

MÉDECIN 92

BULLETIN OFFICIEL DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE

N°25
OCTOBRE
2006

Certificat médical : DANGER

3 EDITO
Rentrée...

4 BILLET D'HUMEUR
La contrefaçon

5-8 VIE
PROFESSIONNELLE
Déclarations
obligatoires

Dépistage du
cancer du sein

Dossier médical
informatisé

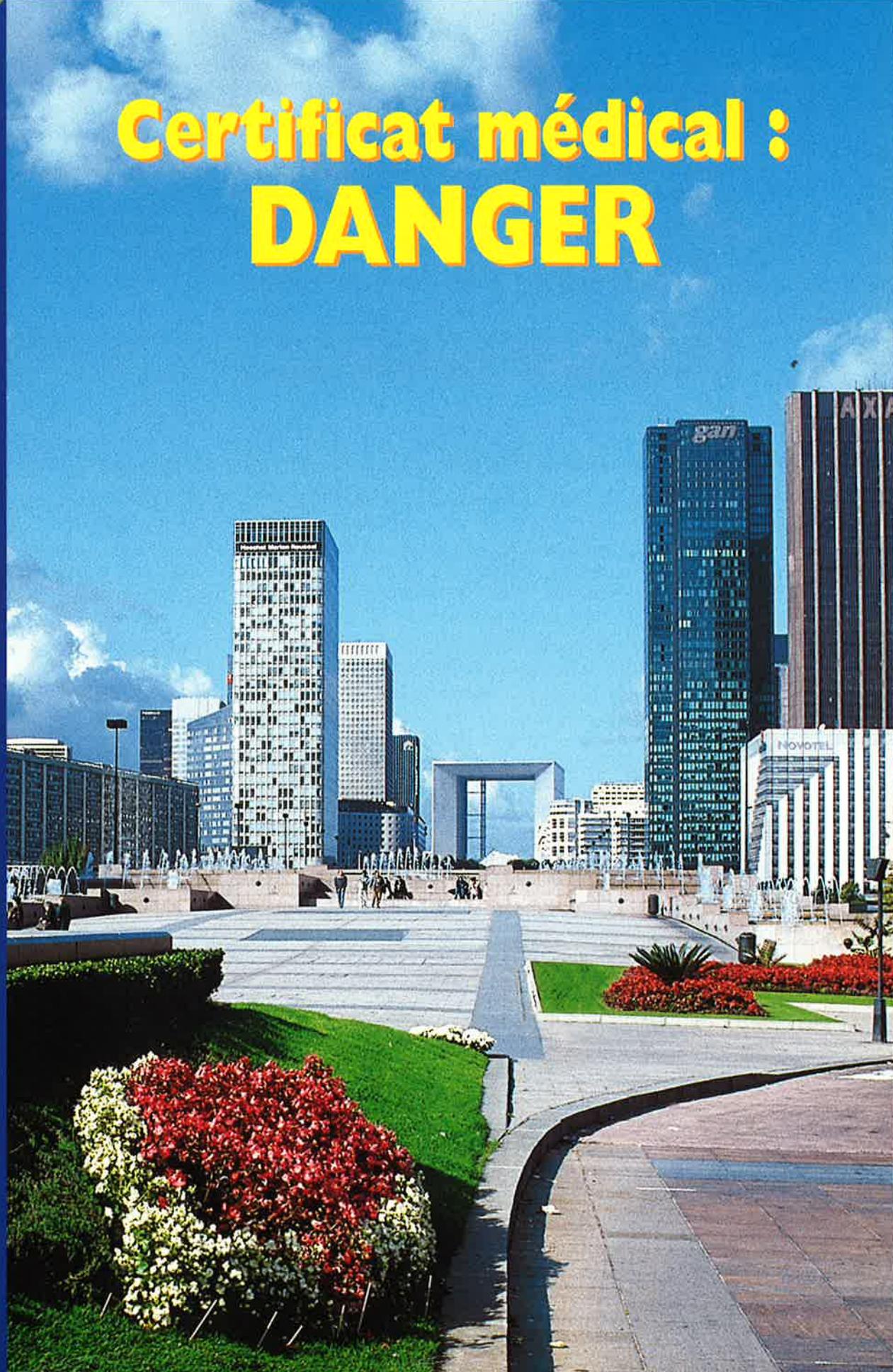
9-10 ETHIQUE
Certificat
médical : Danger

11 HISTOIRE
Naissance du
Conseil
Départemental

12-14 DÉONTOLOGIE
Indépendance
professionnelle

15 TABLEAU
DÉPARTEMENTAL
Nouveaux
inscrits

16 ACTIVITÉS
EXTERIEURES
Conseillers
ordinaux



EN BREF • EN BREF

ACOPSANTE

Le premier décret concernant le statut du conjoint collaborateur bénévole des professionnels libéraux (loi du 2 août 2005) est enfin paru et nous apprécions de connaître la définition précise de ce statut.

Il fait obligation aux professionnels de déclarer la collaboration bénévole de leur conjoint, c'est pourquoi il nous semble important de commencer à les sensibiliser.

Mais nous attendons avec impatience le second décret qui devrait nous faire connaître le régime de retraite proposé au conjoint, ainsi que les offres de formation.

ACOPSANTE :
7 rue de la Comète 75007 PARIS

EN BREF • EN BREF

AMU - Centre 15

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

Rappelons « les aphorismes de la CARMF »

- ne pas être à jour de ses cotisations est une menace pour toute la famille du médecin
- ne pas déclarer rapidement ses arrêts de travail est une erreur grave
- ne pas évaluer ses besoins réels de couverture en revenus et en capitaux est une prise de risque majeure

Rentrée...



Dr J. Claude LECLERCQ
Président

“ Les derniers mois écoulés ont été fertiles en événements, décisions, matérialisations de projets concernant l'exercice médical. Plusieurs décrets d'application de la loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner » sont sortis ou sont en préparation, le Conseil d'État par décision publique du 19 mai 2006 ayant sommé l'État de publier dans les 6 mois ces décrets.

C'est ainsi que la Formation Médicale Continue (FMC) a été codifiée dans ses modalités pratiques. Les médecins, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou salariés doivent s'y conformer et doivent recueillir 250 points de formation en 5 ans. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) fait partie intégrante de cette FMC et permet d'obtenir un certain nombre de points.

Les nouveaux Conseils Régionaux de l'Ordre doivent être mis sur orbite fin 2006. Le Conseil Régional ne sera plus uniquement la juridiction disciplinaire qu'il était, mais sera la structure administrative régionale qui manquait à l'organigramme de l'Ordre, et l'interlocuteur des diverses structures régionales existantes (Conseil Régional, DRASS, URCAM, etc...).

Le Conseil Régional d'Ile de France comprendra 19 membres titulaires dont 3 médecins des Hauts-de-Seine, et autant de suppléants.

Les plaignants qui, jusqu'ici avaient plutôt le statut de partie, pourront se faire assister d'un avocat et pourront faire appel (mais ils pourront aussi de ce fait être condamnés aux dépens).

