MÉDECIN 92
BULLETIN OFFICIEL DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE
N°33
OCTOBRE
2008

BOUCS ÉMISSAIRES

2 BRÈVES

3 EDITO
Boucs émissaires

4 BILLET D'HUMEUR
Le gâchis

5-6 EXERCICE PROFESSIONNEL
Le Répertoire Partagé

7-10 ÉTHIQUE
Gestation pour autrui

11-12 TRIBUNE LIBRE
Les difficultés du médecin coordonnateur

13 BRÈVES

14 TABLEAU DÉPARTEMENTAL
Nouveaux inscrits

16 ACTIVITÉS EXTERIEURES
Conseillers ordinaux

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF

IMPORTANT

Nous rappelons à nos confrères qu'ils doivent signaler à leur Ordre Départemental dans les meilleurs délais :
- tout changement de lieu d'exercice ou de domicile
- tout changement de type d'activité

ceci afin « d'alimenter » le fichier RPPS et d'éviter un blocage du remboursement de leurs actes à leurs patients.

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF

La « Commission Informatique » de notre Conseil Départemental vient d'être réactivée.

Son rôle sera de réfléchir sur toutes les implications de l'informatique dans notre pratique quotidienne, de vérifier la conformité vis-à-vis de la déontologie des inscriptions dans les « pages jaunes » de nos confrères et des sites internet de ceux-ci.

Nous vous rappelons que vous devez obligatoirement soumettre au Conseil votre site internet avant sa création pour obtenir son autorisation.

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF

Diminution de la subvention pour les responsables de gardes

Depuis 2003, le Conseil Général des Hauts de Seine avaient généreusement participé au fonctionnement de la PDS en attribuant par l'intermédiaire du CDO une subvention destinée à défrayer et à indemniser le travail effectué et le temps passé par les médecins responsables de secteurs de garde du département.

Malheureusement cette année, le Conseil Général a décidé de diminuer cette subvention ce qui nous a posé problème pour rémunérer équitablement nos confrères.

MÉDECIN 92

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 : François Romain, Bruno Vulllemin, Yann Lefevre, Gérard-Henry Genty, Philippe Bidault
ASSISTANTES DE RÉDACTION : Danièle Mezzabotta, Anne-Marie Saufier, Annette Perotti, Zaïra Bahtit
CONCEPTION RÉALISATION IMPRESSION : **IMPRESSIONS DIGITALES** - 216, rue de Rosny - 93100 MONTREUIL - Tél. : 01 49 88 45 70 - Fax : 01 49 88 45 80

Photo de couverture :
Maison de Chateaubriand
La Vallée aux Loups

Boucs émissaires

Dr J. Claude LECLERCQ
Président

En cet été 2008 la profession a été soumise à des attaques incessantes et multiples de la part d'adversaires qui semblent s'être ligués contre elle. En particulier depuis septembre où le tir de barrage s'intensifie.

C'est tout d'abord avant l'été les rapports LARCHER et VALLANCIEN qui ont voulu réviser profondément les modes de gouvernance hospitalière en renforçant les pouvoirs des directeurs d'hôpitaux selon un mode entrepreneurial et en proposant aux personnels médicaux des statuts nouveaux (rémunération selon leur implication).

C'est l'UNCAM qui souhaite baisser le prix de certains actes de radiologie et de biologie ; qui acule les chirurgiens dans le secteur 1.

C'est le Ministère qui évoque les futures ARS investies d'un grand pouvoir décisionnel, mais où les médecins brillent par leur absence.

C'est la grande presse qui prend la relève de l'Assurance Maladie et du Ministère pour clouer les médecins au pilori et dénoncer pèle mêle les dépassements de tarifs d'honoraires, les refus de patients en CMU, et brandir les menaces prévues où les Caisses pourraient taxer les médecins, diminuer leurs honoraires en cas d'accentuation du déficit (au mépris de tous les accords négociés).

C'est la Cour des Comptes qui semble mettre tout le déficit sur le compte des « avantages exorbitants » consentis à notre profession (!).

La liberté d'installation en médecine libérale est toujours menacée depuis les EGOS, et depuis l'accord passé avec les infirmiers. Nos jeunes confrères en fin d'études l'ont affirmé : ils préfèrent ne plus s'installer du tout en libéral plutôt que d'être contraints d'aller exercer là où leur conjoint et leurs enfants ne les suivraient pas. Serait-ce la fin de la médecine libérale ?

Nos syndicats ont protesté, les politiques ont émis beaucoup de réserves, le Conseil National début septembre en la personne de son Président a fait des mises au point très fermes : regrettant que les ARS ne soient pas ouvertes de droit à l'Ordre, affirmant la prééminence tirée des textes législatifs du rôle de l'Ordre dans l'appréciation du tact et de la mesure, et des refus de soins.

Madame la Ministre a démenti une grande partie des projets menaçants qu'on lui prêtait dans son projet de loi, confortant ce faisant a posteriori le Docteur LEGMANN dans sa prise de position. Mais la récession économique qui s'annonce ne va-t-elle pas tout remettre en question ?

Les mois à venir seront sans doute difficiles, mais votre Ordre se doit de faire respecter l'honneur de la profession en faisant appliquer la déontologie par ses mandants, mais aussi en dénonçant les attaques excessives dont elle est l'objet.

Dr Jean Claude LECLERCQ

Dr J. Alain CACAULT
Secrétaire Général

Le gâchis

***Pour le petit Larousse GÂCHIS** = action de gâcher, de perdre par une mauvaise utilisation, une mauvaise organisation ; désordre, gaspillage qui en résulte.*

La réforme de la médecine est en marche et il n'était que temps de l'entreprendre. Nos politiciens de tout poil, nos énarques dynamiques se sont enfin penchés sur nos problèmes.

Ils ont commencé par supprimer l'externat organe intolérable de discrimination entre ceux qui savaient et ceux qui ne savaient pas. Puis l'internat, que ce tyran de Napoléon avait imaginé comme la pépinière des futurs princes de la médecine, chefs des services prestigieux des hôpitaux, mais d'une incroyable arrogance.

Ils ont soumis l'accès à la chefferie de service (qui depuis a d'ailleurs heureusement été supprimée) non plus à cette insupportable épreuve du concours laissant définitivement les candidats intellectuellement diminués, mais à une aimable parlotte en CME.

