

MÉDECIN 92

BULLETIN OFFICIEL DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE

N°19
MARS
2005

3-4 EDITO

Démographie

4 BILLET D'HUMEUR

5-6 ETHIQUE

Le soulagement
de la douleur

7 SECURITE

Cartographie
des agressions

8-9 RETRAITE

Informations
sur la retraite

10-11 TRESORERIE

Paiement
par CB

12 BREVES

13 TABLEAU
DÉPARTEMENTAL

Nouveaux
inscrits

14-15 ACTIVITÉS
EXTERIEURES

Conseillers
ordinaux

Démographie





Audi

**Nouvelle A6 Avant.
Sans égale.**



**A découvrir et essayer
dans nos Espaces Audi à partir du 7 avril.**

BAUER

Levallois

57, rue Marjolin - 01 55 21 30 00

Nanterre

36, avenue Lénine - 01 47 24 64 91

St Honoré - Paris 1^{er}

Pl du Marché St Honoré - 01 55 35 30 00

St Ouen

80, rue du Dr Bauer - 01 49 18 30 00

Démographie



Dr J. Claude LECLERCQ
Président

“ Sur toutes les courbes prévisionnelles de démographie médicale l'année 2005 représente le sommet. C'est dire qu'à partir de l'an prochain, nous allons commencer à voir décroître la densité médicale en France, et avec une rapidité assez forte due au fait que le baby-boom des années 1945 s'est transformé en un papy boom, les nouveaux nés de 1945 atteignant 60 ans en 2005.

Comment à t-on pu en arriver à ce degré d'imprévision ?

Ceci a été assez bien analysé lors de la conférence inaugurale du MEDEC 2003 où étaient représentés tous les Ordres des professions de Santé, la Conférence Nationale de Santé et le CREDES. En effet, jusqu'à la fin de la décennie 90 le concept de la pléthore médicale a prévalu dans nombre d'institutions. La CNAM en 1988 affirmait la nécessité de baisser le numerus clausus et comme cela lui semblait une mesure insuffisante, il fallait en outre reconvertir environ 20 000 médecins. En 1990 des experts préconisent de réguler encore plus le nombre d'étudiants en médecine, de favoriser les reconversions des médecins formés et en cours de formation, de favoriser les départs par des cessations anticipées d'activité.

Des considérations économiques étaient mise en avant (« plus l'offre de soins est importante, plus les dépenses de santé augmentent »).

Il est évident qu'une certaine inertie a joué : une idée longtemps consensuelle demeure dans les esprits de façon pérenne. C'est ainsi qu'en 1996, Jean CHOUSSAT, Inspecteur des Finances, affirme que l'excédent de 20 000 médecins est sous estimé, qu'il serait plutôt de 30 000, qu'il ne faut pas augmenter le numerus clausus, et qu'il faut rentre plus incitatif le MICA. Et même jusqu'en 1999, où la Cour des Comptes faisant le bilan du MICA, conclut que ce dispositif n'a pas rempli correctement sa mission.

Heureusement entre temps d'autres voix s'étaient élevées, en particulier celle du Professeur Jean LANGLOIS, futur Président du CNOM, lequel oeuvrant à l'Ordre sur la prospective démographique avait vu poindre le grave danger de la pénurie qui s'annonçait assez rapidement. Pénurie générale dont les causes sont multiples : arrivée du papy boom, changements dans les modes de vie des nouvelles générations, réduction du temps de travail, féminisation de la profession, recherche chez les médecins des deux sexes d'un meilleur partage entre la vie professionnelle et la vie de famille, vieillissement général de la population, ce qui augmente la demande des soins, etc ...

Mais aussi, pénurie qualitative, qui fait que même en 2005, année de la pléthore de graves déficits existent déjà (et ne font que commencer) dans certaines spécialités sinistrées par leur pénibilité et le risque de judiciarisation de leur pratique (spécialités chirurgicales, obstétrique, psychiatrie, pédiatrie, et même médecine générale).

En outre d'autres déficits existent du fait de la répartition irrégulière des médecins sur le territoire avec concentration dans les agglomérations.

Que faire pour favoriser une meilleure adéquation de l'offre à la demande ?

Le virage va se prendre très rapidement en 2005 ; fort heureusement le numerus clausus dont l'étiage s'est situé en 1992 (à 3 500 médecins admis en 2^{ème} année) commence à remonter timidement d'abord, puis plus nettement depuis ces dernières années, les derniers arguments ayant été entendus. Mais les doyens de faculté, faute de chefs de clinique en quantité suffisante, ne peuvent pas aller trop vite. Par ailleurs il faut bien avoir présent à l'esprit que ces augmentations ne porteront leur fruit au plus tôt que dans une dizaine d'années.

En attendant les années 2020 que pouvons nous faire d'autre ?

Plusieurs mesures nationales viennent à l'esprit : augmenter les places des spécialités sinistrées à l'Examen Classant National, surtout essayer de rendre plus attrayant l'exercice de la profession, en facilitant la création de cabinets secondaires en milieu rural pour lutter contre la désertification médicale, en autorisant, ce qui est imminent, la création du statut d'Assistant Collaborateur Libéral, qui permettra des installations plus précoces. A l'autre extrémité de la carrière, retenons la récente faculté octroyée aux médecins retraités de reprendre une activité (bien que les conditions matérielles ne soient pas très attrayantes).

Sur le plan départemental en particulier, l'Ordre doit s'efforcer d'aider nos confrères à exercer dans de meilleures conditions par des suggestions aux pouvoirs publics, en améliorant la sécurité. Avec le

Secrétaire Général nous voyons régulièrement les autorités de police du département. L'an dernier notre Vice-Président chargé de la sécurité a noté une augmentation des agressions de médecin, lesquelles restent hélas trop fréquentes et intolérables. Sachez que la loi, maintenant, prévoit des peines aggravées pour les agressions à l'encontre des représentants des professions de santé.

Nous oeuvrons depuis plusieurs années à rendre la permanence des soins plus acceptable, avec l'instauration de la garde statique en soirée (20h 24h) pour nos confrères généralistes. Le reste de la nuit étant assuré par les urgentistes de SOS 92 et la régulation centralisée au Centre 15 pour éviter les dérangements injustifiés de nos confrères, horaires et sectorisation pourront faire encore l'objet de plus de souplesse.

Il reste encore beaucoup de dispositions à prendre mais tout ne dépend pas que de l'Ordre. Il ne se prive pas cependant de les suggérer aux pouvoirs publics : favoriser pour des mesures fiscales et administratives l'implantation dans les zones défavorisées, obtenir une meilleure sécurité aux abords des cabinets médicaux, améliorer la rémunération des astreintes, favoriser l'installation et le financement des MMG conditions indispensables à la pérennité d'une permanence des soins. Essayer surtout de minimiser les contraintes administratives imposées à nos confrères.

L'on peut ainsi espérer que la majorité d'entre nous ne regretterons pas d'avoir choisi cette profession qui nous apporte encore dans bien des moments, ne le nions pas, d'immenses satisfactions de par les échanges que nous avons avec nos patients.

”

Docteur Jean Claude LECLÉRCQ

BILLET D'HUMEUR

Cette convention est-elle déontologique ?



Dr J. Alain CACAULT
Secrétaire Général

• Le texte faisant allusion au choix du médecin traitant par un malade, ne précise pas si le médecin choisi est en droit de refuser ! et s'il refuse, peut-il être accusé de refus de soins ?

• une majoration des honoraires est prévue en cas d'urgence, mais y a-t-il une définition déontologique de l'urgence ?
• est-il déontologique de contraindre le praticien à informer les assurés de l'organisation des urgences médicales ou s'agit-il d'une obligation de santé publique ?

• Est-il déontologique que lorsqu'il existe un différend entre un patient et un médecin, ce soit un « conciliateur de caisse » qui intervienne, n'est-ce pas le rôle de l'Ordre ?