La loi du 4 mars 2002 a officiellement reconnu l'ostéopathie pour s'aligner sur l'Europe. L'État doit donc prochainement prendre les décrets d'application concernant cette profession.

L'Ordre a pris position en indiquant qu'il souhaitait que l'ostéopathie soit réservée exclusivement aux professionnels de santé car, « sous réserve d'exceptions rares et encadrées, seules les professions médicales sont légalement autorisées à poser un diagnostic » et que seuls les médecins titulaires du DIU de médecine manuelle et d'ostéopathie obtenu après 3 ans d'études supplémentaires pourraient porter ce titre. L'Ordre souligne par ailleurs que le titre d'ostéopathe est dénué de signification précise et que dans les yeux du public il y a confusion entre un titre et une profession.

Comme nous l'avons évoqué dans le précédent numéro de notre bulletin (« *mais où sont les vrais généralistes ?* ») une prise de conscience générale est en train de se faire jour ; la pénurie médicale annoncée arrive, et parmi les spécialités touchées la médecine générale est fortement intéressée. Le choix, à la suite de l'examen national classant, vient tout récemment encore cette année de confirmer le fait que nos jeunes collègues internes ne choisissent plus la médecine générale.

Nombre d'interlocuteurs qui se sont penchés sur les raisons de cette désaffection en arrivent aux mêmes conclusions. L'on ne choisit pas la médecine générale tout simplement car on ne la connaît pas, ou plutôt on n'en retient que les côtés négatifs.

Comment redonner le goût de la médecine générale à nos jeunes confrères ?

En leur faisant apprendre ce métier dès la faculté alors que jusqu'ici il ne leur est pas vraiment enseigné. Redonner leur place dans la filière universitaire aux généralistes enseignants. Faire effectivement effectuer le stage chez le praticien dès le deuxième cycle d'études comme il est officiellement prévu... Et pourquoi ne pas rendre obligatoires trois mois de remplacement en fin d'internat. Il est incompréhensible que nos jeunes confrères soient écartés de la pratique généraliste, alors qu'avant d'entrer en médecine nombre d'entre eux avaient choisi cette filière en ayant à l'esprit l'image du médecin de famille qui a souvent été à l'origine de leur vocation.

Le généraliste actuel a quelquefois, trop schématiquement été qualifié d'être un orienteur vers les spécialistes. Mais c'est oublier que dans la majorité des cas il soigne des maladies qui ne débouchent pas sur des diagnostics brillants ; qu'il est l'homme orchestre qui fait la synthèse entre les différentes ordonnances et les incompatibilités ; qui informe le patient avant, pendant et après l'acte spécialisé, qu'il a un rôle humaniste incontournable par sa connaissance des conditions de vie et des particularités d'une famille entière qui s'est confiée à lui ; qu'il est à l'origine d'une relation médecin-malade privilégiée et très féconde.

Ceci ne peut pas disparaître. ”

Dr Jean Claude LECLERCQ



Dr J. Alain CACAULT
Secrétaire Général

La contrefaçon

Vous ne pouvez pas avoir regardé votre petit écran pendant ces dernières vacances sans avoir été interpellés par le scandale des contrefaçons.

Vous avez admiré ce gabelou consciencieux détectant infailliblement la fausse aumônière DIOR parfaitement imitée, le cabas VUITTON à l'anagramme inversé ou le polo grossièrement copié dont le crocodile avait fait demi-tour.

Vous avez applaudi lorsque le fonctionnaire des douanes à l'œil sévère admonestait la petite dame à l'air piteux, celle qui avait juste passé la frontière pour s'offrir cet adorable petit sac qui lui donnerait l'air « d'avoir les moyens » et cela pour 3 euros 6 cents seulement !

Vous avez approuvé la sanction appliquée à la coupable : confiscation du sac et une amende dissuasive de plusieurs fois le prix de l'objet authentique, puisque l'on vous avait expliqué que cette fâcheuse pratique de contrefaçon infligeait des pertes très dommageables à notre commerce extérieur et privait de travail un nombre considérable de nos artisans.

Vous ne l'avouerez pas mais vous avez éprouvé une joie secrète à l'idée que ces pleins seaux de montres CARTIER étaient promis au marteau du forgeron.

MAIS AU FAIT QU'EST CE QU'UNE CONTREFAÇON ?

« c'est la reproduction frauduleuse d'une œuvre esthétique ou d'un produit manufacturé » (pour le Petit Larousse son synonyme est un FAUX !).

Or, en écrivant cette définition me reviennent en mémoire quelques lignes que j'ai écrites dans un éditorial de juin 2004 à propos d'un produit de fréquent usage en thérapeutique médicale dont le principe de fabrication est simple : « vous copiez sur votre voisin et vous donnez la solution du problème sans l'avoir cherchée ; même si la copie est imparfaite vous pourrez tout de même faire des bénéfices en la vendant une bouchée de pain, puisqu'elle ne vous a rien coûté », et me voilà aux prises avec une douloureuse perplexité : « et si le générique était une contrefaçon ? » non ! rassurez moi ce n'est sûrement pas possible ! ■

Dr J.A. Cacault

Maladies à déclaration obligatoires

Un décret n° 2006-473 du 24 avril 2006 est venu compléter la liste des maladies à déclaration obligatoire par deux maladies : la dengue et le chikungunya. Deux arrêtés en date du 7 juillet 2006 sont parus au Journal Officiel du 22 juillet 2006, relatifs à la notification obligatoire des cas de dengue et de chikungunya.

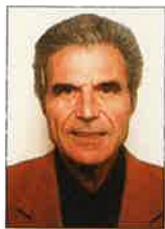
Voici la liste à jour des **30 maladies** prévues dans ce dispositif :

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite A aiguë
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Orthopoxviroses dont la Variole.
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles
- Tétanos
- Toxi-infections alimentaires collectives
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique

OÙ SE PROCURER LES FICHES SPÉCIFIQUES POUR LA NOTIFICATION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ?

Pour l'infection à VIH, le sida et l'hépatite B aiguë, les fiches sont disponibles sur demande au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS du lieu d'exercice du médecin. Ces fiches comprennent plusieurs feuillets autocopiants et ne peuvent être ni photocopiées, ni téléchargées.

Pour toutes les autres maladies à déclaration obligatoire, les fiches peuvent être photocopiées et téléchargées. Elles sont disponibles auprès de la DDASS du lieu d'exercice du médecin. Elles peuvent être photocopiées et téléchargées à partir du site Internet de l'INVS (www.invs.sante.fr). ■



Dr G.H. GENTY
Vice-Président
Vice-Président de
l'ADK 92

A.D.K 92 A propos du dépistage du cancer du sein

Depuis le 1^{er} octobre 2003, c'est-à-dire bientôt 3 ans, nous bénéficions dans le département des Hauts de Seine du dépistage précoce et organisé du cancer du sein. Beaucoup d'entre nous étions déjà convaincus de l'intérêt de dépister des petites tumeurs non visibles, mais nous restions limités au dépistage individuel.

Certaines réticences envers le dépistage organisé ont été exprimées : la fiabilité tout d'abord, la crainte d'une mainmise de la Sécurité Sociale sur les actes libéraux.