Si cette dernière n'offrait peut-être pas toutes les garanties en matière de sélection, elle avait au moins le mérite d'être reposante.

Mais il fallait aussi réformer la médecine que l'on appellera de ville faute de pouvoir encore l'appeler libérale. Comme nos hommes et femmes politiques sont très courageux et que le sujet est explosif ils l'ont confié à la sécurité sociale dont les grands prêtres ont, eux, le mérite de ne pas être élus !

Il faut dire que ces médecins libéraux exagèrent et n'en font qu'à leur tête. Ils refusent de s'installer avant 39 ans sous le prétexte fallacieux que leurs aînés sont tracassés par la sécurité sociale, la DASS, la DRASS, le HAS, l'ARS, réquisitionnés par le Préfet, interrogés par le juge, redressés par le fisc, alors que tous ces organismes sont à leur égard d'une bienveillante sollicitude. Pensez donc ils refusent même de s'installer dans des zones totalement désertes alors qu'on leur y garantit la tranquillité ! Sans compter qu'ils voudraient travailler sans avoir à mendier un euro de plus pour renouveler leur matériel et ne supportent pas que l'on dise aux patients de la terre entière qu'en France tout ce qui est médical est gratuit ! Ils n'ont décidément aucun sens de la solidarité. Ils devraient avoir honte de dépenser 12 % du budget de la sécurité sociale et en plus d'être seuls responsables du trou de la même sécu dont le montant est bien supérieur à 12 % ! Cherchez l'erreur ? Cela doit tenir au fait que les dirigeants de cette caisse d'assurance ne sont pas tous sortis de polytechnique.

Quoi qu'il en soit, il fallait bien porter remède à cette carence de médecins. Alors ils ont appelé des praticiens des lointaines marches de l'est et du centre de l'Afrique à la rescousse (sans trop se soucier de savoir si ces médecins allaient manquer aux autochtones de leur pays d'origine !).

Ils leur ont d'abord fait passer des examens pour évaluer leurs connaissances, puis pour gagner du temps et ne pas traumatiser des gens venus de si loin ils ont renoncé aux examens et se sont contentés d'un coup de tampon au ministère. Et pourtant rien n'y a fait, les zones désertes le sont toujours autant et la menace d'un cruel manque de praticiens plane maintenant sur les faubourgs de nos cités.

Mais ne fallait-il pas aussi réformer les malades ? Bien sûr que si ! Ils les ont libérés, les patients sont enfin autorisés à condamner leurs médecins, ces savants insuffisamment désireux de partager leur savoir (ça faisait un long moment que l'on se doutait que « la république n'avait pas besoin de savants ») d'ailleurs on comprend la légitime rancune des malades vis-à-vis de ces praticiens incapables de faire des miracles alors que c'est leur vocation et qu'ils sont payés pour cela !

Il faut dire à leur décharge que dans le même temps le colloque singulier s'était interrompu puisque désormais les protagonistes ne parlent plus la même langue (au sens littéral du mot !)

En bref, nous ne manifesterons jamais assez notre reconnaissance à ces technocrates d'avoir dépensé tant d'énergie et tant d'intelligence pour organiser… la cour du roi Pétaud ! ■

Dr J.A. Cacault

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)

Dr J. Claude LECLERCQ
Président

Vous avez reçu début juillet un courrier du CNOM vous communiquant votre identifiant RPPS.

Ce numéro va devenir officiellement au 1er janvier 2009 votre unique identifiant professionnel et remplacer à terme vos numéros actuels (ordinal et ADELI).

QU'EST CE QUE LE RPPS ?

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, c'est une base de données (répertoire) et un système d'échanges entre professions de santé, CNAM et GIP-CPS.

Il est constitué de onze chiffres qui ne signifient rien individuellement.

QUELLES DONNÉES SONT CONTENUES DANS LE RÉPERTOIRE ?

Un ensemble de données d'intérêt commun certifiées attestant de votre état civil, de vos diplômes, compétences professionnelles, modes d'exercice, lieux d'activité.

QUI EST À L'ORIGINE DU RPPS ?

Depuis l'année 2003 un ensemble d'organismes ont réuni leurs efforts pour aboutir à la création de ce Répertoire : le Ministère de la Santé, les Ordres Professionnels de Santé, le Service de Santé des Armées, l'Assurance Maladie et le GIP-CPS (Groupement d'Intérêt Public – Carte de Professionnel de Santé qui gère les cartes CPS).

POURQUOI ?

- pour rassembler et partager les informations concernant l'ensemble des Professionnels de Santé au sein d'un répertoire unique.
- Pour simplifier les démarches de chaque Professionnel de Santé, faciliter sa mobilité tout au long de sa carrière.
- Pour faciliter et fiabiliser le partage d'informations entre les différents acteurs et la santé.
- Ce référentiel commun de **données certifiées se doit d'être actualisé en temps réel.**
- Le numéro unique d'identification, **attribué à vie** est indispensable au suivi de la démographie des Professionnels de Santé.
- Le RPPS devrait être un outil essentiel pour l'élaboration de la politique de santé, de gestion de la démographie, et d'analyses statistiques ou d'études dans le domaine de la santé.
- Pour la CNAM il permettra, par l'identifiant unique et pérenne, une connaissance affinée des offres de soins, et des prescriptions ; permettant un meilleur suivi des prescriptions hospitalières.

QUEL EST LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE ?

La première phase concerne les médecins, dentistes, sages-femmes, et pharmaciens au 1er janvier 2009. Puis le RPPS sera étendu aux autres professionnels de santé, ensuite aux établissements sanitaires et sociaux puis aux établissements de formation.

Les étudiants effectuant un remplacement auront un numéro RPPS.

CE QUE CELA VA CHANGER POUR LE MÉDECIN ?

Cet identifiant remplacera dès le 1er janvier 2009 le numéro ordinal et le numéro ADELI.

Il vous suivra tout au long de votre carrière que vous soyez libéral ou salarié, civil ou militaire, au fil de vos changements d'implantation géographique, en allégeant vos parcours administratifs.