• Est-il déontologique qu'un médecin déjà installé bénéficie des avantages d'une convention refusés de fait au médecin nouvellement installé ?

• Cette convention prévoit qu'un conciliateur peut être saisi par un patient qui estime un délai de rendez-vous trop long ! L'accès aux soins ne relève-t-il pas de la responsabilité et de la déontologie du médecin lui-même ?

Est-ce vraiment à la caisse de rappeler au médecin ses devoirs déontologiques ?

• Est-il déontologique de prendre le patient pour une valise

que l'on fait voyager entre ce généraliste « traitant » et le spécialiste ?

• Est-il déontologique d'investir plusieurs dizaines de millions d'euros dans des dispositifs de régulation de la permanence des soins et de refuser la revalorisation des astreintes des praticiens qui assurent cette permanence ?

• Est-il déontologique de lier l'augmentation du taux des honoraires du médecin aux économies qu'il peut faire dans les soins qu'il prodigue à ses patients ?

• Le texte de cette convention stipule que la résiliation de cette convention peut survenir en cas « de modification substantielle des conditions de fonctionnement du système par rapport à la date de la signature de la convention ». Est-il déontologique de faire signer un contrat comportant un paragraphe vide de sens au praticien ?

• Enfin, est-il déontologique de laisser entendre qu'il pourrait exister une consultation fut-elle de nourrisson qui ne comporterait ni interrogatoire, ni examen complet, ni conduite à tenir thérapeutique ?

Je m'interroge Et je ne me donne pas de réponse !

Docteur J.A. CACAULT

Le soulagement de la douleur : un droit pour les malades, un devoir pour les médecins.

**La douleur des hommes remonte à la nuit des temps :
elle est inhérente à la condition humaine.**



Dr Y. LEFEBVRE
Vice-Président

Dans l'antiquité, faute de savoir la soulager efficacement, les philosophes ont valorisé la douleur. Les stoïciens : « Douleur, tu n'es pas un mal », les premiers chrétiens : « Tu enfanteras tes fils dans la douleur » ont exalté la grandeur de la douleur et de son acceptation. Cicéron dans les « Tusculanes » pose cette question : « La douleur est-elle le plus grand de tous les maux ? ». Pompée, souffrant de la goutte, s'est exclamé : « Douleur, tu as beau faire, je n'avouerai jamais que tu sois un mal ». A l'opposé, pour les épicuriens, les seuls éléments valables de l'existence humaine étaient le plaisir et le bonheur tandis que la douleur apparaissait comme le mal.

En France, durant la période révolutionnaire, le problème de la douleur a été soulevé : Dans son DISCOURS SUR LA DOULEUR, prononcé le 28 brumaire de l'an VII, soit le 21 novembre 1799, Marc-Antoine PETIT, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, prouvait à ses concitoyens toute l'importance qu'il lui donnait :

CITOYENS,

Je viens vous entretenir un moment d'un de vos ennemis; de l'éternel ennemi du genre humain: d'un tyran qui frappe, avec une égale cruauté, l'enfance et la vieillesse, la faiblesse et la force; qui ne respecte ni les talents, ni les rangs; qui n'est jamais attendri par le sexe ou par l'âge; qui n'a point d'amis à épargner, point d'esclaves à ménager; qui frappe sa victime au milieu de ses amis, dans le sein des plaisirs, et sans craindre l'éclat du jour plus que le silence des nuits; contre qui la prévoyance est vaine, et la défense d'autant moins sûre, qu'il semble s'armer contre nous de toutes les forces de sa nature.

A ce fidèle tableau, vous m'avez tous compris; vous avez reconnu l'ennemi de la félicité humaine, la douleur que je n'osais vous nommer. La douleur !

Et s'adressant aux étudiants en médecine de l'assistance :

Ô vous pour qui j'ai crayonné cette faible esquisse de la douleur, élèves dans le plus beau des arts, que l'étude de ce sentiment pénible soit l'objet constant de vos méditations et de vos travaux. Songez que la douleur est le fardeau le plus pesant dont nous ait chargés la nature; qu'elle empoisonne toutes les joies, toutes les félicités; que personne ne veut la supporter longtemps; que ce sera toujours en raison du plus d'empire que vous aurez sur elle que vous recueillerez de vos concitoyens l'admiration, le respect, et la reconnaissance plus douce qu'eux. Ne l'appréciez jamais parce qu'elle vous paraît être, mais par ce que le malade semble souffrir; il n'est point de petite douleur pour celui qui souffre...

De nos jours, le soulagement de la douleur est devenu **un impératif éthique** et a un double objectif : Le mieux-être du malade, mais aussi le maintien de sa *dignité* de personne humaine, en préservant l'intégrité de ses capacités relationnelles.

Les progrès de la science et de la médecine rendent légitime le refus de la douleur, de toute douleur pénible.

Si longtemps la prise en charge de la douleur n'a pas été suffisamment prise en considération, on observe que les mentalités ont considérablement évolué. La douleur n'est que depuis peu considérée comme une maladie à part entière par les chercheurs et les médecins. Des progrès considérables ont été réalisés dans la connaissance des mécanismes fondamentaux de la douleur. Des unités de recherche et des services hospitaliers se consacrent aujourd'hui totalement à l'étude et au traitement son étude.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a, on le sait, défini trois paliers pour les médicaments utilisés pour la soulager : le palier III repose sur l'emploi de morphine ou de dérivés morphiniques. Il ne s'agit néanmoins que d'un schéma et une douleur sévère doit être d'emblée traitée par un médicament puissant. **La morphine demeure donc le produit de référence des douleurs les plus intenses.** Mais elle n'est plus réservée aujourd'hui aux seules douleurs cancéreuses. La morphine est souvent donnée par voie orale, sous une forme buvable ou à libération prolongée, mais elle peut aussi être administrée par injections. Des pompes intraveineuses à morphine, qui permettent au malade de déterminer lui-même la dose dont il a besoin, sont de plus en plus utilisées en cancérologie ou après une intervention chirurgicale. En augmentant les quantités de morphine, il est possible de faire disparaître la grande majorité des douleurs chroniques. De plus, tous les experts admettent aujourd'hui que le risque de dépendance est assez faible avec la morphine.

Le Code de déontologie médicale au Titre II – Devoirs envers les patients – dans son article 37 dispose :

« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique. »

et dans son article 38 : **« Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade (...). Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »**

Mais nous savons que l'article 37 sera modifié ; le CNOM, rappelons-le a proposé le texte suivant :

« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade, les traiter par des moyens proportionnés à son état et l'assister moralement. Il doit éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut se limiter aux seuls soins palliatifs lorsque la synthèse des éléments cliniques et paracliniques montre que poursuivre les soins ou en entreprendre d'autres ne peut plus bénéficier au malade et aurait pour seule conséquence de le maintenir artificiellement en vie.

L'évaluation est faite par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins et avis spécialisé s'il y a lieu, sauf lorsque les circonstances le conduisent à devoir se prononcer seul .

Sa décision doit respecter la volonté du malade s'il est apte à s'exprimer. A défaut, elle prend en compte l'avis qu'il aurait antérieurement formulé, celui de la personne de confiance qu'il a désignée, de ses proches et de son médecin traitant. Les éléments de cette décision doivent être consignés dans le dossier du patient.»

L'approche du patient ayant une douleur aiguë ou celle du malade douloureux chronique, évoluant depuis plusieurs mois ou même années et dont l'histoire est parsemée d'échecs thérapeutiques, demande au praticien une attention particulière pour évaluer la douleur et décrypter l'expression de la souffrance.