Ces peurs se sont estompées devant la qualité de la formation des radiologues adhérents à cette campagne et par la sécurité rassurante qu'offre la double lecture. Le nombre de cancers du sein détectés précocement et traités grâce à des actes beaucoup moins lourds a de quoi encourager les praticiens généralistes et spécialistes, ainsi que leurs patientes. Même si certains contestataires publient, dans quelques revues médicales spécialisées, des articles mettant en doute l'efficacité réelle sur la réduction de la mortalité de cette campagne organisée, leurs conclusions restent actuellement contestables par manque de recul.

Le caractère tardif du dépistage organisé des femmes de 50 à 74 ans serait en cause et le fait de démarrer le dépistage dès 40 ans pourrait en accroître l'efficacité ?

Certains le prétendent, mais la technologie utilisée en radiologie conventionnelle ne permettrait pas une fiabilité suffisante. L'hyperdensité mammaire chez ces femmes en activité hormonale gênant la précision de lecture des clichés, il faut donc attendre d'autres moyens d'investigation pour étendre à 40 ans ce dépistage et pouvoir en assumer le coût.

Faut-il également objecter que sur le plan carcinologique les études statistiques ne portant que sur la mortalité sont insuffisantes !

Le contrôle local des tumeurs, l'allègement de leur sanction thérapeutique, l'intérêt scientifique majeur des bases épidémiologiques établies au travers de l'organisation méthodique d'une campagne nationale et européenne, différencient le dépistage organisé du

dépistage individuel dont les critères d'exigence sont moins évidents.

En Europe différents groupes échangent déjà leurs expériences dans *European Breast Screening* (subventionnés par la Communauté Européenne) et diffusent *European Guidelines* qui constitue une base méthodologique de qualité faisant le lien entre les différents programmes.

Un autre argument allant à l'encontre du programme mérite d'être discuté : Faut-il ou non prendre en compte les micro-cancers dépistés dont l'évolution vers une morbi-mortalité à long terme n'est pas prouvée ?

Non, nous ne sommes pas pour cette politique de l'autruche ! Peut-on dire à nos patientes vous avez un petit cancer dépisté mais vous pouvez le garder... ? Moralement et médico-légalement cela reste inacceptable. D'autant que la sanction thérapeutique, excision a minima des ces micro-cancers entraînent certes une inquiétude pour la patiente et quelques cicatrices parfois inesthétiques sur le sein, ne génère qu'une très faible morbidité. ■

Dr G.H. Genty
Gynécologue Obstétricien

Merci à la campagne de dépistage de nous aider à mieux connaître le cancer du sein pour mieux l'éradiquer, de sensibiliser médecins et femmes sur ce problème de Santé Publique majeur. Efforçons-nous de les débarrasser d'un risque potentiel au moindre geste thérapeutique et au moindre coût pour la collectivité. Levons les angoisses occasionnées par ces dépistages chez nos patientes, par l'amélioration de la qualité de l'information, plus précise et rassurante, nous le leur devons avant tout.

ADK 92

10 rue des Carriers 92000 NANTERRE

Pour bien prescrire, tous renseignements vous seront donnés à l'A.D.K 92 au N° vert : 0 800 800 444

« DROIT À L'OUBLI » ET DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ

Les réponses de la Commission nationale de l'informatique et des Libertés

(Document transmis par le C.N.O.M.)

L'article 40 de la loi informatique et libertés, modifiée prévoit que : « Toute personne physique justifiant de son identité peut exiger du responsable d'un traitement que soient, selon les cas, rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées les données à caractère personnel la concernant, qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Lorsque l'intéressé en fait la demande, le responsable du traitement doit justifier, sans frais pour le demandeur, qu'il a procédé aux opérations exigées en vertu de l'alinéa précédent.

.... »

L'application de cette disposition aux dossiers médicaux informatisés suscite des interrogations de la part des médecins et le Conseil national a demandé à la Commission nationale de l'informatique et des Libertés de lui faire connaître ses recommandations.

Après avoir souligné l'importance particulière de cette disposition appliquée aux données de santé considérées comme sensibles au regard de la loi et auxquelles le patient peut avoir directement accès, la Commission nationale de l'informatique et des Libertés a apporté les réponses suivantes :

1 - Un patient peut-il exiger, et obtenir, du médecin qui détient son dossier l'effacement de données dès lors qu'elles ne sont ni inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées et que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est conforme à la loi ? (droit à l'oubli)

La Commission considère, que cette demande ne peut être satisfaite sauf si le patient invoque des motifs légitimes. En effet, conformément aux dispositions de l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, « Toute personne a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que les données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement ».

La Commission a ainsi pu admettre comme légitime le cas d'un patient hospitalisé aux hospices civils de Lyon qui demandait l'effacement des informations relatives à ses différentes hospitalisations conservées sur support

informatique au motif que, étant atteint d'une affection qu'il ne souhaitait pas révéler à sa famille et ayant appris qu'un membre de sa famille médecin était amené à occuper un poste à l'hôpital, il craignait que la consultation du système informatique ne permette à son parent de connaître la nature de sa pathologie.

En tout état de cause, le droit d'opposition ainsi prévu ne s'applique pas lorsque le traitement répond à une obligation légale.

2 - Qui tranche du caractère périmé de l'information ? Le patient qui considère qu'un épisode de santé ponctuel n'a plus à figurer dans le dossier ? Le médecin qui considère que cet épisode fait partie des antécédents du patient dont la connaissance peut éclairer sa prise en charge ultérieure ?

Sur l'appréciation du caractère périmé d'une information, l'échange entre le médecin et le patient paraît constituer la voie la plus raisonnable. Toutefois, en cas de contestation, le troisième alinéa de l'article 40 de la loi précitée dispose que la charge de la preuve incombe au responsable auprès duquel est exercé le droit d'accès, en l'espèce le médecin.

En cas de conflit, seule l'appréciation souveraine des tribunaux pourra trancher le litige.

3 - Si la donnée est effacée, supprimant par là même toute information sur les soins dispensés :

• **selon quelle technique doit-on procéder (disque non-réinscriptible notamment) ?**

• **quelle trace doit-on laisser que l'opération a été effectuée ?**

• **l'effacement sur le système informatique interdit-il l'édition d'une copie « papier » conservée par le médecin (problème de preuve) ?**

• **le dossier étant constitué d'informations issues d'autres professionnels de santé, celles-ci doivent-elles subir subséquemment le même effacement ? à la demande du patient ? ou du médecin qui a reçu la demande initiale ?**

• S'agissant du cas où l'effacement d'une donnée est décidée de façon conjointe par le patient et le profes-

sionnel de santé, aucune technique particulière n'est recommandée par la CNIL dans la mesure où il s'agit de supprimer effectivement et définitivement une donnée. La Commission recommande dans ce cas que la mention de cette suppression soit conservée dans le fichier. L'effacement d'une donnée sur le support d'information n'interdit pas qu'elle fasse l'objet par ailleurs d'un archivage chez le professionnel de santé dans un fichier distinct conservé sur un support papier ou un support physique amovible, en recourant à la technique du disque optique non réinscriptible ou toute autre technique qui aura préalablement été considérée comme assurant la pérennité de l'information.

