avant-après, l'Union a fait une enquête de pratique qui servira de référence pour mesurer ensuite l'impact des recommandations. L'enquête liminaire s'est déroulée pendant l'épidémie 1999-2000 auprès d'un échantillon de 54 généralistes et 36 pédiatres représentatif de l'Ile-de-France. Ils devaient remplir, en situation, des fiches de saisie pour des premiers épisodes de bronchiolite chez des nourrissons de 0 à 1 an. Des 518 fiches exploitées, nous avons pu tirer des enseignements très intéressants. On voit que 10 % seulement des nourrissons vus en ville sont hospitalisés sans différence significative entre les généralistes : 11 % et les pédiatres : 9 %. Dans 83 % des cas, l'hospitalisation est décidée à cause de signes cliniques graves.

● **Quels sont les traitements quand il n'y a pas d'hospitalisation ?**

Dr B. O. - C'est là que les résultats sont surprenants maintenant que l'on sait.

sur la bronchiolite

Prescription de kinésithérapie dans 91 % des cas. Les médecins avaient donc intégré que c'était un geste essentiel. En revanche - il y a quelques différences entre généralistes et pédiatres, mais à la marge - 71 % des médecins prescrivent des bêta 2 mimétiques. Les experts nous ont dit que c'est inutile. De même, 61 % prescrivent un mucolytique ou un anti-tussif : c'est inutile, voire dangereux. Pour les antibiotiques, 61 % en prescrivent alors que l'on est clairement dans une maladie virale et que cela ne sert à rien en l'absence d'une surinfection des voies aériennes supérieures patent. Et 59 % donnent des corticoïdes ce qui est également inutile. Cette enquête montre donc qu'en toute bonne foi, généralistes et pédiatres, sans différences notoires, ont des prises en charge en ville quasi identiques. Elles correspondent à des habitudes professionnelles qui ne sont pas décriées, loin s'en faut, par l'hôpital qui fait à peu près la même chose, même si, lui, a le malade en permanence sous la

main qu'il peut contrôler l'évolution de la maladie et, éventuellement, corriger le tir.

● **Qu'attendez-vous maintenant que les recommandations sont diffusées?**

Dr B. O. - Si les résultats de la conférence sont intégrés dans les pratiques, nous devrions d'abord, lors de la prochaine épidémie, avoir moins d'hospitalisations. D'une part parce que les critères de gravité et de prise en charge en ville sont mieux définis. D'autre part parce que la population devrait être mieux informée et ne pas se précipiter vers l'hôpital. Mais là, il y a un gros effort de sensibilisation à faire de la part des médias en direction du public. Chez les pédiatres et chez les généralistes, nous devrions avoir 100 % de prescription de kinésithérapie adaptée et quasiment 0 % de prescription médicamenteuse. Nous verrons puisque l'Union professionnelle a déjà programmé une deuxième enquête de pratique, entre novembre 2001 et février 2002, pendant la prochaine épidémie, pour savoir si les médecins ont modifié leur mode de prise en

charge après les recommandations. Y compris dans les conseils aux familles : hydratation et nutrition adaptées, couchage en position proclive de 30°, désobstruction des voies aériennes supérieures par lavages nasals corrects.

● **L'hôpital va-t-il jouer le jeu? Est-il aussi destinataire de ces recommandations?**

Dr B. O. - Elles sont évidemment destinées aussi à tout les services de pédiatrie. D'ailleurs, c'est pourquoi nous avons choisi de diffuser le texte notamment par « Les Archives de pédiatrie ». Elles ont un référencement mondial et ce consensus est envoyé automatiquement dans toutes les bibliothèques des services pédiatriques du monde. Les médecins trouveront dans ce numéro le texte court de la conférence. Dans cette affaire, l'Union d'Ile-de-France a rempli l'ensemble de ses missions. Elle a joué son rôle d'observatoire du système de santé, de recueil de besoins, d'évaluation des pratiques, de diffusion des recommandations, de formation des médecins et d'information du public.

Propos recueillis par Marc Patin

“une expérience enrichissante”

Entretien avec le Dr Didier Maufroy

Installé à Paris, âgé de 44 ans, le Dr Didier Maufroy se définit lui-même comme un médecin généraliste “normal”. C'est à ce titre qu'il était membre du jury de la conférence de consensus sur la bronchiolite. Témoignage.