A partir du 15 octobre 2008, l'Ordre est le « guichet principal » pour l'instruction des démarches du professionnel de santé ; toutes formalités d'inscription ou de modification de statut, de mode ou de lieu d'exercice sont simplifiées (supprimant les démarches à la DDASS). Durant la période de transition jusqu'au 1er janvier 2009 le numéro ADELI restera valable, mais à partir de cette date, le praticien devra faire obligatoirement figurer le n° RPPS sur les ordonnances et feuilles de soins. Au sein des établissements de soins où les actes et prescriptions n'étaient pas jusqu'alors individualisés le n° RPPS sera un identifiant de reconnaissance individuel. Le n° RPPS sera progressivement inscrit sur les cartes CPS. Le circuit de demande de carte CPS sera aussi simplifié ; le formulaire de demande de carte sera directement adressé au GIP-CPS.

CONTRAINTES INFORMATIQUES

Le professionnel de santé doit s'assurer de la compatibilité de son logiciel de gestion à la prise en compte de ce nouveau numéro. Le professionnel aura le temps de s'adapter ; mais il peut dès maintenant consulter à ce sujet le site du GIP-CPS, www.gip-cps.fr

MISES À JOUR DES DONNÉES

Chaque médecin peut demander à consulter sa fiche. L'Ordre est chargé d'enregistrer les nouvelles informations et les mises à jour le concernant, changements d'adresses, nouveaux diplômes, nouveau mode d'exercice..., et de les communiquer via le Répertoire à l'ensemble des acteurs concernés.

La mise à jour du Répertoire se fait sous la responsabilité des Ordres. C'est ainsi que ceux-ci sont responsables des données fournies lors de :

- la tenue du Tableau, l'enregistrement des diplômes, autorisations d'exercice,
- la délivrance des autorisations de remplacements,
- les interdictions et suspensions d'exercice
- le suivi de l'exercice...

Les données d'état civil sont validées par l'INSEE. Les données actives du RPPS sont conservées jusqu'au centième anniversaire du médecin, ou trente ans après sa fin d'activité.

POUR CONCLURE

- Le RPPS conforte la position centrale des Ordres dans la gestion des professions de santé
- Le système du **guichet unique** replace les médecins au cœur du système, recentrant l'inscription au niveau des Ordres
- Le RPPS représente pour les patients un progrès en termes de sécurité et de garantie dans le domaine des pratiques et des qualifications des professions de santé, lui apportant l'assurance d'une prestation de qualité, en ville comme en établissement de santé.
- Le RPPS permettra d'échange d'informations entre professionnels de santé et offrira aux patients la possibilité de gérer les droits d'accès à leur DMP. ■

Dr Jean Claude LECLERCQ

IMPORTANT :
Faites mettre à jour, en écrivant à votre Ordre Départemental, vos lieux différents d'exercice, sous peine de voir à partir du 1er janvier 2009 vos patients non pris en charge dans les différents lieux où vous exercez.

P.S. : DERNIÈRE HEURE

Les médecins inscrits après le 28 avril 2008 n'ont toujours pas de numéro RPPS. Celui-ci leur sera communiqué ultérieurement par le GIP-CPS.
Les médecins hospitaliers n'ayant pas de numéro RPPS doivent s'assurer de leur inscription à l'Ordre. Leur numéro leur sera de même communiqué ultérieurement.
En ce qui concerne leurs ordonnances pour leur activité à l'hôpital, celles-ci peuvent être déjà imprimées, le numéro RPPS (11 chiffres) sera ajouté au tampon par eux-mêmes.

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF

Arnaques à l'annuaire

Périodiquement nos confrères se font piéger par des sociétés souvent étrangères qui leur proposent sous couvert d'une mise à jour d'un annuaire un contrat d'abonnement pour plusieurs années à des prix exorbitants (cette dernière mention inscrite en très petits caractères).

Si vous êtes victimes d'une telle arnaque, votre défense est difficile car vous avez signé Néanmoins, vous pouvez porter plainte auprès du Tribunal de Grande Instance de votre circonscription pour « publicité de nature à induire en erreur et vice de consentement ».

Vous pouvez aussi signaler cette façon de procéder à la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) 59 bd Vincent Auriol 75013 PARIS.

Gestation pour autrui (Mères porteuses) : Réflexions éthiques et déontologiques

Dr Y. LEFEBVRE
Vice-Président
Président des Commissions d'Ethique et de Réflexion sur la douleur

Cet article fait suite aux travaux de la Commission d'Ethique de notre Conseil réunie le 10 septembre 2008.

Encore appelée « maternité pour autrui » cette pratique est en France actuellement strictement prohibée.

En quoi consiste-t-elle ? Une femme porte un enfant conçu avec les gamètes d'un couple demandeur. Elle ne fournit pas une contribution génétique (un ovule), mais met seulement à disposition son utérus et à la naissance remet l'enfant à la mère génétique (ou mère sociale en cas de don d'ovule).

Cette pratique est illégale. Le principe *« Mater semper certa est »* garantit à l'enfant la solidité et surtout l'évidence de sa filiation maternelle.

L'illicéité de la maternité pour autrui et des associations concourant à sa mise en œuvre a d'abord été affirmée par la jurisprudence *(Cour de cassation, 13 décembre 1989, 31 mai 1991).*
Elle a été confirmée par la loi de bioéthique du 29 juillet 1994 sur le respect du corps humain, qui a prévu la nullité de toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui.

La maternité pour autrui est prohibée dans une majorité d'États européens, notamment l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, l'Autriche et la Suisse.
Elle est tolérée en Belgique et aux Pays-Bas, autorisée et encadrée au Royaume-Uni et en Grèce.
Aux États-Unis et au Canada, les règles varient suivant les États fédérés et les territoires ou provinces.

En France il est ainsi interdit à tout médecin de procéder à un acte médical ayant pour objet de transférer un ovule fécondé provenant d'un couple demandeur ou de tiers donneurs dans l'utérus d'une femme acceptant de mener à terme une grossesse.
Le code de déontologie médicale est clair.
Son article 17 (article R.4127-17 du code de la santé publique) édicte :

Le médecin ne peut pratiquer un acte d'assistance médicale à la procréation que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Cependant le problème de la gestation pour autrui et de son autorisation reste d'actualité.
La gestation pour autrui sera examinée lors de la révision de la loi sur la bioéthique en 2009.
Un récent rapport d'information du Sénat fait le point sur cette pratique et énumère des recommandations en vue d'**autoriser** et d'**encadrer** la gestation pour autrui.