L'importance de l'entretien initial doit être soulignée. Certains repères méritent d'être cités : le praticien doit montrer au malade qu'il reconnaît la réalité de sa souffrance, lui faire exprimer les interprétations qu'il a pu faire du discours médical antérieur, ne pas se présenter comme «le sauveur» d'une situation que le malade considère comme désespérée, éviter certains préjugés en faveur d'une organicité ou d'une cause psychologique systématique ou de la recherche par le malade d'un avantage économique ; donner au patient sur «son mal» toutes les précisions qu'il sollicite, ses causes et leurs conséquences, dans un langage clair et adapté à son niveau de compréhension (CNOM, commentaires de l'article 37).

Le médecin doit s'efforcer de calmer la douleur dès la première entrevue avec le patient. La démarche étiologique est l'étape suivante ; elle demande une réflexion clinique approfondie et le recours à des investigations complémentaires accompagnées d'un traitement simultané de la douleur.

La lutte contre la douleur est devenue une priorité de santé publique et constitue un des éléments majeurs de la politique d'amélioration de la qualité des soins.

La LOI N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de Santé édicte :

« Art. L 1110-5. et suivants : ... « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

« Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie

digne jusqu'à la mort (...). Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs (...). Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.»

Mais, en fin de vie, si le devoir de soulagement reste essentiel, un autre devoir est celui de respecter la volonté du malade de conserver sa lucidité même si cela est au détriment du soulagement de ses souffrances. A l'inverse, le soulagement doit pouvoir être obtenu au détriment de la durée de vie si le patient (ou « la personne de confiance») en est d'accord..

Un programme national de lutte contre la douleur a, par ailleurs, été défini (Circulaire DHOS/E2 n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé). Il comporte trois priorités, la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

« S'il est illusoire de penser que toute douleur peut être supprimée, les établissements de santé ont le devoir de mettre en oeuvre les moyens propres à prévenir la douleur aiguë et à améliorer la prise en charge de la douleur chronique rebelle. Cette démarche illustre la nécessaire évolution des pratiques médicales du XXIème siècle pour mieux répondre à cette exigence légitime de toute personne malade » (Edouard COUTY, ancien DHOS).

En octobre 2004, s'est tenue la première journée mondiale contre la douleur. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est associée à cette journée organisée à l'initiative de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) et de la Fédération européenne des sections locales de l'IASP (EFIC).

Le traitement de la douleur à tous les âges de la vie et les soins palliatifs font partie intégrante du droit à jouir d'une bonne santé, estime l'OMS.

Cette conférence de Genève a coïncidé avec la parution des nouvelles recommandations du Conseil de l'Europe concernant les soins palliatifs.

Ainsi le devoir du médecin est clair : Soulager la douleur est une priorité qui s'impose en toute circonstance même si, en fin de vie, cela peut précipiter la mort. **Cependant, il ne doit pas aller contre la volonté du malade si celui-ci souhaite préserver, dans ses derniers moments, son entière lucidité, l'on ne doit pas lui « voler sa mort ».**

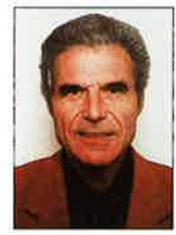
Laissons la conclusion au président L. René qui terminait son éditorial du Bulletin de l'Ordre en janvier 1992 par cette recommandation pressante : **« Ne dites plus : c'est une douleur insoutenable, traitez-la ».**

Docteur Yann LEFEBVRE

Vice-Président

Président de la Commission d'Ethique et de Réflexion sur la Douleur.

Cartographie des agressions déclarées par les médecins libéraux des Hauts-de-Seine (nov. 03 - déc. 04)

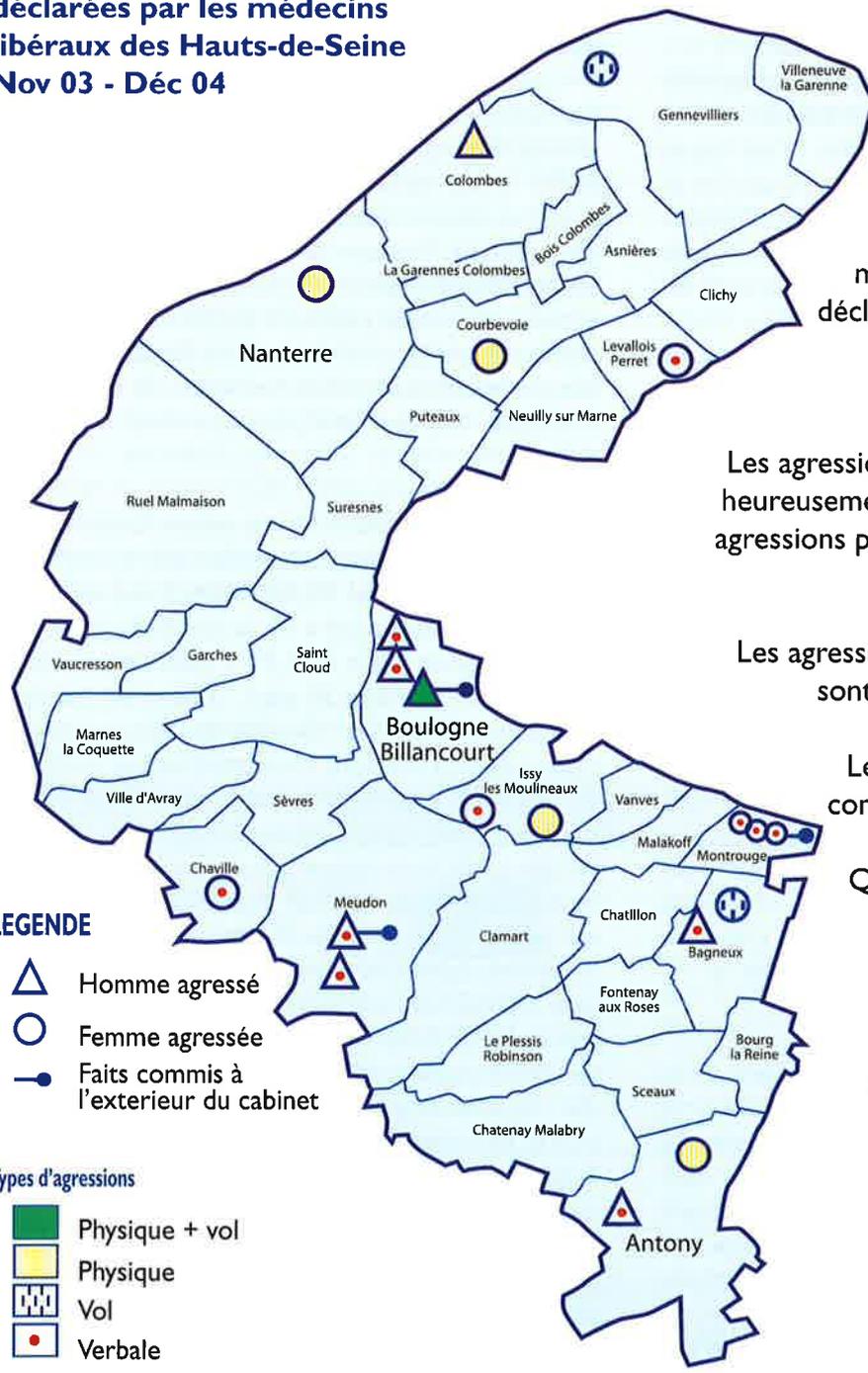


Dr G.H. GENTY
Vice-Président

Dr Gérard-Henry GENTY
Vice Président
Président de la Commission Sécurité

**Cartographie des agressions
déclarées par les médecins
libéraux des Hauts-de-Seine
Nov 03 - Déc 04**

Par rapport à 2003 l'on peut noter :



Une augmentation globale du nombre d'agressions (20 contre 14) (osons espérer qu'il s'agit de la part de nos confrères d'une meilleure observance dans leurs déclarations après les exhortations que nous leur avons adressées dans les bulletins).

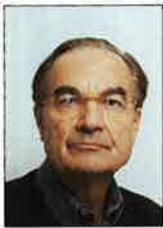
Les agressions verbales semblent toujours heureusement supérieures en nombre aux agressions physiques (12 contre 6 en 2004, 6 contre 2 en 2003).