● **La Lettre de l'Union - Après quelques mois, que retirez-vous de votre participation au jury de la conférence de consensus?**

Dr Didier Maufroy - Pour moi, c'est une très bonne expérience. Enrichissante sur le plan personnel. D'abord parce que cela m'a permis de connaître le fonctionnement exact, le mode de déroulement des conférences de consensus que j'ignorais, même si je

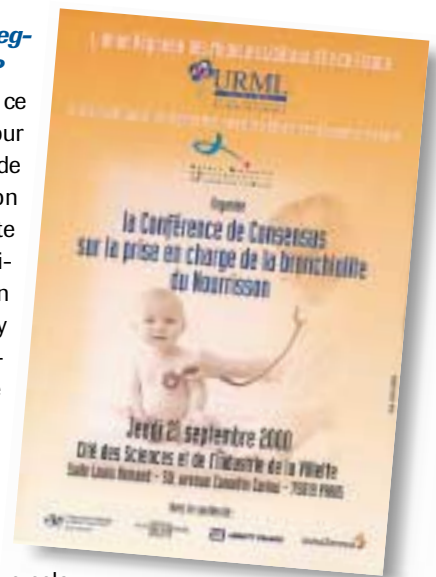
suis attentif aux conclusions que je lisais jusque là dans la presse. Je trouve également que la rencontre et que la confrontation des points de personnes venant d'horizons différents : médecins de spécialités diverses, libéraux et publics, paramédicaux est très intéressante. Enfin, j'ai été séduit par la démarche intellectuelle que doivent avoir les membres du jury.

● **Avec ces horizons différents, le risque n'est-il pas d'arriver à un consensus a minima?**

Dr D. M. - Je ne le pense pas et en tout cas, ce n'est pas ce qui s'est passé. En revanche, j'ai été frappé de constater, quand les membres du jury se sont retrouvés, que nous n'avions pas entendu les mêmes choses. Il a d'abord fallu retrouver la vérité de chacun et les confronter. Là, je trouve que tous les membres ont fait preuve d'une grande ouverture d'esprit et ont fait des efforts pour arriver au consensus.

● **Avez-vous un regret, une réserve?**

Dr D.M. - Même si ce n'est pas facile pour un médecin libéral de se dégager de son activité, je regrette sûrement la rapidité, la précipitation dans laquelle le jury s'est réuni. Ce travail imposerait une sérénité que l'on a pas forcément en deux jours de délibération du jury. Un détail également. Je trouve que cela pourrait se faire dans un lieu plus sympa que la porte de la Villette pour faciliter le travail qui est quand même d'une grande difficulté sur le plan intellectuel.



● **Est-ce qu'après votre participation à cette conférence de consensus votre pratique a changé?**

Dr D. M. - Mon comportement thérapeutique a dû changer effectivement un peu. En particulier sur les facteurs de risque, sur les critères d'hospitalisation et sur les mucolytiques

Propos recueillis par Marc Patin

Moins de charges ?

Comment trouver la bonne formule

La dernière étude publiée par l'Union (voir page 6) l'a encore montré. Notamment sous le poids des charges, les revenus des médecins franciliens stagnent. Raison de plus pour s'intéresser à toutes les formules qui permettent au médecin employeur de bénéficier de réductions de charges patronales. Il en existe plus d'une dizaine. Encore faut-il, compte tenu des restrictions, qu'elles concernent la bonne personne pour le bon emploi. Tout d'horizon.

- Les 35 heures

C'est la mesure qui a fait couler le plus d'encre. Cependant, c'est, pour l'instant, celle qui touche le moins directement les cabinets médicaux puisque le passage aux 35 heures hebdomadaires, ou aux 1 600 heures annualisées, ne sera obligatoire au 1^{er} janvier 2002 que pour les entreprises de 20 salariés ou plus. Certes, pour les plus petites, des accords d'entreprise sont possibles d'ici là avec les mêmes avantages : allègement des cotisations d'assurances sociales (AS), d'allocation familiale (AF) et d'accident du travail (AT). Il faut pour cela une négociation entre l'employeur et un salarié mandaté par une centrale syndicale nationale d'employés. Une autre possibilité est un accord de branche, c'est-à-dire un avenant à la convention collective du personnel des cabinets. Mais pour l'instant, les négociations sur le sujet entre les syndicats médicaux représentatifs et ceux des salariés, n'ont pas encore débuté.