Il y aurait obligation de former un couple composé de personnes de sexe différent, mariées ou en mesure de justifier d'une vie commune d'au moins deux années, en âge de procréer et domiciliées en France.
Il y aurait obligation, pour la femme, d'être dans l'impossibilité de mener une grossesse à terme ou de la mener sans danger pour sa santé ou pour celle de l'enfant à naître.
Il y aurait obligation, pour l'un des deux membres du couple, au moins, d'être parent génétique de l'enfant.
La gestatrice aurait interdiction d'être la mère génétique de l'enfant, obligation d'avoir déjà eu au moins un enfant sans avoir rencontré de difficulté particulière pendant la grossesse, interdiction de mener plus de deux grossesses pour le compte d'autrui, interdiction, pour une mère, de porter un enfant pour le compte de sa fille et enfin obligation d'être domiciliée en France.
La gestation pour autrui serait ***encadrée :***
Il y aurait obligation, pour les couples demandeurs et les femmes prêtes à leur venir en aide, d'obtenir un ***agrément****, après examen de leur état de santé physique et psychique, délivré par une commission pluridisciplinaire placée sous l'égide de l'Agence de la biomédecine,*
Il y aurait ***obligation, pour les praticiens et les centres de procréation médicalement assistée, d'obtenir une habilitation spécifique et interdiction, pour les praticiens concernés par une gestation pour autrui, de participer à la délivrance de ces agréments.***

Un régime légal, et non contractuel

A la gestatrice seraient octroyés tous les droits sociaux afférents à la maternité. Aux parents intentionnels seraient octroyés des droits à congés pour l'accueil de l'enfant calqués sur les droits à congés en matière d'adoption. Il serait mis en place un accompagnement psychologique de la gestatrice et des parents intentionnels, pendant la grossesse et après l'accouchement. Il y aurait interdiction de rémunérer la gestatrice mais possibilité de prévoir un « dédommagement raisonnable », à la charge du couple bénéficiaire, afin de couvrir les frais qui ne seraient pas pris en charge par la sécurité sociale.

Le transfert d'embryon serait subordonné à une autorisation judiciaire (le magistrat vérifierait les agréments, recueillerait les consentements écrits des intéressés, les informerait sur les conséquences de leur engagement sur la filiation de l'enfant, fixerait et, le cas échéant, réviserait le montant du dédommagement de la gestatrice) Il serait de la seule compétence de la seule gestatrice de prendre les décisions afférentes au déroulement de la grossesse, notamment celle de demander son interruption.

***La gestatrice pourrait devenir la mère légale de l'enfant, à condition d'en exprimer la volonté dans les trois jours suivant l'accouchement** avec application du droit commun de la filiation.*

A défaut, l'inscription des noms des parents intentionnels sur les registres de l'état civil serait automatique, en exécution de la décision judiciaire ayant autorisé le transfert d'embryon.

L'interdiction d'établir la filiation maternelle des enfants nés à l'étranger en violation des règles d'ordre public édictées par la loi française serait maintenue.

Mais tous les sénateurs membres du groupe de travail n'approuvaient pas ces recommandations favorables à la gestation pour autrui.

Les objections les plus fondées ont été émises par Marie-Thérèse HERMANGE, sénateur de Paris, membre du Comité consultatif national d'éthique, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine.

Pour elle, une telle légalisation proposée par le Sénat aurait de multiples conséquences inadmissibles.

*« D'un point de vue juridique, la légalisation reviendrait, d'une part, à remettre en cause nos catégories juridiques fondamentales et, d'autre part, aboutirait à légaliser l'abandon. **Le principe Mater semper certa est** (articles 325 et 332 du code civil), récemment consacré par l'ordonnance de 2005 qui l'a généralisé en l'étendant à la filiation hors mariage, **garantit à l'enfant la solidité et surtout l'évidence de sa filiation maternelle.** Faut-il pour quelques cas remettre en cause ce socle et introduire l'instabilité au cœur de ce qui fonde la stabilité de la filiation à savoir la maternité ?*

*Selon le principe d'ordre public d'indisponibilité du corps humain et de l'état des personnes, toute convention qui a pour objet le corps humain est nulle (article 16-7 du code civil). Si le consentement de la gestatrice est un élément décisif, il n'en reste pas moins vrai que toute forme de dédommagement fait de la maternité un service à la personne, entrant dans le secteur tertiaire, impliquant un **échange marchand,** et faisant **entrer le droit des contrats dans le droit de la filiation.** Or, c'est indirectement considérer que **l'être humain est une chose** puisqu'**« il n'y a que les choses qui sont dans le commerce qui peuvent faire l'objet des conventions »** (article 1128 du code civil - Interdiction confirmée par la loi en 1994).*

*C'est aussi poser plusieurs questions :- Quel sera l'**objet** du contrat ? L'enfant ? - **Comment sera-t-il résilié ?** - **Qu'adviendra-t-il de la qualité du produit négocié dans le contrat lorsque celui-ci ne répondra pas au désir des commandit**aires, en cas de handicap par exemple - Que fera-t-on par exemple quand la discorde s'installera chez les époux qui ont commandé l'enfant et qui n'en veulent plus ainsi que la mère porteuse ? - Que fera-t-on quand la mère biologique sanctionnera le père biologique ?*

Ainsi, l'acte de renoncer à un enfant et de le céder contre rétribution le fait basculer dans le monde des choses, appropriables et disponibles, à l'inverse de la personne, radicalement indisponible.

*L'enfant né après une GPA est un **bébé abandonné par sa gestatrice, puisqu'en vertu du principe** « mater semper certa est », la mère d'intention ne deviendra légale qu'après **une procédure d'abandon à la naissance. L'ordonnance de GPA équivaut donc à une « ordonnance d'abandon ».** D'ailleurs dans l'éventualité où une mère porteuse ne voudrait plus livrer l'enfant commandé, le juge français donnerait raison à sa revendication.*

Les médecins seraient dans une position étrange : prescrire l'abandon sur ordonnance.

Autoriserait-on les équipes médicales à refuser de participer à cette démarche ?