Les agressions physiques avec ou sans vol sont en augmentation (6 contre 2).

Le centre du département reste, comme en 2003 toujours plus sûr.

Quant aux motifs des agressions il reflète un problème général à tout le pays, l'intolérance (temps d'attente trop long, refus de prescription).

Les agressions hors cabinet restent toujours en minorité (3 sur 20 en 2004, contre 3 sur 14 en 2003)



Dr B. VUILLEMIN
Conseiller ordinal

Informations sur la retraite

En ce début d'année il nous a semblé utile d'ouvrir une rubrique d'information sur les différents problèmes concernant la retraite du médecin, qui concerne non seulement les 1100 médecins retraités des Hauts de Seine mais aussi les confrères en activité, tous futurs retraités.....

Rappelons les trois « sources » de la retraite du médecin :

• Deux régimes gérés par la CARMF :

Retraite de base : conçue comme protection sociale commune en 1948 pour le médecin retraité = c' est 18% du montant de la retraite ; c'est l'équivalent de la retraite de la CNAV pour les salariés et elle ne pose pas de problème pour les médecins. Par contre, après la parution du décret du 24 août 2004 concernant la **réversion de la retraite de base**, nous avons constaté que ces nouvelles modalités prévues de la réversion étaient inacceptables car elles excluaient la majorité des conjoints avec d'insupportables modifications des conditions de ressources. La loi Fillon alignait la réversion de la retraite de Base des professions libérales sur celle du régime Général des salariés. Suite à de nombreuses protestations et à l'avis du Conseil d'Orientation des Retraites, deux décrets en date du 23 décembre 2004 ont adouci les conditions de ressources par rapport aux décrets du 24 août 2004. Le montant des ressources du conjoint est plafonné à 15 829 € ou à 25 326 € s'il s'agit d'un ménage (en cas de remariage du conjoint survivant).

A noter un élément nouveau = le médecin qui choisit de continuer son activité alors qu'il a déjà acquis 160 trimestres d'assurance tous régimes confondus au régime de base, bénéficiera d'une sur côte de sa retraite de base de 0,75% par trimestre cotisé au delà de la durée d'assurance requise, après le 1^{er} janvier 2004 et après l'âge de 60 ans.

• **La Retraite Complémentaire**, dont le taux et la cotisation sont fixés par la C.A.R.M.F, représente 43% du montant de notre retraite. Les réserves, qui représentent cinq ans d'allocations (actions et obligations) sont bien gérées par la CARMF. En revanche, elles seront insuffisantes pour faire face à la situation des années 2020, si l'on ne reprend pas une légère augmentation progressive des cotisations. Il faudra veiller à ce que le législateur ne soit pas

tenté de remettre en cause la gestion de la retraite complémentaire et son alignement sur d'autres professions.

Un régime totalement indépendant

du pouvoir décisionnaire de la CARMF, qui n'en est que le trésorier = l'A.S.V. qui résulte d'un contrat passé entre les médecins par leurs syndicats et les autorités de tutelles, en 1972. L'A.S.V représente 39% de la retraite.

Ce régime n'est pas équilibré, d'abord pour des raisons démographiques, avec d'un côté le « baby boom » des retraités qui arrivent, et de l'autre un numerus clausus drastique ; Dans ces conditions, si rien n'est fait, l'horizon 2015 est sombre. Même dans l'hypothèse d'un gel de la valeur du point, le régime est en cessation de paiement en 2011 = plus de cotisation, mais aussi plus de retraite. Dans un premier temps, le conseil d'administration de la CARMF, souhaitait la disparition pure et simple du régime A.S.V.

Une mission de l'I.G.A.S (Inspection Générale des Affaires Sociales) a été chargée d'étudier le problème. L'inspecteur général MERCEREAU conseille non seulement de diminuer à 15 la valeur du point déjà bloquée depuis 4 ans à 15,55 € mais encore de ne pas l'indexer pendant 20 ans (!) pour les pensions déjà liquidées. Si elles restaient en l'état, les propositions de l'I.G.A.S sont inacceptables. Les médecins de secteur I, y compris les retraités, ont rempli leur contrat conventionnel en modérant leurs honoraires aux tarifs de la convention et le point de retraite ne peut pas rester figé. Les cotisations en secteur I, qui sont de 1/3 pour les médecins et de 2/3 pour les caisses doivent être maintenues. Nous avons noté, avec satisfaction, à la lecture de l'article L162-14-1 (alinéa 5) du code de la Sécurité Sociale, qui l'avenir de l'A.S.V, semble maintenant pérennisé dans le cadre des négociations conventionnelles entre les syndicats et les caisses nationales d'assurance maladie. Là aussi nous devons être vigilants car des solutions existent dans une vision globale de la retraite des trois régimes, avec le souci d'une équité de chaque partie pour l'indispensable effort de redressement associant Caisse/Etat, Retraités et Cotisants. N'oublions pas que le médecin retraité n'est pas un

« nanti » avec un retraite moyenne mensuelle de 2358 €.

Nous ne terminerons pas ce survol des informations de notre retraite, sans vous parler de la possibilité maintenant offerte du **cumul de retraite avec une activité libérale conventionnée**.

Les cotisations CARMF sont dues par les médecins qui poursuivent ou reprennent une activité médicale libérale. Pour rappel, ces cotisations, calculées sur des revenus plafonnés à 30 192 € ne sont pas attributives de points et sont dues dès le premier euro de revenu, sans possibilité de dispense.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, suite à la loi Fillon et aux décisions du conseil d'administration de la CARMF, les médecins peuvent conserver une activité libérale tout en percevant la retraite des trois régimes gérés par la CARMF à condition que leurs revenus nets provenant de cette activité, soient inférieurs du montant du plafond de la Sécurité Sociale 30 192 € en 2005.

Ils doivent de ce fait verser à la CARMF les cotisations, pour le régime de base et pour le régime complémentaire sur leur revenu qui est aussi limité au montant du plafond de la Sécurité Sociale, et celle du régime A.S.V qui est forfaitaire et ceci sans attribution de nouveaux points de retraite ainsi que la cotisation du régime ADR. Cette charge qui est particulièrement lourde, d'autant que s'y ajoutent les autres cotisations (assurance maladie, allocations familiales, R.C.P) dissuade de nombreux confrères

de maintenir une activité libérale qui serait par ailleurs fort utile, compte tenue de la pénurie de remplaçants.

Par ailleurs, tout médecin retraité qui fait part au conseil départemental de son intention de reprendre son activité médicale après une cessation d'activité de trois ans et plus, sera convoqué par un conseiller rapporteur pour un entretien confraternel, étant entendu que la reprise d'activité doit être dans son contenu, en rapport avec l'exercice antérieur du praticien et qu'il devra s'engager sur l'honneur à un recyclage de ses connaissances.

Nous ne serions trop conseiller à nos confrères susceptibles de profiter du cumul de la retraite avec une poursuite ou une reprise de l'activité médicale, d'être prudents, et de procéder à une « simulation » des avantages et des inconvénients de cette reprise.