- L'allègement des charges sur les bas salaires

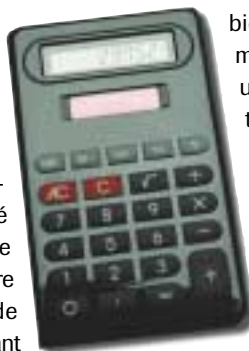
* Le principe

C'est une disposition simple et c'est également celle qui concerne le plus directement les libéraux puisque plusieurs postes de la grille du personnel des cabinets répondent aux critères. Il s'agit d'une réduction dégressive, automatique, des cotisations patronales sur les salaires n'excédant pas 130 % du Smic. Elle est applicable pour tous les salariés, quelle que soit la nature du contrat, la durée du travail - il y a une proratisation - et la date d'embauche. Aucune formalité préalable n'est nécessaire, les conditions sont examinées au titre de chaque mois et la tenue d'un document justificatif est obligatoire.

* Les avantages

L'employeur bénéficie d'une réduction dégressive sur les cotisations AS, AT, AF. Il existe deux cas de figures. Si le salaire

est inférieur au Smic (7 101,38 F au 1^{er} juillet 2000), la réduction se calcule en multipliant le salaire soumis à cotisations par 0,182. Par exemple, pour un salaire de 6 000 F l'employeur bénéficie d'une réduction de cotisations patronales de 1 092 F. Pour un salaire compris entre le Smic et 130 % du Smic (9 231,79 F), on multiplie la différence entre le plafond Smic x 1,3 et le salaire soumis à cotisations par 0,607 - ce qui montre bien, d'ailleurs, que cet allègement est dégressif. Ainsi, pour un salarié payé 7 500 F, l'abattement sera de 1 051,20 F : $(9 231,79 - 7 500) \times 0,607$. Il ne sera plus que de 262,10 F pour un employé payé 8 800 F.



- L'exonération pour le premier salarié

* Le principe

C'est encore une formule qui devrait pouvoir séduire les médecins. Pour l'embauche, avant le 31 décembre 2001, d'un premier salarié, en contrat à durée indéterminée (CDI) ou en contrat à durée déterminée (CDD) de plus de 12 mois au moins pour « accroissement temporaire d'activité » et ce, au tarif de la convention collective, l'employeur bénéficie d'allègements sensibles des charges. Pour ce faire, le médecin ne doit pas avoir eu d'employés durant les 12 derniers mois sauf des collaborations qui n'excèdent pas 200 heures. Le travail du conjoint du médecin, des stagiaires ou du personnel de maison n'est pas comptabilisé. La seule formalité est de remplir une déclaration à l'Urssaf et à la Direction départementale du travail.

* Les avantages

L'employeur bénéficie de l'exonération des cotisations patronales d'AS, d'AT et d'AF durant 24 mois pour un CDI et pour, un CDD, à la durée du contrat plafonnée à 18 mois. Depuis le 1^{er} janvier 1999, le montant de l'exonération est également plafonné à la fraction de rémunération égale au Smic par heure rémunérée. Par exemple, pour un employé travaillant 140 heu-

res par mois au taux horaire de 60 F, l'exonération ne portera que sur 5 882,80 F (140 x 42,02 F, le taux horaire du Smic). Il faut également savoir que c'est exclusivement la rupture du contrat à l'initiative du salarié qui permet de reporter ces avantages sur une autre embauche. Pas les ruptures de contrat à l'initiative du médecin employeur, même lorsqu'il s'agit d'un licenciement pour faute lourde ou pendant la période d'essai.

- L'abattement temps partiel

* Le principe

Les dégrèvements de cotisations sont attribués lors d'une embauche d'un employé en CDI à temps partiel au tarif de la convention collective. La durée hebdomadaire de travail - appréciée éventuellement par mois ou par an - doit être comprise entre 18 et 32 heures. Le dégrèvement s'applique également lorsqu'un CDI temps plein est transformé en temps partiel. Dans ce cas, une embauche supplémentaire doit maintenir le volume d'heures des employés du cabinet. Ce principe ne s'applique qu'aux cabinets de moins de 20 employés et jusqu'au 31 décembre 2002, date à laquelle la loi Aubry sur les 35 heures prendra le relais.

* Les avantages

Les abattements de la part patronale sur les cotisations AS, AF et AT sont de 30 % sans limitation de durée. Ils ne jouent pas sur les cotisations chômage et retraite complémentaire.