- La Commission s'attache essentiellement aux dispositifs qui permettront de garantir l'intégrité des données concernées et leur confidentialité. Elle préconise ainsi à ce titre une politique de traçabilité des accès et de l'ensemble des événements intervenus sur la donnée qui permet ainsi de conserver la mémoire des différentes interventions et l'identité de leurs auteurs.

Aux termes du cinquième alinéa de l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, « Si une donnée a été transmise à un tiers, le responsable du traitement doit accomplir les diligences utiles afin de lui notifier les opérations qu'il a effectuées conformément au premier alinéa ». La reconnaissance de ce « droit de suite » impose donc au professionnel de santé qui détient les données d'informer les autres professionnels de santé concernés des événements intervenus sur ces mêmes données.

4 - L'article 40 de la loi informatique et libertés s'applique-t-il et sous quelle forme au DMP, sachant que ce dossier est la propriété personnelle du patient qui en fixe le contenu et l'accès en acceptant, ou non, que les professionnels de santé intervenant le consultent et y inscrivent le résultat de leur intervention ?

Les dispositions de l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 telles qu'elles viennent d'être décrites s'appliqueront également au dossier médical personnel créé par la loi du 13 août 2004, dans la mesure où il constituera un traitement automatisé de données à caractère personnel.

Il conviendra toutefois de prendre en compte les spécificités de ce dossier qui, ainsi que le rappelle la loi, sera mis en place pour favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. En particulier, l'exercice du droit d'opposition reconnu par l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 devra être apprécié au regard du caractère obligatoire de la tenue de ce dossier que le législateur a souhaité inscrire dans la loi en conditionnant le niveau de remboursement des soins à son ouverture. Il appartiendra à la CNIL quand elle sera saisie du décret en Conseil d'État déterminant les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations susceptibles d'y être enregistrées, de veiller à ce que ces nouvelles dispositions s'articulent avec celles de la loi informatique et libertés. ■



CERTIFICAT MEDICAL ATTENTION : DANGER

Le certificat médical est un acte médico-légal, il ne doit pas être rédigé à la légère, il engage la responsabilité du médecin.



Dr J. Claude LECLERCQ
Président

La rédaction de certificats médicaux litigieux entraîne dans notre département en moyenne une plainte par mois auprès de la juridiction disciplinaire de l'Ordre. Il s'agit de la cause la plus fréquente des plaintes.

Des confrères, même chevronnés, s'y laissent prendre. Ce sont nos confrères généralistes, pédiatres et psychiatres qui sont le plus sollicités.

Lorsque vous rédigez un certificat médical, vous **ne devez pas** prendre parti pour la personne qui est assise en face de vous (contrairement à l'attitude que vous avez lors de tout acte médical).

Un certificat médical est généralement demandé par la justice, par une administration, par un employeur, par la sécurité sociale...

Vous devez renseigner l'organisme qui vous le réclame en gardant une parfaite **objectivité** et sans jamais mettre en cause quiconque.

Les certificats médicaux qui vont vous mettre en danger sont ceux qui sont demandés dans un contexte de mésentente conjugale, à plus forte raison de divorce ; ou bien dans le cas d'une rixe entre deux personnes ou après un accident de la voie publique.

Vous devez, dans tous les cas, rapporter très **succinctement** les circonstances entraînant cette demande (ex : « qui m'a dit avoir été victime de violence » **sans jamais** mettre en cause la personne à l'origine des violences. N'importe comment, comme vous n'avez pas assisté aux violences, tout ce que vous pourrez rapporter ne serait que « oui-dire » qui n'aurait aucune valeur auprès du juge – (il faut préciser cela à la personne demanderesse qui ne manquera pas d'exercer des pressions sur vous pour vous faire ajouter de nombreux détails).

La force de votre certificat et sa prise en considération viendront de sa **concision**, de l'énumération des

signes que vous aurez pu constater (signes physiques naturellement, mais aussi signes psychologiques comme des manifestations de terreur ou d'anxiété). Tout ceci est **objectif**, mais de grâce n'y faites figurer rien de subjectif.

Il nous arrive de voir dans certains certificats une litanie d'énumérations des doléances de la victime ; non seulement comme nous venons de le voir, ces oui-dire n'ont aucune valeur juridique, mais par leur répétition ils ont pu être considérés par certains juges comme des prises de parti ou des immixtions dans les affaires de famille.

Vous pouvez et vous devez conclure par une estimation de l'incapacité temporaire ou totale ; mais vous ne devez pas porter de conclusions médico-sociales (comme par exemple : « la garde des enfants doit être retirée au père »).

De tels certificats et à plus forte raison lorsqu'ils mettent en cause une tierce personne vous exposent à une plainte pour diffamation, et pour diverses violations du Code de Déontologie. Vous êtes alors difficilement défendable.

En effet, le Code de Déontologie Médicale s'il précise que le médecin doit faciliter l'obtention par le patient, des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (art. 50) et que l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin des certificats et documents dont la production est prescrite par les textes (art. 76) ; il émet cependant des réserves : le médecin ne doit céder à aucune demande abusive (art. 50), il ne doit faire état que de constatations médicales qu'il est en mesure de faire (art. 76), et il doit faire preuve dans la rédaction d'un certificat de prudence et de circonspection (art. 44). De même, la délivrance de certificat de complaisance est interdite (art. 28) et le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients (art. 51).

Les mêmes règles s'appliquent à la rédaction d'un signalement aux autorités judiciaires lors de suspicion de maltraitance à enfant : signaler au mode conditionnel la possibilité d'une maltraitance soupçonnée à partir de certains symptômes qui seront énumérés, mais ne jamais nommer qui que ce soit comme suspect de cette maltraitance ; l'enquête déclenchée par la justice le démontrera (donc ne pas confondre signalement et dénonciation).

Le certificat doit se terminer par la mention qu'il a été rédigé à la demande et remis en mains propres à la personne intéressée (ou du représentant de l'autorité paternelle) destiné à l'autorité qui le réclame.

Il est très important de préciser cette dernière mention pour éviter que ce certificat soit détourné à d'autres fins.

MODÈLE DE CERTIFICAT À NE PAS FAIRE

Je soussigné Dr A. certifie que l'enfant Théophile B. est ce soir dans un état déplorable après un séjour de 8 jours chez son père. Effectivement l'enfant est couvert d'eczéma de la tête aux pieds du fait du non respect des règles alimentaires.
Certificat fait à la demande de la mère de l'enfant et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Mais, bien que médecin, vous êtes aussi un citoyen comme un autre, et si, par contre, vous avez été témoin des faits incriminés, vous pouvez alors rédiger une **attestation de justice**, comme tout citoyen peut le faire, en précisant comment vous connaissez la victime ; il ne s'agit plus d'un certificat. Vous devez la rédiger **sur papier libre** (et non sur vos ordonnances). Vous devez préciser, après votre nom, votre profession de médecin (le Nouveau Code de Procédure Pénale l'exige). Vous devez **attester** et non certifier. Vous devez éviter dans la description des faits auxquels vous avez assisté d'employer des termes médicaux. Vous devez conclure enfin que vous avez connaissance que cette attestation peut être produite en justice et que toute fausse déclaration de votre part peut vous exposer à des sanctions.