Dr Bruno VUILLEMIN

Conseiller ordinal

Président de l'Association des Médecins Retraités
et Préretraités du 92

(AMR92)

Administrateur Suppléant de la CARMF



est édité par le Conseil Départemental des Hauts-de-Seine de l'Ordre des médecins - 35, rue du Bac 92600 Asnières - Tél. : 01 47 33 55 35

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Jean-Claude LECLERCQ - Président

RÉDACTEUR EN CHEF : Jean-Alain CACAULT

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION : Philippe HERMARY

COMITÉ DE RÉDACTION : René Romain, Michel Legmann, François Romain, Bruno Vuillemin, Yann Lefevre

ASSISTANTES DE RÉDACTION : Danièle Mezzabotta, Anne-Marie Saugier

CONCEPTION RÉALISATION IMPRESSION : IMPRESSIONS DIGITALES - 216, rue de Rosny - 93100 MONTREUIL - Tél. : 01 49 88 45 70 - Fax : 01 49 88 45 80
Commission Paritaire en cours

Paiement par CB



Dr P. HERMARY
Vice-Président

Cher Confrère,

Le Conseil National a mis en œuvre au début de cette année un nouveau moyen de paiement de la cotisation ordinale, à savoir le paiement en ligne par carte bancaire. Il correspond à une modernisation nécessaire dans le cadre général de l'amélioration des services aux médecins. La procédure a fait l'objet d'un démarrage et d'une communication spécifiques au début du mois de janvier. Toutefois le Conseil National de l'Ordre des Médecins a mis à la disposition de ceux ou celles qui ne l'auraient pas reçue, une documentation complète.

PRÉSENTATION

Ce mode de règlement offre aux médecins qui le souhaitent la possibilité de régler le paiement de leur(s) cotisation(s) par Carte Bancaire.

• Fonctionnement

Le médecin qui désire s'acquitter de sa cotisation par Carte Bancaire doit se connecter au site Internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins www.conseil-national.medecin.fr, à partir duquel, dans l'espace médecin, il a accès au site sécurisé de paiement en ligne <https://paiements.ordre.medecin.fr>. En accédant à ce dernier, il doit alors s'identifier avec les mêmes identifiant et mot de passe qui lui ont été fournis lors de son inscription à l'espace médecin du site Internet.

Le médecin a alors visibilité sur la ou les cotisations dont il est redevable et peut choisir de régler une ou toutes cotisations dues. Une fois le règlement effectué, un accusé réception lui est automatiquement adressé par messagerie électronique ainsi qu'au Conseil départemental concerné. Le règlement est également automatiquement mis à jour dans Ordinal 5, ce qui permet l'édition des justificatifs de paiements avec remise de timbre..

A ce jour, il n'est pas donné au médecin la possibilité de payer en plusieurs fois via ce mode de règlement. Un médecin qui souhaite faire des paiements échelonnés doit s'adresser directement à son conseil départemental.

• Avantages

- Possibilité pour un médecin de pouvoir payer sa ou ses cotisations via Internet de chez lui.
- Le système de paiement de la Société CIC permet de s'assurer de la sécurité des règlements.
- Le médecin a visibilité sur toutes ses cotisations y compris les impayées des années antérieures...

• Inconvénient

- Coût : chaque transaction à un coût, auquel s'ajoutent des frais de maintenance,...il a été décidé que tous les frais engendrés par le système de paiement en ligne seraient pris en charge par le Conseil National.

DÉTAILS DU FONCTIONNEMENT

Paiement du Médecin

Le médecin qui souhaite effectuer un règlement en ligne doit se connecter à Internet :

- Soit sur le site de l'Ordre : www.conseil-national.medecin.fr,

ce qui lui permet, si ce n'est pas déjà fait, d'obtenir son identifiant et son mot de passe en s'inscrivant dans l'espace médecin. Après authentification, il peut alors cliquer sur le lien des paiements en ligne qui le redirige vers le site sécurisé: <https://paiements.ordre.medecin.fr>.

- Soit, s'il possède déjà son identifiant et mot de passe (fournis lors du premier accès à l'espace médecin sur le site Internet du CNOM), directement à l'adresse : <https://paiements.ordre.medecin.fr>.

Dans les deux cas, pour accéder à ce site sécurisé, le médecin doit s'identifier : il a alors accès à la liste de toutes ses cotisations insoldées.

Sont visibles sur Internet toutes les cotisations de type : entière 01, demie 02, retraité 03, partielle 05, cabinet thermaliste 07, cabinet secondaire 08, frais d'inscription IN et frais de qualification QU et QU2.

Le médecin, quant à lui, au vu des cotisations dues, peut choisir de ne régler qu'une cotisation ou bien toutes en même temps en sélectionnant le total dû.

Une fois le règlement effectué, un accusé réception est automatiquement adressé au médecin par messagerie électronique ainsi qu'au conseil départemental concerné. L'adresse du destinataire de ces messages peut être modifiée dans les paramètres généraux d'Ordinal. Le règlement est automatiquement mis à jour dans Ordinal 5. Le site est sécurisé aussi bien au niveau des données du médecin que du règlement. Aucune donnée bancaire n'est conservée (numéro de CB, date d'expiration,...). Seules les informations concernant le règlement (montant versé, mode de règlement : CB, date de règlement, calcul des quotes-parts, MAJ des dates MAJ) sont mis à jour dans ORDINAL.

2.2 Procédure d'annulation

Le paiement des cotisation en ligne sur Internet par CB est assimilé à de la vente à distance. Aussi, le médecin qui a effectué son règlement dispose d'un délai de 7 jours pour se rétracter. Il doit alors en adresser la demande écrite auprès de son conseil départemental.

3.3 Reversement aux départements

Au-delà de ce délai de 7 jours, les cotisations sont alors automatiquement, une fois par semaine, reversées sur les comptes des conseils départementaux par virement (*la fréquence peut évoluer en fonction de la quantité de règlements effectués*).

Une fois les virements vers les conseils Départementaux effectués, une date de virement est mise à jour sur Ordinal pour chaque cotisation reversée au CD.

De plus, un message électronique est automatiquement envoyé par le CN lui confirmant le virement avec le détail des cotisations payées.

Ce mode de règlement est rapide, facile et fiable.

Nous espérons qu'il répondra à l'attente de nombreux confrères.

Philippe HERMARY
TRESORIER

EN BREF • EN BREF

Il est rappelé aux médecins de garde qu'il est très important qu'ils confirment au début de leur prise de garde leur présence effective en téléphonant à l'**AMU** sur une ligne privilégiée :

01.47.10.70.15

Nos confrères pourraient aussi avoir l'obligeance de préciser leur mode d'exercice :

- garde statique au cabinet
- garde statique dans MMG
- garde mobile avec visites

Et le numéro de téléphone où les joindre. Ceci, pour une bonne harmonisation de la PDS, une meilleure efficacité de la régulation et une meilleure réponse aux urgences.

EN BREF • EN BREF

UNAFAM

Union Nationale des Amis ou Familles de Malades Mentaux (*Reconnue d'Utilité Publique*).

Si dans votre clientèle vous avez des personnes ayant des troubles psychiques,
faites connaître l'UNAFAM à leurs proches.

L'UNAFAM est au service des familles :

- Conseil aux familles ;
- Orientation vers les soins, insertion sociale et professionnelle ;
- Consultations de psychothérapeutes, avocats, assistants sociaux, notaires ;
- Documentation, Bibliothèques.

Siège social national : 12 Villa Compoint 75017 Paris.

Siège social dans le 92 : 28 Bd du CouCHANT 92000 Nanterre.

Tél, fax et rép : 01.46.95.40.92. - Site : www.unafam-92.org - E-Mail : unafam-92@wanadoo.fr

EN BREF • EN BREF

Nous vous prions de nous excuser de retarder la publication d'un article que nous vous avons promis, il s'agit « des conséquences financières de la reprise du travail libéral pour un praticien retraité ».

En effet, si la C.A.R.M.F. et administration des impôts ont bien voulu nous informer à ce sujet, la C.P.A.M. n'est pas encore à même de le faire.

EN BREF • EN BREF

Dépistage organise du cancer du sein : une prescription facilitée pour le médecin traitant grâce au dispositif régional ELIGIBILITE via Internet.

Le programme de dépistage du cancer du sein a débuté dans les Hauts de Seine le 1^{er} octobre 2003.

Aujourd'hui les 175 000 femmes de 50 à 74 ans domiciliées dans le département ont reçu leur première invitation au dépistage gratuit. Plus de 27 000 d'entre elles ont déjà fait réaliser la mammographie proposée.