- L'aide aux zones défavorisées

* Le principe

Il existe deux types d'aide à l'emploi dans des quartiers particulièrement défavorisés que sont les « zones de redynamisation urbaines » et les « zones franches urbaines ». Les unes et les autres sont déterminées par décret. On peut se procurer les plans des quartiers à la Délégation à la ville ou en trouver la liste sur le site internet du ministère (<http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/zuszu.pdf>). Tous les salariés, en CDI ou en CDD de

plus de 12 mois pour accroissement d'activité travaillant dans des cabinets implantés dans ces zones permettent à l'employeur de bénéficier d'exonération de charges.

*** Les avantages**

Les modalités de l'exonération des cotisations patronales portent sur les cotisations d'AS, d'AT et d'AF et sur la fraction de rémunération jusqu'à 150 % du Smic, soit 10 652 F.

- Le contrat initiative emploi

*** Le principe**

Il s'agit d'une aide à l'embauche de personnes en difficultés : chômeurs de longue durée, handicapés, Rmistes, jeunes sans diplômes, femmes isolées... Les emplois doivent être des CDI ou des CD de 12 à 24 mois pour 16 heures hebdomadaires minimum. Et être rémunérés au minimum sur la base conventionnelle.

*** Les avantages**

Le médecin peut bénéficier d'aides forfaitaires pour certaines catégories sociales d'employés pendant 24 mois maximum ; par exemple : 2 000 F par mois pour un Rmiste. Par exemple, l'exonération des cotisations AS, AF, AT à hauteur du Smic durant 24 mois maximum. Ou encore la possibilité d'aides à la formation. Si le salarié est âgé de plus de 56 ans, les exonérations se poursuivent jusqu'à sa retraite.

Retrouvez sur le site de l'Union www.urml-idf.org la liste, les coordonnées et les liens Internet des administrations concernées par ces questions.

L'ORIFF-PL : un outil pour le médecin libéral francilien face aux questions administratives

L'ORIFF-PL Ile-de-France (Office Régional d'Information, de Formation, et de Formalités des Professions Libérales) est un outil au service des professions libérales. Sa vocation est d'aider le médecin libéral en centralisant les informations sociales, administratives, ordinaires, comptables et juridiques.

Ses missions se déclinent en trois volets :

- Information nécessaire à l'installation
- Aides aux formalités
- Stages de formation

Tous les mois, l'ORIFF-PL Ile-de-France propose des formations dans le cadre de la gestion libérale. N'hésitez pas à contacter cet organisme.

ORIFF-PL IdF - 46, boulevard de la Tour Maubourg - 75 007 PARIS
Tél. : 01 44 11 31 50 - Fax : 01 44 11 31 51 - Mail : oriff-pl@unapl.org

- La convention de coopération de l'Unedic

*** Le principe**

Il s'agit d'embaucher pour un CDI ou un CDD de 12 mois minimum, un chômeur, qui percevait l'allocation unique dégressive de l'Unedic depuis 8 mois au moins. Une convention, d'au moins un an avec les Assedic, est obligatoire

*** Les avantages**

Le médecin employeur perçoit l'allocation que le chômeur aurait perçue. Elle est versée chaque mois durant 12 mois maximum et, contrairement à celle du chômeur, elle n'est pas dégressive.

- La convention de conversion

*** Le principe**

En embauchant en CDI ou en CDD de 6 mois au moins un salarié, licencié pour motif économique et qui a souscrit à une convention de conversion, le médecin bénéficie d'avantages directs et d'aides éventuelles à la formation de son nouvel employé.

*** Les avantages**

L'ancien employeur verse au nouveau l'indemnité de préavis y compris les charges patronales et salariales autres que celles de sécurité sociale.

Taxe professionnelle : les libéraux victimes de la réforme

Quand, en 1975, est instaurée la taxe professionnelle, ce nouvel impôt est calculé sur une triple assiette. La valeur locative de l'immeuble, la valeur locative du matériel professionnel utilisé et sur 18 % des salaires versés. Cinq ans plus tard, pour pallier l'insuffisance de la base « salaire », une première réforme de l'assiette est votée. La taxe des assujettis aux bénéfices non commerciaux (BNC) employant moins de 5 salariés - la quasi totalité des médecins employeurs - est désormais calculée sur la valeur locative de l'immeuble et sur 10 % des recettes.