La réification de la femme et le bébé sur ordonnance

Un corps devenant médicament. Le corps est partie intégrante de la personne elle-même et participe de sa dignité. *Or, dans la GPA, c'est bien* ***son corps que la femme porteuse subordonne à la technique.*** *Comme le souligne Sylviane Agacinski, la question philosophique qui se pose, concernant la grossesse, est de* ***savoir si elle appartient au domaine de l'AVOIR, à celui du FAIRE*** *ou* ***à celui de l'ÊTRE ?*** *Elle y répond : « La gestation relève de l'existence, donc de l'être de chacun. »*

Par là même, c'est la conception même de son ***rôle qui est transformée et qui aboutit à faire de la femme une « femme-médicament ».***

En devenant mère porteuse, la femme se trouve réifiée en femme-médicament, et l'enfant, en bébé sur ordonnance. »

M.T Hermange dénonce aussi les risques médicaux

On présente la GPA comme une solution technique sans danger au résultat garanti. Si les plans de périnatalité ont permis de diminuer la mortalité périnatale, il n'en reste pas moins vrai que ***les grossesses GPA ne font pas l'économie des risques de toute grossesse :*** *(grossesses extra-utérines, - fausses couches, - césariennes, - complications liées au risque d'anesthésie - hystérectomie, - voire à une hémorragie de la délivrance entraînant le décès.)*

Pour l'enfant peuvent survenir des problèmes liés : *- à la prématurité (7 %), - à un placenta prævia, - à un faible poids (9 %), - à un très faible poids, c'est-à-dire moins de 1 800 g (3 %), - ou à un cordon mal placé entraînant une anoxie, - à des pathologies survenant à la naissance ou après la naissance (pathologies neurologiques par exemple).*

De plus, comme dans le cadre de toute fécondation in vitro (FIV), ***avant la conception, la gestatrice devra subir des traitements hormonaux,*** *non sans incidence sur sa santé, pour préparer sa matrice à recevoir l'embryon. Mais il y a aussi des risques de santé pour l'enfant du fait des manipulations prénatales.* ***Quant aux risques psychiques, ils sont bien présents pour la gestatrice,*** *notamment au moment de la naissance de l'enfant lorsque celui-ci lui est enlevé : « Il reviendra ultérieurement aux psychanalystes d'analyser les fantasmes et les projections de la mère gestatrice qui a porté et nourri un fœtus pendant neuf mois et a eu avec lui des échanges variés, tant physiologiques que psychologiques. »*

Mais ils le sont surtout pour l'enfant dont la vie intra-utérine conditionne le développement ultérieur. *La GPA est une « pratique qui méconnaît les liens qui se créent entre une mère et son enfant au cours de la grossesse et qui instrumentalise le corps de la femme ». La vie anténatale a des conséquences, tant sur le corps que sur le psychisme de l'enfant, et à vouloir l'ignorer on risque des conduites dont les enfants seraient les victimes à leur insu.*

Ainsi, entre la gestatrice et l'embryon puis le fœtus circulent des cellules embryonnaires et fœtales. Plus tard, l'enfant peut être affecté au niveau psychique *dans son développement par l'indifférence que lui aurait témoignée la femme qui le porte durant sa grossesse. Nous ne pouvons donc faire comme si la vie intra-utérine n'influait pas sur le comportement futur de l'enfant : au sein de la mère, il est* ***influencé par son environnement.*** *C'est in utero que se développent les* ***fonctions sensorielles et émotionnelles.***

Une construction identitaire mise à mal. *Si le don de sperme, d'ovule, d'embryon est rigoureusement* ***anonyme, la GPA ne peut pas l'être. Or les inconvénients de l'absence d'anonymat sont rigoureusement identiques, et les risques juridiques, psychologiques et autres qu'évite normalement l'anonymat vont se produire en matière de GPA.*** *On peut parfaitement imaginer que l'enfant devenu adulte, rejette sa famille d'adoption et entende exercer des droits à l'égard de sa mère de naissance.*

La séparation de la mère gestatrice et de l'enfant laisse une trace qui peut ressurgir même vingt ans plus tard. Le fait d'être porté par une autre femme que celle qui sera sa mère lui rend délicat le fait de se situer par rapport à ses origines et au sein de la famille et augmentera un peu plus ses difficultés à maîtriser le réel. La vie prénatale est une période d'apprentissage des repè-

res sensoriels et émotionnels qui vont servir de fil conducteur pour le nouveau-né. Si le bébé change de mère à la naissance, il perd tous les repères sensoriels, communicatifs et affectifs acquis durant la gestation. N'oublions donc pas que les aspects biologiques jouent un rôle fondamental dans la construction psychique de l'enfant et que ***« l'identité généalogique est fondamentale, structurante pour tout être humain. »***

Outre les risques médicaux pour la mère porteuse, la GPA a des effets psychiques pour l'enfant dans la construction de son identité.

Danielle Moyse, docteur en philosophie, chercheur au CNRS, pose cette intéressante question au sujet de la GPA : *« S'agira-t-il de donner une famille à un enfant ou de donner un enfant à une famille ?*

Au total, nous pouvons affirmer, avec M.T. Hermange, que la légalisation de la gestation pour autrui aurait des conséquences juridiques, anthropologiques et médicales incontournables, dont le législateur aurait à répondre puisqu'elle

- **remettrait en cause des principes juridiques fondamentaux,**
- **puisqu'elle légaliserait l'abandon,**
- **puisqu'elle bouleverserait la filiation,**
- **puisqu'elle réifierait la femme,**
- **puisqu'elle contribuerait à l'exploitation de la misère humaine,**
- **puisqu'elle comporterait des risques pour la santé de la mère et qu'elle fragiliserait la construction identitaire de l'enfant.** ■

Dr Yann Lefebvre

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF

Confrères qui pensez à arrêter votre activité

Pensez à prévenir votre Conseil Départemental environ 3 mois avant l'arrêt et l'URSSAF 1 mois avant l'arrêt.

Que faire de vos dossiers médicaux ?

Si vous avez la chance d'avoir un successeur, le fichier lui sera cédé.

Si vous n'avez pas de successeur, ce qui est malheureusement bien souvent le cas , vos patients sont les destinataires normaux de leur propre dossier (loi Kouchner 4/3/2002).

Dans les deux cas il est souhaitable que vos patients soient prévenus environ 6 mois auparavant à l'occasion d'une consultation.

Vous devez leur faire un mailing (fiscalement déductible) lors de votre arrêt définitif en les remerciant de la confiance qu'ils vous ont témoignée et selon les cas, soit en leur demandant de reporter cette confiance sur votre successeur, soit en leur demandant de prendre contact avec vous, pour venir récupérer leur dossier.