Le rôle des médecins traitants est essentiel, tant pour la sensibilisation et l'information des femmes sur le dépistage, que pour la vigilance clinique entre 2 dépistages ou la prise en charge médicale et psychologique des anomalies détectées. ADK 92 est consciente de leur implication et

souhaite que le programme de dépistage les aide à surveiller au mieux leurs patientes.

Désormais, grâce au dispositif ELIGIBILITE, mis en place par ADK 92 et ses partenaires d'Ile de France, les médecins peuvent accompagner une recommandation de dépistage par l'édition du bon de prise en charge indispensable à la gratuité de la mammographie.

Ainsi, leurs patientes âgées de 50 à 74 ans n'auront plus qu'à prendre rendez vous avec l'un des radiologues agréés et bénéficieront d'un dépistage de qualité, sans avance de frais, offrant la sécurité d'une double lecture des clichés.

Pour en savoir plus sur ce dispositif « **ELIGIBILITE** » et la campagne de dépistage
Rendez vous sur le site Internet www.adk92.org

Le numéro vert d'ADK 92 : 0 800 800 444

reste toutefois disponible pour toute question ou demande de prise en charge.

Docteur Sophie DEHÉ, Médecin Coordinateur ADK 92

NOUVEAUX INSCRITS

Scéance du 12 Janvier 2005

ASVAZADOURIAN RENALD
M - 1 AVENUE PIERRE GRENIER
BOULOGNE BILLANCOURT

BELKESSAM SABIHA
E - CLINIQUE DE MEUDON LA FORET
MEUDON LA FORET

BELLANGER JOELLE
E - RESIDENCE MADELEINEVERDIER -
MONTROUGE

BELLIER CLAIRE
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

BENICHOU GRAZIA
C - 108 RUE DE SILLY - BOULOGNE BILLAN-
COURT

BEYLIE-VIGIER EMMANUELLE
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS/LEVAL-
LOIS PERRET

BOCCARA GILLES
E - HOPITAL AMERICAIN - NEUILLY SUR SEINE

BON BERNADETTE
C - 18 AVENUE DUBONNET - COURBEVOIE

BOURGIER CELINE
C - 238 AVENUE HENRI RAVERA - BAGNEUX

BRESSOLLE CHRISTOPHE
M - 12 RUE PASTEUR - ST CLOUD

BRIDEL ETIENNE
E - HOPITAL RAYMOND POINCARE - GARCHES

CAILLARD CECILE
E - HOPITAL FOCH - SURESNES

CAMPOT KARIMA
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS
LEVALLOIS PERRET

CHAUMIEN JEAN-PIERRE
M - 105 AVENUE VICTOR HUGO
BOULOGNE BILLANCOURT

COPIE MARIE
E - CCAS DE CHAVILLE - CHAVILLE

DJERAD SEBTI
M - 10 RUE EDGAR QUINET - MONTROUGE

DJEROUNI MOHAMED
M - 23 RUE PRADIER - VILLE D'AVRAY

DUBOST GENEVIEVE
E - HOPITAL FOCH - SURESNES

ELLENBERG EYTAN
E - ARSENAL TBWA
BOULOGNE BILLANCOURT

FOUCART GUILLAUME
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

GAUX JEAN CLAUDE
E - CLINIQUE AMBROISE PARÉ
NEUILLY SUR SEINE

GAVRILOV JEAN CHRISTOPHE
C - 22 RUE DE LA SOURCE - SEVRES

GINDRE CLAIRE
E - CLINIQUE DU CHATEAU - GARCHES

GIOVANNONI HELENE
E - GALDERMA INTERNATIONAL
PARIS LA DEFENSE CEDEX

GRANDSIRE DIDIER
E - CLINIQUE DU MONTVALERIEN - SURESNES

HENRIET-LAPOUZA LAURENCE
E - SERVICE MEDICAL DE LA CPAM
ASNIERES SUR SEINE

HISS STEPHANIE
C - 5 ALLÉE HENRI MATISSE
ISSY LES MOULINEAUX

JOSEPH XAVIER
E - CTRE MEDICO/CASERNE GUYNEMER - RUEIL
MALMAISON

KARRAS GEORGES-ALEXANDRE
E - HOPITAL FOCH - SURESNES

LAM DIEM LAN
E - 157 RUE DES BLAINS - BAGNEUX

LE CORRE ANDRE
E - HOPITAL AMBROISE PARE
BOULOGNE BILLANCOURT

LEGAUT COME
E - HOPITAL ANTOINE BECLERE - CLAMART

LO DAOUA
M - 55 RUE VICTOR HUGO - COURBEVOIE

LOUAHIDI KALTOUM
C - 40 RUE RICHELIEU - GENNEVILLIERS

MAZARIEGOS IXCHEL
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

MEVELLEC FANNY
C - 41 RUE DE LA SABLIERE - COURBEVOIE

MORANE-LE LIEPYRE LAURE
E - INSPECTION ACADEMIQUE - NANTERRE
CEDEX

NICODEME CHRISTIAN
C - 20 BLD DE LA SAUSSAYE - NEUILLY SUR
SEINE

OCTERNAUD STEPHAN
E - HOPITAL LOUIS MOURIER - COLOMBES

PEASE SEBASTIAN
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

PECHINOT FREDERIQUE
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS
LEVALLOIS PERRET