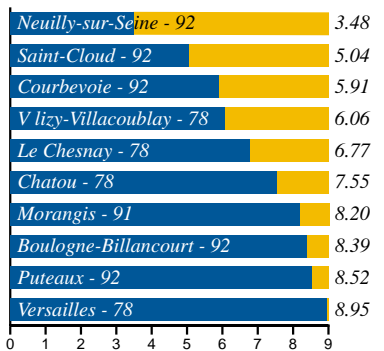
La loi de Finances 1999 a introduit une nouvelle réforme pour favoriser l'emploi. La part « salaire » de la taxe professionnelle sera totalement et progressivement supprimée d'ici à 2003. Sauf, évidemment, pour les entreprises de moins de 5 salariés au BNC qui ne la paie déjà plus. A terme, cette nouvelle réforme s'appliquera à 98,68 % des entreprises et entraînera des baisses particulièrement importantes : 23 % pour l'industrie, 55 % pour le secteur des services. Mais rien pour les libéraux en général et les médecins en particulier.

L'Union nationale des associations de professions libérales (UNAPL) a calculé qu'à recettes, matériel, immeuble et nombre de salariés équivalents, un cabinet libéral pouvait payer une taxe professionnelle près de trois fois supérieure à celle d'une entreprise soumise aux bénéfices industriels ou commerciaux.

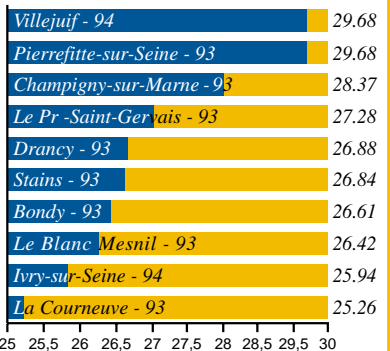
A plusieurs reprises déjà, lors de la discussion des lois de Finances et des correctifs budgétaires, des organismes professionnels, l'UNAPL notamment, ont demandé l'équité fiscale pour les professionnels libéraux. A chaque fois, le ministère des Finances ou le secrétaire d'Etat au Budget ont reconnu l'existence d'un réel problème avec la réforme mais ont argué du « contexte budgétaire » difficile pour refuser d'appliquer le droit commun de la taxe professionnelle aux libéraux employant moins de 5 salariés.

Hit-parade de la TP en Ile-de-France

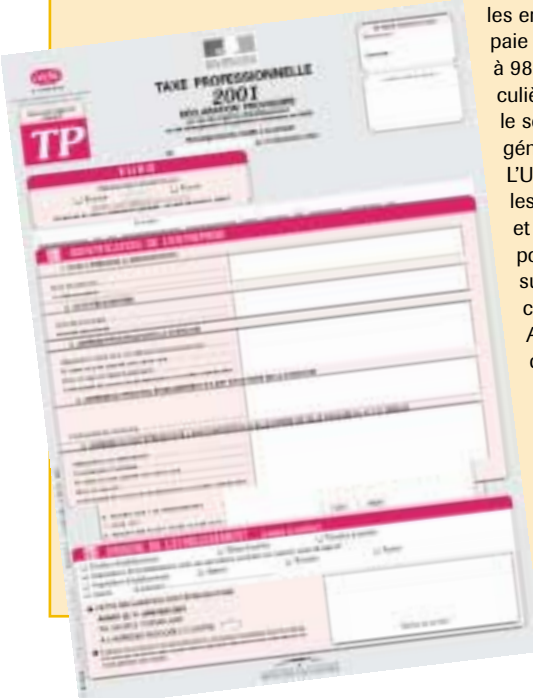
Les 10 taux les plus faibles



Les 10 taux les plus élevés



Source : Guide de la fiscalité locale 1999



- L'insertion d'un handicapé

* Le principe

L'embauche d'un handicapé relevant de la loi de juillet 1987 pour un CDI ou un CDD de 12 mois au moins et pour une durée de travail hebdomadaire de 16 heures minimum, rémunérées au salaire de la convention collective, justifie d'une subvention. Elle doit être réclamée à l'Agefiph (3614 FIHP) dans les 6 mois suivant l'embauche.

* Les avantages

La subvention est de 15 000 F dont les 2/3 sont perçus à l'acceptation du dossier et le solde sur présentation du 12^e bulletin de salaire.