Un conseil : faites des photocopies des dossiers qui pourraient être sources de litige, pour parer à une éventuelle plainte tardive et donnez à vos héritiers les coordonnées de l'assureur en RCP qui vous assurait jusque là !

Les difficultés du médecin coordonnateur d'Ehpad

Le métier de médecin coordonnateur est né en 1999 de la réglementation sur l'harmonisation des pratiques en maison de retraite. Pour bénéficier de subventions, une maison de retraite doit maintenant signer une convention tripartite avec la CPAM, le Conseil Général et la DDASS. Elle s'engage alors à embaucher un médecin coordonnateur, obligatoirement formé à la gériatrie, et garant des bonnes pratiques gériatriques.

Les missions de ce médecin sont nombreuses (13 actuellement), dans le peu de temps imparti, généralement un mi-temps pour 100 lits.

Recruté par le directeur, le médecin coordonnateur est son interlocuteur médical, ainsi que celui des différentes administrations et des médecins traitants intervenant dans l'établissement. Cadre supérieur salarié chargé d'une mission d'organisation de la qualité des soins, sa légitimité est celle d'un conseiller technique de haut niveau sous la responsabilité administrative du directeur d'établissement dans son activité salariée.

Ce positionnement peut entraîner des conflits ; d'autant que les directeurs souvent plus jeunes, toujours moins formés et moins payés n'ont pas l'habitude de manager des cadres.

Soit l'exemple maintenant courant d'un établissement appartenant à un groupe privé, (coté en bourse), dont les priorités sont le taux d'occupation (TO) et la maîtrise de la masse salariale.

Que peut alors faire le médecin coordonnateur en face de sa direction pour garantir l'éthique médicale et mener ses missions, éventuellement antagonistes des objectifs fixés par le groupe ? On assiste par exemple à la multiplication des « admissions en urgence », sans avis du médecin coordonnateur, la modification de grilles AGGIR, le non respect du secret médical (il n'est pas rare que les dossiers médicaux arrivent sur le bureau du directeur), la modification du rapport annuel d'activité faite par le médecin, ou l'obligation d'utiliser un rapport standardisé ne laissant aucune place à des commentaires qualitatifs ou des recommandations.

Si le médecin coordonnateur signale oralement, puis par écrit si elles persistent, ces situations anormales, il lui est alors reproché de s'opposer aux intérêts de l'établissement, et en dernier lieu licencié pour faute.

Les Tutelles, théoriquement partenaires, qui incitent à signaler les dysfonctionnements, ne nous apportent en pratique aucune aide ni soutien.

Autre source de conflit potentiel : il est souhaitable pour le médecin coordonnateur de former un binôme avec l'infirmière coordonnatrice, véritable poste clé de l'EHPAD. Or en raison du manque chronique d'infirmières, ce poste n'est pas toujours pourvu, ou il l'est par des personnes, insuffisamment formées aux soins gériatriques et au management d'équipes peu qualifiées, et sujettes à un important turnover.

Il arrive même, dans le public, que cette infirmière coordonnatrice soit remplacée par « un cadre de santé », ne connaissant rien aux soins ni même à la gériatrie. Comment le médecin coordonnateur peut il alors établir ce partenariat au quotidien ? Comment Tutelles et Conseils d'Administration peuvent ils accepter ces situations, alors qu'une prise en charge de qualité est l'objectif affiché.

Le médecin coordonnateur est également chargé de coordonner les interventions des professionnels de santé salariés et libéraux dans l'établissement. A cet effet, il doit :

- Les réunir au moins une fois par an, et veiller à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations de ses confrères
- Participer aux actions d'information de ces professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
- Leur demander de remplir le dossier médical…

Les relations confraternelles ne sont pas toujours simples. Le médecin coordonnateur, non prescripteur, mais conseiller, doit user de diplomatie. Il doit faire preuve de savoir faire et de savoir être, pour inciter ces confrères à appliquer les protocoles mis en place dans l'établissement et à adopter les consensus « de bonnes pratiques gériatriques ». C'est une autre source de conflits potentiels…

Enfin les familles interviennent de plus en plus dans les décisions au travers des conseils d'établissement. Elles expriment des exigences quelquefois légitimes, souvent reflet de la culpabilité d'avoir « placé leur parent ».

Cette souffrance, à gérer est elle aussi chronophage.

Toutes ces missions feraient presque oublier le résident !

Voici rapidement brossé le rôle difficile de médecin coordonnateur et sa position délicate à « l'interface, d'une part de l'équipe soignante et du directeur et, d'autre part des résidents et de leur famille ».

Ces multiples fonctions ont un attrait pour plus d'un médecin, mais les responsabilités accrues sans les moyens correspondants (y compris financiers) risquent maintenant de les décourager. Les chiffres sont alarmants :

- Cinq « départs » dans les Hauts de Seine pendant l'été 2008,
- Une durée moyenne de « survie » inférieure a 2 ans au plan national.

Il est temps de soutenir ces nouveaux médecins gériatres si l'on veut que nos anciens soient pris en charge correctement dans des établissements de qualité. Il ne suffit plus de créer des places ; il faut faire rapidement évoluer le statut du médecin coordonnateur, et définir sans ambiguïté son rôle, et les moyens à lui accorder pour que ses nombreuses missions ne deviennent pas impossibles. ■

Dr Jacquin-Mourain Nicole
Présidente AMC92 : www.AMC92.org
Secrétaire FFAMCO
Membre SNGC

Dr Ottenheimer-Wargny Domitille
Membre AMC92

Le Conseil Départemental remercie les Docteurs JACQUIN-MOURAIN et WARGNY d'attirer notre attention sur le difficile rôle des médecins coordonnateurs d'EHPAD. L'Ordre n'ayant pas autorité sur les Directeurs d'EHPAD et encore moins sur les Tutelles, et ne pouvant agir que sur les médecins, rendra service à ces derniers en exigeant d'eux la communication de leur contrat qui est fait pour les protéger, et en répondant à tous les courriers qu'ils voudront bien nous adresser en les exhortant à faire respecter les textes.