PELLEGRIN JEAN-ANDRE
C - 8 AVENUE DU PARC - CHATENAY MALABRY

PESENTI ROSSI DAVID
E - HOPITAL MARIE LANNELONGUE
LE PLESSIS ROBINSON

PINEAU EMMANUELLE
E - HOPITAL MARIE LANNELONGUE - LE PLES-
SIS ROBINSON

PLISSON-SAUNE MARIE ANNE
E - LABORATOIRE SANDRE - CLICHY

POUZOLET JULIEN
E - HOPITAL LOUIS MOURIER - COLOMBES

SALAH FESSAL
E - CH DE COURBEVOIE NEUILLY
NEUILLY SUR SEINE

SCHLACHET GUILLAUME
M - 13 AVE DES QUATRE CHEMINS - SCEAUX

SILLAND NANCY
E - HOPITAL DE SAINT CLOUD - ST CLOUD

THEVENIN FABRICE
E - CENTRE RENE HUGUENIN - ST CLOUD

Scéance du 9 Fevrier 2005

AIT SAID MINA
E - CLINIQUE AMBROISE PARE
NEUILLY SUR SEINE

ARVIS PIERRE
E - BAUER PHARMA - PUTEAUX CEDEX

ATCHIA BRIGITTE
E - CENTRE DE GERONTOLOGIE
BOULOGNE BILLANCOURT

AZENCOT SIMON
C - 79 RUE CARNOT - LEVALLOIS PERRET

BARIKOVA VICTORIA
E - HOPITAL MAX FOURESTIER - NANTERRE

BESSEREAU JACQUES
E - HOPITAL RAYMOND POINCARE - GARCHES

BOUMADANI M'HAMED
E - D2A 14 RUE P.N. ROINARD - COURBEVOIE

BURDY GAELE
E - HOPITAL FOCH - SURESNES

CONGARD-CHASSOL BRIGITTE
E - CTRE D'AFFAIRE LA BOURIDIERE
LE PLESSIS ROBINSON CEDEX

DEBAGHA OMAR
C - 3 RUE MICHEL JAZY
SSY LES MOULINEAUX

DEGUENON-BLAHOUA REGINA
E - SERVICE TERRITORIAL DE PMI - NANTERRE

DIALLO HABIBOULAYE
E - CLINIQUE DE SSR L'AMANDIER
CHATENAY MALABRY

DOUCOT-HERMELINYANNE
M - 114 RUE GALLIENI
BOULOGNE BILLANCOURT

FABRE DOMINIQUE
E - HOPITAL MARIE LANNELONGUE

LE PLESSIS ROBINSON

FELCE-DACHEZ MICHELE
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

GICQUEL ANDRE
E - HOPITAL DE COURBEVOIE NEUILLY
NEUILLY SUR SEINE

GORY-BOUILLY MARION
E - HOPITAL RAYMOND POINCARE - GARCHES

GOUTTEFANGEAS SYLVIE
E - I.R.I.S - COURBEVOIE CEDEX

HADDAD YASSER
C - 37 RUE DE LA REPUBLIQUE - PUTEAUX

HINE FLORENCE
E - COLLEGE DES ORMEAUX
FONTENAY AUX ROSES

HOUSSAYE CEDRIC
E - HOPITAL RAYMOND POINCARE - GARCHES

KANOUI AIMÉ
E - CLINIQUE HARTMANN - NEUILLY SUR SEINE

KHATIB KASSIM
M - 2 RUE ALBERT DE MUN
ASNIERES SUR SEINE

LAFARGE CLAUDE
E - COTOREP DES HAUTS DE SEINE -
NANTERRE

LAURENT-PRIOU ANNE
E - RESIDENCE BELAIR - CLAMART

LE BRET EMMANUEL
E - HOPITAL MARIE LANNELONGUE
LE PLESSIS ROBINSON

MANTZ JEAN
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

MONOD GUILLAUME
E - CMP MONTROUGE - MONTROUGE

MORRA IRENE
M - HOPITAL DE BERCY - CLAMART

MOULIAS SOPHIE
E - HOPITAL AMBROISE PARE
BOULOGNE BILLANCOURT

PIRAUX JEAN-LUC
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS
LEVALLOIS PERRET

PRUVOST-BALLAND CHRISTELLE
E - HOPITAL FOCH - SURESNES

RATHIER GENEVIEVE
C - 92 RUE PERRONNET - NEUILLY SUR SEINE

ROCHE NICOLAS
E - HOPITAL RAYMOND POINCARE - GARCHES

ROUVIER DENIS
C - 4 RUE EMILE ZOLA - ANTONY

SCHILTZ MARTINE
M - 77 BOULEVARD JEAN JAURES
BOULOGNE BILLANCOURT

SCHNITZLER ALEXIS
E - HOPITAL RAYMOND POINCARE - GARCHES

SIDI BACAR
E - FONDATION ROGUET - CLICHY

TOURRET JEROME
E - HOPITAL LOUIS MOURIER - COLOMBES

YUN DAVID
E - C R T T MEUDON - MEUDON LA FORET

ZAIM SOUHIL
E - SYNARC PARIS - SEVRES

Scéance du 9 Mars 2005

ALIOUANE MALIKA
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

BENSOUKI-FEGAS SOUHILA
E - HOPITAL MAX FOURESTIER - NANTERRE

BOREL THOMAS
E - LABORATOIRE ASTRA ZENECA
RUEIL MALMAISON CEDEX

CARLES JEAN-FRANCOIS
M - 109 BIS AVE CHARLES DE GAULLE
NEUILLY SUR SEINE

CARLONI ALESSIO
E - HOPITAL ANTOINE BECLERE - CLAMART

CARRE PHILIPPE
C - 15 RUE DU MOULIN DE PIERRE
ISSY LES MOULINEAUX

CHEMLA CATHERINE
M - 29 AVENUE DE LA REPUBLIQUE
MONTROUGE

COQUERY-NGUYEN MARIE LAURENCE
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS
LEVALLOIS PERRET

DATCHARY JEAN
E - INSTITUT D'ONCOLOGIE HARTMANN
NEUILLY SUR SEINE

DESCHAMPS LYDIA
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

DE ZUTTERE DOMINIQUE
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS
LEVALLOIS PERRET

DUCROS KATIA
C - 90 BOULEVARD JEAN JAURES - CLICHY

ESTIVAL NATHALIE
E - HOPITAL AMBROISE PARE
BOULOGNE BILLANCOURT

FAIVRE SANDRINE
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

GODIRIS- PETIT GAELE
E - HOPITAL AMBROISE PARE - BOULOGNE
BILLANCOURT

GUERRE FABRICE
E - LABORATOIRE DABI
VILLENEUVE LA GARENNE

GUICHOUX-TREPS NATHALIE
E - HOPITAL AMBROISE PARE - BOULOGNE
BILLANCOURT

JARDIN CARINE
E - HOPITAL DE NEUILLY SUR SEINE
NEUILLY SUR SEINE

JOUYE FRANCK
E - HOPITAL AMBROISE PARE
BOULOGNE BILLANCOURT

LAMAISON FRANCINE
M - GROUPE MEDICAL DES CARNETS
CLAMART

LAVAGNA PEREZ LEILA
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

LESALT PIERRE-FRANCOIS
C - 2 RUE MARECHAM JOFFRE - SCEAUX

LEYMARIE JEAN BAPTISTE
E - HOPITAL RAYMOND POINCARE - GARCHES

LUCQUIAUD-CHAUVEAU CECILE
C - 80 RUE DENIS PAPIN - COLOMBES

OHN GABRIELE
M - 109 AVE CHARLES DE GAULLE - NEUILLY
SUR SEINE

OUIHOUN OLIVIER
E - CENTRE RENE HUGUENIN - ST CLOUD

RAYMOND ERIC
E - HOPITAL BEAUJON - CLICHY

ROSENBERGER MICHELE
C - 6 AVENUE DES COTEAUX - GARCHES

SERERO CHALOM
C - 5 BIS RUE GABRIEL PERI - MONTROUGE

SERINET MARIE-ODILE
E - CRECHES MUNICIPALES - CLAMART

SIMONNEAU MONIQUE
C - 12 RUE DE L'ILE BOUCHARD - CLAMART

TLIBA LAURENT
E - FONDATION ROGUET - CLICHY

TRINQUET FRANCOISE
E - LABORATOIRES ASTRAZENECA
RUEIL MALMAISON CEDEX

YALON PHILIPPE
M - 51 RUE JULES GUESDE - MALAKOFF

YOUSSEF NELLY
E - CENTRE RENE HUGUENIN - ST CLOUD

Activités extérieures des Conseillers Ordinaux au 1^{er} trimestre 2005

(sans compter les réunions mensuelles du Conseil Départemental pour tous)

LE DOCTEUR JEAN-CLAUDE LECLERGO

Président, a représenté l'Ordre les :

- 11 janvier :
Audience solennelle de rentrée
du Tribunal de Grande Instance (Nanterre).
- 12 janvier :
Commission d'Ethique (Asnières)
(traitement de la douleur).
- 13 janvier :
Réunion Service Médical place auprès de la CPAM
(Nanterre).
- 13 janvier :
Réception par Mr le Préfet (Nanterre).
- 18 janvier :
Comité Départemental d'hygiène (Nanterre).
- 20 janvier :
1^{er} Réunion Plan Régional de Santé Publique
(PRSP) (Nutrition) DDASS (Nanterre).
- 24 janvier :
Réunion Comité de Coordination des Ordres de
l'Ile de France (Paris).
- 27 janvier :
2^{ème} Réunion Plan Régional de Santé Publique
(PRSP) (Cancer) DDASS (Nanterre).
- 31 janvier :
Réunion sur la Permanence des Soins DDASS (Nanterre).
- 1^{er} février :
Réseau ASDES (Hôpital de Nanterre).
- 1^{er} février après midi :
Réunion DDASS (PRSP) sur la précarité (Nanterre).
- 3 février :
Consultation de dossier au CNOM
(appel affaire disciplinaire) (Paris).
- 10 février :
Audience disciplinaire au CNOM (Paris).
- 11 février :
Comité Pleinier (PRSP) à la DDASS (Nanterre).
- 15 février :
Comité Départemental d'Hygiène Préfecture (Nanterre).
- 15 février : CPAM Réunion d'Information
sur la nouvelle convention (Nanterre).
- 15 mars : Comité Départemental d'Hygiène Préfecture
(Nanterre).
- 15 mars après midi :
Conférence Inaugurale du MEDEC
des Ordres Professionnels de santé = le DMP (Paris).
- 16 mars :
Réunion au CNOM avec Dr Brouchet
et Dr Chatin sur la démographie (Paris).
- 23 mars :
CODAMUPS (Nanterre).
- 30 mars :
Réunion de l'AMR 92 (Paris).