- Les contrats de formation

* Le principe

Il existe trois types de contrats qui associent travail et formation. Le « contrat de qualification » pour que les jeunes employés de 16 à 26 ans - ou plus s'ils rencontrent des difficultés sociales et professionnelles - acquièrent, en alternance, une qualification professionnelle reconnue. Le « contrat d'adaptation » pour les demandeurs d'emploi de moins de 26 ans qui ont une certaine qualification à compléter, en alternance, par une formation technologique ou professionnelle. Le « contrat d'orientation » pour favoriser l'orientation professionnelle des jeunes de moins de 22 ans sans diplôme ou ceux de moins de 25 ans qui ont abandonné des études supérieures. La nature, la forme du travail (CDD ou CDI), sa durée, les rémunérations - au prorata du Smic - et les obligations de l'employeur varient selon la nature du contrat.

* Les avantages

Les bénéfices de ces divers contrats, pour les employeurs, varient également. Cependant, on retrouve des constantes. C'est l'exonération d'une partie des cotisations sociales et l'aide à la prise en charge de la formation du salarié sous contrat.

- L'emploi à domicile

Il ne faut pas oublier, enfin, que le médecin, comme tous les particuliers, peut bénéficier d'une réduction d'impôt sur le revenu lorsqu'il emploie du personnel, même à temps partiel, pour se faire aider à son domicile. Cette réduction porte sur les rémunérations déclarées et les cotisations sociales correspondantes. La moitié de ces dépenses (plafonnées à 45 000 francs pour le revenu 1999) ouvre droit à une réduction d'impôt: un maximum de 22 500 francs peut donc être déduit du montant de l'impôt dû.

Les revenus des médecins libéraux d'Ile-de-France en 1999 (projection des données de 1997).

La Commission Conditions d'Exercice et Prospective Démographique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France présidée par le Docteur Gérard Zeiger a réalisé en 2000 une projection des recettes, dépenses



Dr Gérard Zeiger, Président de la commission conditions d'exercice

et revenus des médecins, de l'année 1997 (dernières données disponibles) sur 1999. Les résultats, obtenus notamment à l'aide d'indices économiques, doivent donc être considérés avec précaution: ce sont des estimations.

Le tableau ci-dessous fournit l'évolution 1997-1999 et le montant estimé pour 1999 des revenus des médecins libéraux franciliens et français:

	Ensemble		Généralistes		Spécialistes	
	Montant en KF	Evolution 97/99	Montant en KF	Evolution 97/99	Montant en KF	Evolution 97/99
Ile-de-France	373,49	- 1.3 %	296,52	+ 1.4 %	462,94	- 3 %
France	441,36	+ 3.1 %	345,87	+ 5.3 %	608,77	+ 2 %

- Globalement, les médecins généralistes franciliens (et français) ont bénéficié de variations plus favorables que les médecins spécialistes entre 1997 et 1999. En effet, leurs recettes ont augmenté davantage et leurs dépenses se sont accrues moins fortement.

- Pour l'ensemble des médecins libéraux d'Ile-de-France entre 1997 et 1999, les dépenses ont augmenté plus rapidement que les recettes. La baisse conséquente des revenus franciliens prolonge la diminution de 0,4 % observée entre 1995 et 1997, et est contraire à la variation des revenus des médecins libéraux français (+ 3,1 %).

- Comme cela a toujours été le cas depuis 1990, les revenus d'Ile-de-France sont

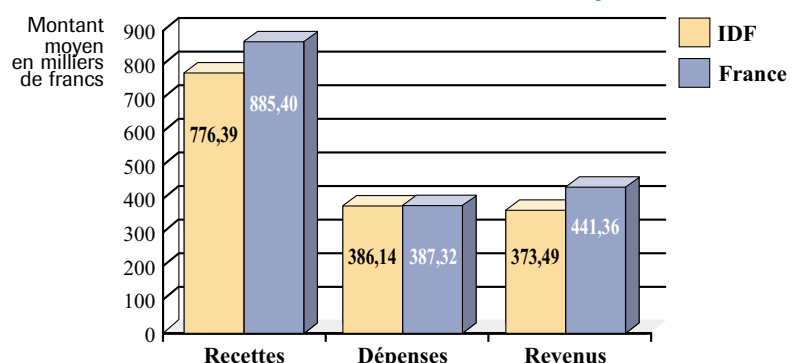
inférieurs aux revenus nationaux: l'écart s'élève en 1999 à 18,2 % (il était de 11,4 % en 1997). Ceci est vérifié tant pour les généralistes (16,7 % d'écart) que pour les spécialistes (31,6 %). Ces écarts s'élevaient respectivement à 12 % et 24,6 % en 1997.