En espérant que toutes ces précisions et rappels vous éviteront bien des déboires. ■

Dr J.C. Leclercq

MODÈLE DE CERTIFICAT À FAIRE

Je soussigné Dr A. certifie que l'enfant Théophile B. est ce soir dans un état déplorable, couvert d'eczéma de la tête aux pieds.
Certificat fait à la demande de la mère de l'enfant et remis en mains propres pour valoir ce que de droit.

MODÈLE D'ATTESTATION DE JUSTICE

Je soussignée, Mme A. Chantal née le 21 janvier 1946 à BOULOGNE BILLANCOURT 92, Docteur en Médecine, domiciliée : 14 av de la Liberté à BOULOGNE BILLANCOURT

Liée par des relations amicales avec la famille B., actuellement en instance de divorce, atteste les faits suivants auxquels j'ai assisté lors d'une réunion de famille à laquelle j'avais été conviée chez les B. l'an dernier.

J'ai constaté à cette occasion le caractère violent de Mr B. vis-à-vis de son fils Théophile qui s'est manifesté notamment par des admonestations très énergiques et des gestes agressifs.

Attestation faite à la demande de Mme B. et remise en mains propres à cette dernière.

Je sais que l'attestation sera utilisée en justice, et j'ai connaissance du fait que des sanctions pénales sont encourues en cas d'établissement d'une attestation faisant état de faits matériellement inexacts.

(rédiger l'attestation de manière manuscrite)
(joindre une photocopie de la carte d'identité comportant notamment la signature de l'auteur de l'attestation)

La naissance du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Hauts de Seine



Dr Ph. HERMARY
Trésorier

En 1967 était décidé l'éclatement des 3 départements composant l'Île de France : La Seine, La Seine et Oise et la Seine et Marne.

La région d'Île de France comportait désormais 8 départements : Paris, la petite couronne 92.93.94 et la grande couronne Yvelines, Essonne, Seine et Marne, et Val d'Oise.

Le 92 était, après Paris, le plus peuplé de ces départements 1 500 000 habitants et seulement 2 300 médecins inscrits au tableau de l'Ordre !

Ils étaient pratiquement tous actifs, les retraités étant très peu nombreux à cette époque.

Des élections sont faites pour désigner les 21 conseillers titulaires.

Le bureau est ensuite constitué :

- **Dr BINOCHÉ** **Président**
- **Dr SICNASI** **Secrétaire Général**
- **Dr JOUANNIN** **Trésorier**

Dès sa mise en place le Conseil a cherché un local pour son siège.

Un pavillon d'habitation avec un jardin était acheté au 35 rue du Bac à Asnières.

En attendant la modification de ce local d'habitation et l'installation des bureaux un siège provisoire 18 rue de Bassano à Paris permettait le fonctionnement administratif du Conseil de l'Ordre des Médecins a été utilisé pendant quelques mois.

3 secrétaires étaient embauchées dont la secrétaire administrative Madame PAINAUD.

L'achat de l'immeuble de la rue du Bac avait nécessité un prêt de la part de la CARMF de création récente mais qui disposait déjà de fonds importants puisque les cotisants étaient alors beaucoup plus nombreux que les allocataires.

Ce prêt devait être remboursé ultérieurement par une dotation de l'ancien Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine, démantelé.

Les premiers mois d'activité furent évidemment très chargés du fait de la mise en place du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :

- Transfert de nombreux dossiers venant d'autres

départements : les Hauts de Seine étaient très attractifs par leur proximité de Paris et leur densité de population :

- Constitution des fichiers,
- Appel de cotisation 1968 d'un montant de 220 frs + 3 frs de caducée et 7 frs de participation aux programmes d'EPU à la télévision !

A noter l'équivalence francs – euros de son montant actuel comme le C qui était à 20 frs.

L'inauguration des locaux n'a pu avoir lieu en juillet 1968 au début du fonctionnement à Asnières de Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins car le moment n'était pas propice quelques semaines après la contestation assez vive de mai 1968 quand l'Ordre National avait subi des violences au moins verbales et écrites.

Cette inauguration a donc eu lieu en juin 1969 dans le jardin.

Le Préfet des Hauts de Seine M. BOITEL était présent de même que des conseillers nationaux (Le Conseil National de l'Ordre des Médecins était présidé par le Professeur DE VERNEJOU).

Vingt ans après, le nombre de médecins ayant doublé dans le 92, des secrétaires supplémentaires étaient indispensables et il fallut agrandir les locaux en 1990. Des travaux importants ont transformé la terrasse du 2^e étage en nouveaux bureaux.

6 conseillers fondateurs sont encore parmi nous en forme et actifs dont le Docteur Michel JOUANNIN mon prédécesseur, la mémoire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Hauts de Seine.

Cette année nous venons de terminer un important cycle de travaux de rénovation extérieure (ravalement) et intérieure : bureaux, salle du conseil et locaux communs.

Vous pouvez donc constater que vos cotisations sont nécessaires et utilisées à bon escient.

Nous sommes à votre disposition pour la visite des locaux. ■

Dr Philippe HERMARY

Article 5 : Indépendance professionnelle

Article 5 (article R.4127-5 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

« Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade (voir note 1). »

1. Principe général

Quand il s'adresse à un médecin, le malade a le droit d'être assuré qu'il trouvera en lui quelqu'un qui va l'écouter et le secourir, sans autre préoccupation que de lui rendre les services qu'il peut lui apporter.

L'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient. Son corollaire est la responsabilité personnelle du médecin.

Indépendance, confiance, responsabilité, constituent les éléments essentiels du contrat tacite qui lie le malade et son médecin. Le contrat ne serait pas loyal si le médecin se disposait à agir sous d'autres influences que l'intérêt du malade. Cette indépendance constitue ainsi un droit du malade. Pourtant, si l'indépendance du médecin est rarement contestée- tant il est naturel et semble évident que le médecin agisse et décide selon sa conscience pour soulager, guérir, prévenir- l'histoire apprend qu'elle fut souvent menacée, y compris en Europe, et qu'elle peut encore l'être à l'heure actuelle dans le monde.

En France, ce droit des malades a été confirmé à maintes reprises. L'article L.162-2 du code de la sécurité sociale dispose que « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré... »

Bien qu'admise et confirmée dans son principe, l'indépendance du médecin reste cependant toujours menacée dans ses applications. Si elle constitue un élément fondamental de la morale médicale, et donc un des piliers de la déontologie ainsi qu'une condition psychologique indispensable de la confiance des patients, la recherche de leurs intérêts peut se trouver limitée par les exigences de la vie sociale.

2. Indépendance et connaissances médicales

Aussi nécessaire soit-elle, cette indépendance n'est pas totale. Pour faire bénéficier le patient des meilleurs soins, le médecin doit tenir compte de l'état de la science médicale. Ses données, devenues complexes, sont de plus en plus formalisées sous forme de références susceptibles d'aider le médecin dans ses décisions. Il va de soi que les indications qui en découlent ne s'imposent pas sans nuance. Ce sont des indications générales qui seront habituellement suivies. Elles peuvent cependant être inapplicables à un malade pour des raisons particulières et le médecin pourra alors s'en affranchir, de préférence en le justifiant.