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF

Déclaration de morsure canine

L'article 7 de la loi n° 2008-582 du 20 juin 2008 renforçant les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux prévoit :

« Tout fait de morsure d'une personne par un chien est déclaré par son propriétaire ou son détenteur ou par tout professionnel en ayant connaissance dans l'exercice de ses fonctions,
à la mairie de la commune de résidence du propriétaire ou du détenteur de l'animal ».

Les services médicaux d'urgence, les médecins appelés à donner des soins à une personne qui se dit mordue par un chien ou dont les blessures présentent les apparence d'une telle morsure sont soumis à cette obligation de déclaration.

Le médecin n'a à déclarer que la morsure mais ni le nom de la victime ni celui du propriétaire du chien.

Cette déclaration présente un réel intérêt en terme de santé publique.

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF

ENFANTS NÉS SANS VIE

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins communique :

Conformément à l'article 79-1 du code civil :

« lorsqu'un enfant est décédé avant que sa naissance ait été déclarée à l'état civil, l'officier de l'état civil établit un acte de naissance et un acte de décès sur production d'un certificat médical indiquant que l'enfant est né vivant et viable et précisant les jours et heures de sa naissance et de son décès.

A défaut du certificat médical prévu à l'alinéa précédent, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce les jours, heure et lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu, ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question ».

En d'autres termes, l'enfant bénéficie d'un état civil complet dès lors qu'un certificat médical indique qu'il est né vivant et viable et précise les jour et heure de naissance et de décès.

A défaut d'un tel certificat médical, l'officier de l'état civil doit établir un acte d'enfant sans vie.

A la suite des décisions de la Cour de Cassation relevant que la loi ne subordonnait l'établissement d'un acte d'enfant sans vie à aucune condition de poids du fœtus ni de durée de la grossesse, le Gouvernement a adopté le 20 août 2008 une série de dispositions.

Désormais, la délivrance d'un acte d'enfant sans vie, dressé à la demande des familles permettra aux femmes ayant accouché d'un enfant mort-né, de disposer d'une mention symbolique de cet enfant, par exemple celle d'un prénom, tant sur le registre de l'état civil que sur le livret de famille ; surtout il autorise les parents à réclamer le corps de l'enfant afin d'organiser des obsèques suivies d'une inhumation ou d'une crémation.

Le signataire du certificat est le praticien (médecin ou sage-femme) qui a effectué l'accouchement ou celui qui dispose des éléments cliniques permettant d'en affirmer l'existence.

EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • EN BREF • 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.

NOUVEAUX INSCRITS

Séance du 9 juillet 2008

AGBESSI CELESTIN
E - HOPITAL AMBROISE PARE 9 AVE CHARLES DE GAULLE 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

ANTONIETTI PIERRE
E - CLINIQUE AMBROISE PARE 27 BLD VICTOR HUGO 92200 NEUILLY SUR SEINE

ASNACIOS AMANI
E - HOPITAL ANTOINE BECLERE 157 RUE DE LA PORTE DE TRIVAUX 92140 CLAMART

ATGER-LAPUSAN IOANA
E - CLINIQUE DUPRE 30 AVE DU PRESIDENT ROOSEVELT 92330 SCEAUX

BOCCARA PERRIN OLIVIA
E - HOPITAL AMBROISE PARE 9 AVE CHARLES DE GAULLE 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

BONNAUD HERVE
E - AGENCE NEX ET COM SANTE 151 RUE DE SILLY 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

BOUKOBZA CAROLE
C - 3 RUE DE SEVRES 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