- Les médecins libéraux d'Ile-de-France demeurent donc encore nettement défavorisés par rapport à leurs confrères de France entière, pour une raison double: un taux de variation désavantageux et un montant de leur revenu moyen moins élevé qu'en France entière.

D'après nos estimations, l'inégalité qui pénalise l'Ile-de-France s'est même aggravée entre 1997 et 1999.

Anne Lepicard

Estimation des recettes, dépenses professionnelles et revenus moyens en 1999 Médecins libéraux franciliens et français



L'URML-IdF sensibilise les étudiants en médecine à l'exercice libéral

L'avenir de la médecine libérale se construit avec les médecins libéraux de demain. L'URML-IdF vient de mettre en œuvre une action originale pour sensibiliser les étudiants en médecine à l'exercice libéral. En effet, plusieurs responsables d'associations d'étudiants en médecine ont eu l'occasion, le 6 décembre dernier, de visiter des cabinets et des structures libérales.

Ainsi, la journée a commencé par la visite sous la conduite du Dr Tordjmann du cabinet de groupe d'imagerie médicale dans le 14^e arrondissement, puis une rencontre avec le Dr Clavero, généraliste en cabinet individuel dans le 15^e arrondissement. La matinée s'est achevée par la visite du bloc ambulatoire de la clinique Hartmann avec le Dr Huynh, Président de l'URML-IdF.

L'après midi a été consacrée à une visite du cabinet de groupe de 27 professionnels de santé libéraux ou exercent les Dr Grundeler et Prudhomme ainsi qu'à la visite du service des Urgences de la clinique de Trappes ou ces étudiants ont été reçus par le Dr Fribourg.

FORMATION: le traitement psychothérapeutique des Victimes



Comment mieux prendre en charge les patients victimes de traumatismes psychologiques? Le Centre de Psychothérapie de l'Institut de Victimologie a pour but d'améliorer et de promouvoir le traitement psychothérapeutique des victimes. Il propose toute une série de formations pour les médecins: approche clinique et victimologique du psychotraumatisme, le petit enfant présumé victime d'agression sexuelle, l'intervention auprès des familles endeuillées par les accidents, les attentats ou les homicides...

Renseignements: Institut de Victimologie
131, rue de Saussure - 75 017 PARIS - Tél.: 01 43 80 44 40
Mail: institut-victimologie@noos.fr - Internet: www.victimologie.com

En direct des autres URML

URML RHONE-ALPES: La pilule du lendemain dans les lycées et le médecin dans la cité L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a réalisé une étude sur la pilule du lendemain dans les lycées. Il s'agit d'une véritable réflexion de Santé Publique face à la récente évolution de la législation sur la pilule du lendemain en milieu scolaire. Ce travail met en évidence la nécessité d'accompagner cette réforme importante du cadre législatif en la matière.

Retrouvez les études et analyses relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux réalisées chaque année par les différentes Unions Régionales sur le site de l'URML-IdF: www.urml-idf.org. Un classement par thème et par région vous permettra une recherche rapide et facile.

VIENT DE PARAITRE

RESEAUX DE SOINS: L'URML-IdF vous guide

L'URML-IDF a réalisé, en partenariat avec le cabinet d'avocats Bensoussan, un guide des réseaux de soins et des systèmes d'information à l'usage du médecin libéral. Ce guide répond à toutes les questions que peut être amené à se poser le médecin libéral qui veut monter un réseau de soins: contrats, statut juridique, déclarations CNIL, financements, systèmes d'information, sécurité informatique...

Un ouvrage clair, concis, complet. Un véritable outil au service des médecins libéraux qui s'investissent dans les réseaux de soins. Ce guide est disponible en téléchargement sur le site de l'Union (www.urml-idf.org) et sur demande à l'URML-IdF, pour les médecins libéraux uniquement.

Renseignements:
URML-IdF

104, boulevard du Montparnasse
75 682 Paris Cedex 14
Tél.: 01 40 64 14 70
Mail: secretariat@urml-idf.org



Artériopathie des membres inférieurs

Angiologue-Phlébologue, en Ile-de-France, le Dr Ariel Toledano vient de faire paraître un ouvrage sur l'artériopathie des membres inférieurs. Cette pathologie très fréquente a connu un véritable bouleversement dans sa prise en charge diagnostique et thérapeutique au cours de ces dernières années. Le Dr Ariel Toledano expose avec simplicité

et clarté les conduites à tenir afin d'aider au mieux le praticien dans sa prise en charge quotidienne de la maladie artéritique. On trouvera décrit de manière claire, les rappels anatomiques, physiopathologiques et cliniques.