3. Relativité de l'indépendance des médecins entre eux

Les transformations de l'exercice en général et les modes pratiques de cet exercice multiplient les circonstances dans lesquelles s'exerce le droit des patients à l'indépendance des médecins. C'est le cas de la médecine d'équipe où « chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles » et « peut librement refuser de prêter son concours ou le retirer » (art. 64) (voir note 2). C'est également la situation des médecins associés dont le contrat écrit doit respecter « l'indépendance professionnelle de chacun d'eux » (art. 91 al. 1), obligation qui s'étend aux médecins associés ou non dans leurs rapports avec les autres professionnels de santé (art. 68).

Des conflits peuvent survenir dans des circonstances très variées. Les situations doivent toujours être abordées en fonction de l'intérêt direct et immédiat du patient ou du malade. A défaut d'entente directe entre eux, les médecins doivent demander au conseil départemental une conciliation (art. 56).

4. Indépendance du médecin et structure de soins

Intimement liées, l'indépendance et la responsabilité ne sont pas identiques lors de l'hospitalisation en milieu privé ou en secteur public (art. 8).

En clinique privée, l'indépendance du praticien est confrontée à des facteurs financiers : limitation quan-

titative et surtout qualitative de certaines prescriptions en raison de leur coût, choix dans les pathologies à traiter. La plus grande menace pour l'indépendance est constituée par des contrats léonins, ce qui a justifié la rédaction de l'article 92 mettant en garde le praticien contre les dérives de rentabilité.

A l'hôpital public, l'organisation des soins, la hiérarchisation de la responsabilité peuvent porter atteinte au principe de l'indépendance individuelle du praticien ; le travail en équipes, leur caractère pluridisciplinaire y contribuent souvent. Pour ces raisons, la notion de responsabilité administrative peut l'emporter sur celle d'indépendance.

Si dans tout établissement de soins les obligations déontologiques restent identiques dans leurs principes et peuvent faire l'objet d'un recours d'ordre disciplinaire, les conséquences fautives des décisions et des actes médicaux conduisent à des procédures différentes selon l'établissement : tribunal administratif pour l'hôpital public, tribunaux civils pour les établissements privés.

Dans la pratique en réseau (voir note 3), l'indépendance du médecin est fondamentale mais ne saurait être utopique. Elle doit tenir compte des réalités, c'est-à-dire de l'ensemble constitué structurellement par l'équipe médicale (médecins, auxiliaires médicaux et médico-sociaux) et les établissements hospitaliers publics ou privés. L'important est qu'aucun intérêt ne l'emporte, dans les décisions des médecins ou autres soignants, sur l'intérêt premier du malade.

5. Indépendance et structures administratives ou organismes privés

Un médecin ne doit pas accepter une position subordonnée telle que sa liberté de jugement et d'action puisse se trouver amputée ou orientée. A une époque où le besoin de sécurité développe des formes nouvelles d'exercice, le corps médical doit continuer à préserver son indépendance professionnelle, sans en sacrifier une partie pour une meilleure stabilité personnelle. Dans cet esprit, l'Ordre est consulté pour avis avant la mise en application de toute convention engageant la profession et ses rapports avec les organismes de protection sociale.

S'il existe, plus ou moins apparent, au niveau des établissements de soins, le risque de subordination reste important pour la médecine salariée. Ce mode de rémunération a tendance à se développer, y compris sous forme vacataire et pour des raisons de conve-

nance personnelle. Mais la subordination dans la décision médicale est inadmissible. L'absence de clause garantissant l'indépendance professionnelle (clause considérée comme « essentielle » et confirmée par le Conseil d'État) est une cause de nullité déontologique du contrat. Dans le domaine privé comme public, tout contrat doit faire l'objet d'un examen minutieux des conditions de rupture et de leur caractère éventuellement arbitraire.

Le médecin ne peut accepter d'être l'allié d'un employeur contre un employé ou inversement. Il ne peut subir l'influence de tiers, ni se laisser entraîner dans des combinaisons d'intérêt à l'insu du patient. S'il ne donne pas de soins, s'il fournit seulement des avis, l'indépendance de son jugement ne doit pas être compromise par un programme ou des directives. Ainsi le médecin du travail ne se prononce pas en fonction de l'employeur ni des syndicats mais dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité des salariés qu'il examine. Cette obligation morale d'indépendance peut avoir à s'exercer dans des conditions particulièrement difficiles comme pour les soins en milieu pénitentiaire (art. 10) (voir note 4).

Le médecin doit toujours agir dans le sens dicté par l'intérêt premier du patient et ne peut pas se laisser considérer comme un agent d'exécution au service d'autres intérêts qui deviendraient prépondérants. Il s'agit là d'un état d'esprit auquel il convient de veiller sans cesse.

6. Indépendance et individu, malades et entourage

Garant des intérêts de la personne qui se confie à lui, le médecin est confronté à des situations difficiles où son indépendance est menacée.

C'est le cas, malheureusement fréquent, du patient qui le sollicite pour établir un certificat, en particulier d'arrêt de travail ou dans le but d'obtenir un avantage indû (art. 28). La concurrence, les comportements fautifs de certains ne sauraient excuser les autres. Accepter de satisfaire toute demande d'un individu ou d'un patient, c'est le transformer en client, favoriser la relation vénale et tromper par avance la confiance sur laquelle il doit pouvoir compter lorsqu'il sera malade. C'est surtout définitivement compromettre la valeur de sa parole ou de ses attestations.

La même indépendance doit apparaître dans le comportement du médecin lorsqu'il s'adresse à l'entourage, qu'il s'agisse de la famille du patient, de son conjoint

en particulier, quelquefois de ses enfants adolescents (prescription contraceptive à une mineure) ou plus simplement d'amis, voire de collègues de travail.

Un exemple fréquent est constitué par les sollicitations du médecin lors des procédures de divorce. L'article 51 est précis à cet égard.

De même, bien ou mal intentionné, très habile parfois, un membre de la famille peut presser le médecin d'user de son autorité et de la confiance qu'il inspire pour persuader son patient de consentir à telle ou telle disposition préméditée. Il est clair que le médecin résistera à cette incitation si ce que l'on suggère est contraire à l'intérêt du malade.

C'est ce seul intérêt qui doit guider le médecin dont les propres intérêts doivent s'effacer, car le praticien pourrait être tenté de choisir, en partie pour sa propre commodité, un traitement plutôt qu'un autre.

7. Indépendance du médecin et argent

Aucun avantage personnel ne doit conduire le médecin. Son indépendance vis-à-vis de l'argent doit être claire : indépendance de façon directe (dessous de table) ou indirecte (commissions, ristournes, dichotomies) (art. 22, 23, 24).

La mise en application, confiée à l'Ordre, de l'article L.4113-6 du code de la santé publique (ancien art. L.365-1) (voir note 5) fait apparaître les dangers auxquels est exposée l'indépendance du médecin dans ses relations avec les industriels de la pharmacie, des techniques médicales, aussi bien dans les phases de recherche que dans les périodes d'utilisation des produits.