LE DOCTEUR JEAN-ALAIN CACAULT

Secrétaire Général, a représenté l'Ordre les :

- 13 janvier :
Réception CPAM 92.
- 13 janvier :
Réception Préfecture vœux du Préfet.
- 13 janvier :
Assemblée
Générale des médecins de Neuilly.
- 24 janvier :
Commission de Coordination des Ordres Ile de France.
- 31 janvier :
Cérémonie des vœux Hôpital de Neuilly.
- 15 février :
Réunion CPAM 92 BOUREZ
Dr Limido la convention.
- 24 février :
Réunion Médecins de Nanterre.

LE DOCTEUR PHILIPPE HERMARY

Trésorier, outre les rendez-vous nécessités par sa charge, a représenté l'Ordre les :

- 24 janvier :
Comité de Coordination Ile de France.
- 7 février :
Conseil de Surveillance Antoine Bécclère.
- 4 Présences à l'audience du tribunal des Pensions
(Nanterre).
- Et 5 saisies de dossiers.

LE DOCTEUR RICHARD BERTRANDON

- 03 janvier :
Saisie de Dossier Hôpital Nanterre
- 31 janvier
Réunion DDASS permanence des Soins
(Nanterre).
- 04 février :
Commission de Surveillance Hôpital A. Paré
- 14 février :
Saisie de Dossier clinique la Défense

LE DOCTEUR PHILIPPE BIDAULT

- 10 et 31 janvier, et 07 mars :
Commissions de Conciliation (Asnières).
- 12 janvier :
Commission d'Ethique.
- Et une Conciliation privée interdépartementale.

LE DOCTEUR OLIVIER CANET

- 10 et 31 janvier, et 07 mars : Commissions de Conciliation
(Asnières).

LE DOCTEUR JEANNINE CARLIER

- 11 janvier et 08 février :
Réunion CCPPRB Paris Broussais

28 février :
Conseil d'Administration de l'Hôpital de Puteaux

LE DOCTEUR ALAIN DUPREY

10 et 31 janvier, et 07 mars :
Commissions de Conciliation (Asnières).

LE DOCTEUR ANDRÉ-JEAN FRAUDET

12 janvier :
Commission d'Ethique.
8 février :
Enquête pour un cabinet secondaire.

LE DOCTEUR JEAN-PIERRE GASTON-CARRERE

10 et 31 janvier, et 07 mars :
Commissions de Conciliation (Asnières).
12 janvier :
Commission d'Ethique.

LE DOCTEUR GÉRARD-HENRI GENTY

Janvier, Février, Mars :
Présidence de la Commission de Sécurité.
10 et 31 janvier, et 07 mars :
Présidence Commissions de Conciliation
(Asnières).
10 janvier :
ADK Communication
12 janvier :
Commission d'Ethique.
12 janvier :
Bureau ADK.
26 janvier :
CA Hôpital Roguet – Clichy.
14 février :
Commission Communication ADK 92.
08 mars :
Soirée AMK – Maire de Suresnes.

LE DOCTEUR XAVIER GRAPTON

12 janvier :
Commission d'Ethique.

DOCTEUR CATHERINE LARRE-DOUILLARD

12 janvier :
Commission d'Ethique.

LE DOCTEUR YANN LEFEBVRE

12 janvier :
Présidence Commission Ethique.
27 janvier :
C.A Hôpital Stell.
31 janvier :
Commission de Conciliation (Asnières).
31 janvier :
Réunion PDS à la DDASS.
17 février :

Saisie disque dur Hôpital Foch.

DOCTEUR LYDIA MARIE-SEMAMA

12 janvier :
Commission d'Ethique.

LE DOCTEUR ALEXIS MARION

10 et 31 janvier, et 07 mars :
Commissions de Conciliation (Asnières).
12 janvier :
Commission d'Ethique.
03 février :
Réseau Obésité REPOP Hôpital A.Paré

DOCTEUR JEAN PHILIPPE MONTPEZAT

12 janvier :
Commission d'Ethique.

LE DOCTEUR VÉRONIQUE THYS

12 janvier :
Commission d'Ethique.
09 février :
rapport d'enquête pour un cabinet secondaire.

LE DOCTEUR DENIS VAILLANT

10 et 31 janvier, et 07 mars :
Commissions de Conciliation (Asnières).
12 janvier :
Commission d'Ethique.

DOCTEUR JEANNINE VALETTE-SAVOY

12 janvier :
Commission d'Ethique.

LE DOCTEUR BRUNO VUILLEMIN

12 janvier :
Commission d'Ethique.
19 janvier :
Saisie de Dossier Clinique Hartmann (Neuilly).
16 février :
Saisie de Dossier Clinique Pote St Cloud (Boulogne).
9 mars :
Saisie dossier Clinique Hartmann (Neuilly).
30 Conseil d'Administration Maisons Hospitalisation
« Les Abondances ».

LE DOCTEUR JEAN-PIERRE ZAHLER

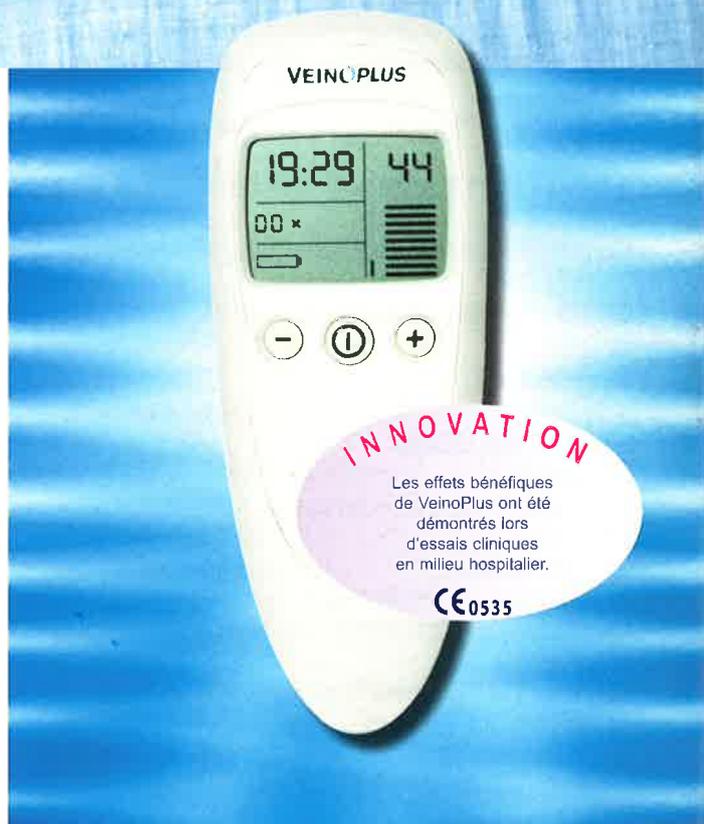
10 janvier :
Réunion de rentrée (vœux et remise de médailles)
Hôpital Psychiatrique Erasme (Antony).
28 janvier :
Présidence de la Commission d'Activité Libérale
(Hôpital d'Antony).

LE PREMIER TRAITEMENT AMBULATOIRE QUI
AGIT SUR LES MUSCLES PROFONDS DU
MOLLET (COEUR DE STARLING)
RESPONSABLE À 80% DU RETOUR VEINEUX



VEINOPLUS

- Rétablit le retour veineux
- Diminue le gonflement des pieds et des jambes
- Élimine les sensations douloureuses



VeinoPlus est vendu en pharmacie

Pour en savoir plus : www.veinoplus.fr