Les techniques récentes d'exploration vasculaire sont abordées avec leurs indications, ainsi que les traitements endovasculaires et chirurgicaux. Les iconographies sont nombreuses et didactiques avec plusieurs tableaux exposant les stratégies décisionnelles.

Artériopathie des membres inférieurs
Par le Dr Ariel Toledano
Editions ESTEM,
collection médecine générale
60 francs, 117 p.



RETRAITES: Le mensonge permanent

Gérard Maudrux, Chirurgien, est le Président de la CARMF. Dans son livre « Retraites, le mensonge permanent », il dévoile, chiffre à l'appui, les scandales, les faillites, les inégalités qui entourent le système des retraites et dit pourquoi, partis politiques et syndicats, toutes tendances confondues, on intérêt à laisser la situation en l'état.

Retraites, le mensonge permanent
Par Gérard MAUDRUX
Les Belles Lettres
110 francs, 305 p.



L'agenda de l'union

MEDEC 2001 : E-médecine, l'URML IdF vous donne la main

L'URML-IdF sera présente au salon du MEDEC 2001 qui se déroule du mardi 13 mars 2001 au vendredi 16 mars 2001. Votre Union organise un débat sur l'informatique des médecins.



du mardi 13 au vendredi 16 Mars 2001

MERCREDI 14 MARS 2001 - 14 h 30-16 h 30 PROGRAMME

Introduction

Docteur Bernard HUYNH - *Président URML-IDF*

La Charte qualité de l'informatique de l'URML-IDF

Docteur Marc SYLVESTRE

URML-IDF, commission informatisation

Monsieur Wagdy ZAHARAN

Président Directeur Général de CSK

Docteur Jean-François THEBAUT

Secrétaire Général Adjoint URML-IDF

Les Réseaux et les cartes : comprendre le labyrinthe

Monsieur Gilles TAIB - *Directeur, GIP CPS*

Monsieur Richard LALANDE - *Président, CEGETEL-RSS*

Docteur Alain ROBINET - *URML-IDF*

Codage, concentrateur et défense de la profession

Monsieur Jean-Claude LABRUNE

Président Directeur Général, CEGEDIM

Docteur Régis GIET - *Président, Libéralis*

Docteur Bernard ORTOLAN - *Secrétaire Général URML-IDF*

Cybermédecine contre les médecins traitants ?

Docteur André CHASSORT

Secrétaire Général Adjoint

CNO des Médecins

Madame Michèle BARZACH

Présidente c-votre-sante.com

Docteur Gérard ZEIGER

Président Conseil de l'Ordre des Médecins de Paris

Site de l'URML-IDF en 2001 : pour la pratique de tous les jours ?

Docteur Laurent ALEXANDRE

Président Medcost

Docteur Philippe LEDUC

Président Directeur

Général JBBaillère Santé

Docteur Bernard HUYNH

Président URML-IDF

2^e Congrès international de recherche en médecine générale à Biarritz les 31 mars et 1^{er} avril 2001

Avec le soutien de l'ensemble des Unions Régionales de Médecins Libéraux, l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île d'Aquitaine organise le 2^e Congrès International de Recherche en Médecine Générale qui se tiendra à Biarritz les 31 mars et 1^{er} avril 2001.

Ce congrès est organisé en partenariat avec la Conférence Permanente de la Médecine Générale (l'Atelier Français de Médecine Générale, le Collège National des Généralistes Enseignants, l'Institut Français pour l'Étude et le Développement de la Médecine Générale, l'Institut de Recherche en Médecine Générale, MG-Form, le Groupe Repères, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste, la Société Médicale Balint), en association avec l'UNAFORMEC, FORM-UNOF et la SFMG, et en collaboration avec la Revue du Praticien en Médecine Générale.

Renseignements :

UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'AQUITAINE

150 cours Victor Hugo - D88 - 33 000 Bordeaux

Téléphone : 05 56 92 07 07 - Fax : 05 56 92 84 84 - E-mail :

Demande d'information : acquitaine@urmla.org - Organisation congrès : biarritz2001@urmla.org

Site web : <http://www.urmla.org/>