Pour garantir l'indépendance du médecin, le législateur a souhaité, que sa relation avec l'industrie soit transparente. Pour en permettre le contrôle, la convention passée entre eux doit faire l'objet d'un avis de l'Ordre. Dans cette mission de contrôle, ce qui est pris en compte - quelle que soit la nature de l'avantage consenti, en particulier dans les travaux de recherche - n'est pas

le montant de la rémunération en lui-même, mais son adéquation à la charge de travail imposée. Une somme d'argent disproportionnée (ou des prises en charge de frais) ne peut être consentie à un médecin : cela reviendrait à le fidéliser directement ou indirectement, et ainsi à orienter ses prescriptions.

En autorisant les industriels à prendre en charge des frais de formation médicale continue, la loi a, par ailleurs, précisé et même souligné que l'hospitalité (lors des congrès, colloques, journée, EPU) doit être d'un niveau raisonnable et rester accessoire par rapport à l'objectif principal de la réunion (art. 24).

En organisant ainsi un contrôle des relations entre médecins et firmes industrielles, le législateur a confirmé et conforté l'Ordre dans sa mission déontologique et permis que des excès manifestes, même s'ils restent marginaux, ne nuisent pas à la nécessaire respectabilité de la profession.

Dans le cas de recherches biomédicales, la publication des résultats est en général soumise à l'accord des deux parties, ce qui est destiné à préserver la propriété industrielle de la firme pharmaceutique, mais peut être contraire au désir d'un médecin de divulguer des données, positives ou négatives, utiles à la collectivité. ■

(1) Klotz H.P. 1^{er} congrès international de Morale médicale - Paris : Masson 1955, p 248.

(2) Monographie du Conseil national (mai 1994) concernant les relations entre les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé ;

(3) Hoerni B. - Pratique médicale en réseau et déontologie - Bulletin de l'Ordre décembre 1997

(4) Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire - Rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins, avril 1996.

(5) Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (art. 47), complétée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 (art. 9).

NOUVEAUX INSCRITS

Séance du 12 juillet 2006

ABARRATEGUI DIEGO

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

ANDRIAMANJATO BODOSAHONDRA

M - 15 AVE GEORGES CLEMENCEAU SCEAUX

ANQUETIL YERENA

C - 124 RUE LOUIS BLERIOT BOULOGNE BILLANCOURT

ATTAR ALAIN

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

AUGUSTIN PASCAL

E - HOPITAL FOCH SURESNES

BEER LAURENCE

E - CMP DE LA GARENNE COLOMBES NANTERRE

BELAROUSSI-MOUFOUKI SAMIA

E - HOPITAL CORENTIN CELTON ISSY LES MOULINEAUX

BELFORTE BEATRIZ

E - HOPITAL DE COURBEVOIE COURBEVOIE

BENGA MAKIZAYI

E - HOPITAL LOUIS MOURIER COLOMBES

BOUDET LAURENT

E - CSS RCV CHATILLON

BRUNO ONORINA

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

BRUN PATRICK

E - HOPITAL LOUIS MOURIER COLOMBES

DES ROSEAUX ANTOINE

M - 64 AVENUE DE LA REPUBLIQUE MONTROUGE

EL NAGGAR HISHAM

E - HOPITAL SUISSE DE PARIS ISSY LES MOULINEAUX

FEDELI ILARIA

E - CENTRE DE SANTE GENNEVILLIERS

FORMONT DIDIER

M - 10 RUE DEVERDUN ASNIERES SUR SEINE

GIRON RENEE

C - 40 BOULEVARD VICTOR HUGO NEUILLY SUR SEINE

GUEDJ PIERRE

C - 23 RUE CARNOT LEVALLOIS PERRET

HENROTTE PATRICE

C - 30 RUE DE LA TOURELLE BOULOGNE BILLANCOURT

JALBERT-LALLEMENT DOMINIQUE

E - LABORATOIRE LILLY SURESNES

LEGENBRE SYLVIE

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

LEMAITRE CLAIRE

C - 50 RUE BOUICAULT FONTENAY AUX ROSES

MARCHAT CHRISTINE

M - 146 RUE DU CHATEAU BOULOGNE BILLANCOURT

MARTIN ETIENNE

C - 12 RUE AUGUSTE MOUNIE ANTONY

MIALON LAURENT

C - 5 RUE DES MORTEAUX ANTONY

MREJEN SERGE

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

PATTEAU GERALDINE

E - HOPITAL AMBROISE PARE BOULOGNE BILLANCOURT

PEYTAVIN ANNIE

E - A.C.M.S CLICHY

POUZET BRUNO

C - 72 QUAI DU POINT DU JOUR BOULOGNE BILLANCOURT

PRISANT NADIA

E - HOPITAL ANTOINE BECLERE CLAMART

PY ANNE-GAELLE

E - HOPITAL RAYMOND POINCARE GARCHES

RADEL-RAUTUREAU CHRISTINE

E - HOPITAL ERASME ANTONY

RENON SYLVIE

E - SCE MEDICAL DES HAUTS DE SEINE CLICHY

ROBBE MARGARET

C - 2 RUE EDMOND CHAMPEAUD MONTROUGE

SOUVERVILLE CLAIRE

M - 10 RUE MARCEL LAMOUR GENNEVILLIERS

TCHOUAR ABDEL SAMAD

E - LABORATOIREVELPEAU ANTONY

VAROQUAUX DELPHINE

E - HOPITAL CORENTIN CELTON ISSY LES MOULINEAUX

WARNEKE DORIT

E - HOPITAL LOUIS MOURIER COLOMBES

ZAHZOUH SORAYA

E - HOPITAL ERASME ANTONY

Séance du 7 septembre 2006

MILAN-CHARTOUNI MARC

C - CHEZ MME CHARTOUNI TOVEIX PUTEAUX

Séance du 13 septembre 2006

AUTRET KATELL

E - HOPITAL RAYMOND POINCARE GARCHES

BARBEROT-GRIMMER AGNES

E - STE THALES AVIONICS MEUDON LA FORET

BELNOUE ALEXANDRE

M - 8 AVENUE DEVERDUN CHATILLON

BESCOND JACQUES

C - 38 RUE DE LA REPUBLIQUE MEUDON

BOSTNAVARON MARTINE

E - INSTITUT DE RECHERCHE BOULOGNE BILLANCOURT CEDEX

BOURICHON AGNES

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

BRETAGNOL FREDERIC

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

BROUSSARD CECILE

E - HOPITAL FRANCO BRITANNIQUE LEVALLOIS PERRET

CATINAT LUCIE

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

CROZATIER BERTRAND

E - INSERM CHATENAY MALABRY

CUVELIER PELAGIA

E - HOPITAL RAYMOND POINCARE GARCHES

DAHMANI SOUHAYL

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

DELMAS-CHABROL VERONIQUE

E - IFORA NEUILLY SUR SEINE CEDEX

DIAWARA -SAWADOGO AMIRA

E - HOPITAL MAX FOURESTIER NANTERRE

DISSOUBRAY CATHERINE

E - LABORATOIRE OCTAPHAMA BOULOGNE BILLANCOURT

DUCLoux ROXANE

C - 15 RUE DES CHAILLOTS MEUDON

DURAND KARINE

E - AMEDICLEN NEUILLY SUR SEINE

FAY PATRICK

M - 9 RUE ANATOLE FRANCE CHAVILLE

FELTEN MARIE-LOUISE

E - HOPITAL FOCH SURESNES

GIULIANO FRANCOIS

E - HOPITAL RAYMOND POINCARE GARCHES

GOULON-GOEAU BRISSONNIERE CATHERINE

E - HOPITAL AMBROISE PARE BOULOGNE BILLANCOURT

GUENOUN THIERRY

E - HOPITAL AMERICAIN DE PARIS NEUILLY SUR SEINE

GUESPEREAU SEGOLENE

E - HOPITAL LOUIS MOURIER COLOMBES

HAMMOUCHE CHERIFA

C - 5 RUE JEAN WALTER CLICHY

HAUSEUX PHILIPPE

E - LABORATOIRE SANOFI AVENTIS ANTONY CEDEX

HAYS CORINNE

E - CONSEIL GAL DES HAUTS DE SEINE NANTERRE

HUERRE PATRICE

E - EPS ERASME ANTONY

KARKOUCHE BASTIEN

M - 36 RUE DES MURES ANTONY

KOCKLER UWE

E - HOPITAL FOCH SURESNES

LATHIERE MYRIAM

E - HOPITAL LOUIS MOURIER COLOMBES

LE BRETON CAROLINE

E - HOPITAL RAYMOND POINCARE GARCHES

LE MONNIER FABIENNE

M - 201 BIS AVE DU MARECHAL FOCH BAGNEUX

LORDEREAU-RICHARD ISABELLE

C - 8 RUE BERTEAUX DUMAS NEUILLY SUR SEINE

LUQUET-BESSON ISABELLE

E - CRECHE PETIBONUM FONTENAY AUX ROSES

MAHE EMMANUEL

E - HOPITAL AMBROISE PARE BOULOGNE BILLANCOURT

MARTIN CECILE

E - HOPITAL STELL RUEIL MALMAISON

MINGALON MICHEL

C - 49 RUE PIERRE ET MARIE CURIE ANTONY

MOURAD MOHAMMED

E - HOPITAL BEAUJON CLICHY

NGUYEN PIERRE

M - 56 RUE DU MARECHAL JOFFRE COLOMBES

NIKKHOU SHAHIN

C - 63 AVE CHARLES DE GAULLE NEUILLY SUR SEINE

PESSOA MARIA MANUELA

C - 3 RUE ST GUILLAUME COURBEVOIE

PEYRILLES ARNAUD

E - HOPITAL DE STELL RUEIL MALMAISON

PLATEAU EDOUARD

E - LABORATOIRE JANSSEN CILAG ISSY LES MOULINEAUX CEDEX

ROCHET LAURENCE

C - 18 RUE DES CROCHETEURS ANTONY

SPRIET POURRA CLAUDE

C - 4 RUE CUVIER RUEIL MALMAISON

STEGMANN SOPHIE

E - HOPITAL RAYMOND POINCARE GARCHES

TASSIN ANNE

E - ENTREPRISE ET SANTE ISSY LES MOULINEAUX

THIERRY ERIC

E - HOPITAL MARIE LANNELONGUE LE PLESSIS ROBINSON

UZAN JULIEN

M - GROUPE MEDICAL DES ORMES NANTERRE

Activités extérieures des Conseillers Ordinaux Au 3^e trimestre 2006

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

LE DOCTEUR JEAN-CLAUDE LECLERCQ

Président, a représenté l'Ordre les :

- 4 juillet : Conseil d'Administration du Centre 15 (Garches)
- 20 juillet : Audience auprès de M. le Préfet des Hauts de Seine (Nanterre)
- 4 septembre : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d'Ile de France consulter un dossier de plainte (Paris)
- 14 septembre : Organisation d'une séance d'EPU à l'Amicale des Médecins de Neuilly sur la « Responsabilité Médicale » (Neuilly)
- 25 septembre : Comité de Coordination des Ordres de l'Ile de France (Paris)
- 28 septembre : Réunion de la Commission d'Ethique sur l'Amicale des Médecins Coordonnateurs d'EHPAD (Paris)
- 29 septembre : Réunion au CNOM avec le Responsable de l'informatique pour mise au point du logiciel de Gardes (Paris)
- 30 septembre : Réunion de Formation des Conseillers Départementaux au CNOM (Paris)

LE DOCTEUR JEAN-ALAIN CACAULT

Secrétaire Général, a représenté l'Ordre les :

- 24 juin : Assemblée Générale du Conseil National de l'Ordre des Médecins à Havas
- 26 juin : C.A Hôpital de Neuilly
- 28 juin : Amicale de Neuilly
- 29 juin : Assemblée Générale AMR 92 (LE GALION)
- 11 juillet : Déjeuner avec le Directeur Hôpital de Neuilly
- 24 juillet : Déjeuner avec le Secrétaire Général du groupe « Nouveau Dialogue » Bérénice TOURNAFOND (GENTY)
- 25 juillet : Entrevue Michel BART Préfet des Hauts de Seine
- 12 septembre : Réunion information MEDEF
- 14 septembre : Amicale des médecins de Neuilly
- 21 septembre : Amicale des médecins de Nanterre

LE DOCTEUR PHILIPPE HERMARY

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

- 11 septembre 2006 : Conseil Surveillance A. Bécèle
- 12 septembre : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

- 25 septembre : Comité de Coordination des Ordres de l'Ile de France (Paris)
- 30 septembre : Réunion de Formation des Conseillers Départementaux au CNOM (Paris)
- Et 3 saisies dossiers

LE DOCTEUR RICHARD BERTRANDON

- 5 septembre : Saisie de dossier

LE DOCTEUR ERIC CASTIGNOLI

- 13 juin : Saisie de dossier

LE DOCTEUR ANDRE CHEVRANT-BRETON

- 10 Août : Saisie de dossier

LE DOCTEUR ALAIN DUPREY

- 23 juin : Enquête et rapport sur l'ouverture d'un 2^{ème} site d'exercice

LE DOCTEUR JEAN-PIERRE GASTON-CARRERE

- 5 septembre : Saisie dossier

LE DOCTEUR GERARD-HENRY GENTY

- 8 juin : Saisie Dossier
- 12 juin : Bureau ADK 92
- 14 juin : CA ADK 92
- Août, Septembre : Présidence de la Commission de Sécurité.
- 11 septembre : ADK 92
- 13 septembre : CA Roguet

LE DOCTEUR YANN LEFEBVRE

- 29 juin : 2 saisies dossiers

LE DOCTEUR ARMAND SEMERCIYAN

- 20 et 25 juillet : Saisies de dossiers

LE DOCTEUR BRUNO VUILLEMIN

- Juillet, Août, Septembre : 6 Saisies de dossiers



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, Jean-Pierre Gaston-Carrère

ASSISTANTES DE RÉDACTION : Danièle Mezzabotta, Anne-Marie Sauffer

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