BRANCO MARIANNE
C - 114 RUE SALVADOR ALLENDE 92000 NANTERRE

BUCHER SOPHIE
C - 109 RUE PIERRE SEMARD 92320 CHATILLON

CHOPRA PRITI
C - 16 ALLEE DES HARAS RESIDENCE MARIGNY 92420 VAUCRESSON

CIOCA DANIELA
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS 4 RUE KLEBER 92300 LEVALLOIS PERRET

CLAUSER SYLVAIN
E - HOPITAL AMBROISE PARE 9 AVE CHARLES DE GAULLE 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

DIDIER-MARSAC CATHERINE
E - GROUPE BOLLORE 31/21 QUAI DION BOUTON 92811 PUTEAUX CEDEX

DO TRINH QUAT
E - 32 RUE JEAN MONNET 92160 ANTONY

DOUTHEAU CARLE
C - 11 VILLA YVONNE 92160 ANTONY

DUCROUX-LINTANF JOSETTE
E - CTRE MEDICAL MUNICIPAL BURGO 12 RUE CARNOT 92150 SURESNES

EZENFIS JOEL
E - HOPITAL PRIVE D'ANTONY 1 RUE VELPEAU 92160 ANTONY

FEREY BENJAMIN
E - LABO.BRISTOL MYERS SQUIBB 3 RUE JOSEPH MONIER 92500 RUEIL MALMAISON

FERTOUT-AHAROUNI ELISE
E - 45 BIS RUE DE LA REPUBLIQUE 92800 PUTEAUX

GALICHER SOPHIE
C - 3 ALLEE GABRIEL 92270 BOIS COLOMBES

GRIZON CATHERINE
E - DEF GDF TOUR ATLANTIQUE 1 PLACE DE LA PYRAMIDE 92911 PARIS LA DEFENSE CEDEX

HAMADA SOPHIE
E - HOPITAL FOCH 40 RUE WORTH 92150 SURESNES

HARFOUCH-HAMMOUD ELHAM
C - CHEZ MME CHAKHAR 10 RUE DES GARENNES 92160 ANTONY

HAUSSER-HAUW CHANTAL
E - HOPITAL FOCH 40 RUE WORTH 92150 SURESNES

ISNARD ARIANE
E - ESSO S.A.F TOUR MANHATTAN 5/6 PLACE DE L'IRIS 92400 COURBEVOIE

JULLIEN LAURENCE
C - 7 IMPASSE DES JOCKOS 92330 SCEAUX

JULLIEN PIERROT
E - CTRE DE REEDUCATION LES AMANDIERS 59 AVE DE LA DIVISION LECLERC 92290 CHATENAY MALABRY

LARBI-CHERIF MOHAMED
E - 2 RUE BELLINI 92800 PUTEAUX

LEDAIN-RAUTOU ELSA
E - CMS DE BAGNEUX 2 RUE LEO FERRE 92220 BAGNEUX

LOCQUET CELINE
E - SCHNEIDER ELECTRIC 89 BLD FRANKLIN ROOSEVELT 92500 RUEIL MALMAISON

MANSOURBAKHT TOURAJ
E - 43 AVE DU GENERAL LECLERC 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

MASSICOT NICOLE
C - 7 RUE CHARLES FLOQUET 92500 RUEIL MALMAISON

MESSIKA JONATHAN
E - HOPITAL LOUIS MOURIER 178 RUE DES RENOUILLERS 92700 COLOMBES

MONIEZ JEAN-LOUP
E - HISPANO SUIZA 18 BLD LOUIS SEGUIN 92700 COLOMBES

MOULONGUET-DOLERIS DAPHNE
C - 42 RUE CHARLES LAFFITTE 92200 NEUILLY SUR SEINE

MUPAPA KIBADI DONAT
E - HOPITAL LOUIS MOURIER 178 RUE DES RENOUILLERS 92700 COLOMBES

NGUYEN MINH DOROTHEE
E - HOPITAL AMBROISE PARE 9 AVENUE CHARLES DE GAULLE 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

NUIZIERE MELANIE
E - HOPITAL DU PERPETUEL SECOURS 4 RUE KLEBER 92300 LEVALLOIS PERRET

PELLAE-COSSET BRIGITTE
E - CLINIQUE HARTMANN 1 BIS RUE DES DAMES AUGUSTINES 92200 NEUILLY SUR SEINE

SAINT DENIS MARC
C - 38 RUE DES CAVES DU ROI 92310 SEVRES

SAULAY DOMINIQUE
E - GROUPE CMP MEDICA 21 RUE CAMILLE DESMOULINS 92130 ISSY LES MOULINEAUX

SZWIERGOTT ALEX
C - LES HAUTS DE LONGCHAMP 11 RUE DE SAINT CLOUD 92150 SURESNES

TARRADE PATRICIA
E - CONSEIL GAL DES HAUTS DE SEINE 2/16 BLD SOUFLOT 92015 NANTERRE CEDEX

VAN LANDUYT KOENRAAD
E - CLINIQUE HARTMANN 1 BIS RUE DES DAMES AUGUSTINES 92200 NEUILLY SUR SEINE

VEIGA-HELLMANN ANA
E - HOPITAL FOCH 40 RUE WORTH 92150 SURESNES

VELEA VALERIA
E - HOPITAL MAX FORESTIER 403 AVE DE LA REPUBLIQUE 92000 NANTERRE

VILLAFRANCA INGRID
E - CH DES 4 VILLES 3 RUE SILLY 92210 ST CLOUD

Séance du 10 septembre 2008

AGOSTINI HELENE
E - 157 RUE DE LA PORTE DE TRIVAUX 92140 CLAMART

APFELBAUM DEBORAH
E - 100 BD DU GENERAL LECLERC 92110 CLICHY

BADET DANIELE
C - 127 AVENUE JEAN BAPTISTE CLEMENT 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

BALISTROU LIES
E - 4 RUE DANTON 92230 GENNEVILLIERS

BENSTAALI MOHAMED
C - 29 BD GALLIENI 92130 ISSY LES MOULINEAUX

BIERI BERNADETTE
E - 15 RUE JEAN BONAL 92250 LA GARENNE COLOMBES

BLED JEAN-JACQUES
E - 160 BD DE VALMY 92700 COLOMBES

BONNIER MARC
E - 2/12 AVENUE LEONARD DE VINCI 92400 COURBEVOIE

BOTHEREL ANNE-HELENE
E - 15 QUAI DE DION BOUTON 92800 PUTEAUX

BOTUNGA BONDJUKA IRENE
E - 36 BD DU GENERAL LECLERC 92200 NEUILLY SUR SEINE

BOUTET BRUNO
C - 8 RUE BERTHELOT 92150 SURESNES

BROUCK FRANCOIS-XAVIER
E - 113 RUE DES 3 FONTANOT 92000 NANTERRE

CARLIER HERVE
E - 37 RUE JULIEN PERIN 92160 ANTONY

DAKOVA BORIANA
E - 178 RUE DES RENOUILLERS 92700 COLOMBES

DAYRAT PATRICIA
E - 110 RUE PIERRE BROSSOLETTE 92320 CHATILLON

DE ROQUEFEUIL CATHERINE
C - 10 RUE JEAN LE COZ 92500 RUEIL MALMAISON

EL MOUSSATI MOHAMED
E - 178 RUE DES RENOUILLERS 92700 COLOMBES

GAILLET MELANIE
E - 104 BD RAYMOND POINCARE 92380 GARCHES

GEBERT KAI
E - 97 AVENUE ALBERT 1ER 92500 RUEIL MALMAISON

GRANIER DELPHINE
E - 28 AVENUE DU DOCTEUR CALMETTE 92140 CLAMART

HAFI ALI
E - 67 AVENUE FOCH 92250 LA GARENNE COLOMBES

HAIAT DEBORAH
E - 85 AVENUE CHARLES DE GAULLE 92200 NEUILLY SUR SEINE

HOUENOU MARIE-ANGE
E - 76/78 RUE DE SILLY 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

JULIEN ANNE
C - RESIDENCE BELLERIVE 1 34 QUAI DE DION BOUTON 92800 PUTEAUX

LALLEMENT ALICE
E - 104 BD RAYMOND POINCARE 92380 GARCHES

LE CORRE FRANCOIS
E - 10 RUE MINARD 92130 ISSY LES MOULINEAUX

LE FEVRE XAVIER-MARC
E - 36 RUE ERNEST RENAN 92130 ISSY LES MOULINEAUX

L'HERMITE FRANCOISE
C - 51 BIS DU GENERAL LECLERC 92130 ISSY LES MOULINEAUX

E = Exercice
M = Mixte
C = Correspondance

NOUVEAUX INSCRITS suite

MARTIN YANN
E - 157 RUE DE LA PORTE DE TRIVAUX 92140 CLAMART

MATHIEU SARAH
E - 104 BD RAYMOND POINCARE 92380 GARCHES

NOUSSAIR LATIFA
E - 100 BD DU GENERAL LECLERC 92110 CLICHY

PALLUEL MARIE
E - 10 RUE MINARD 92130 ISSY LES MOULINEAUX

PRESLES MARIE-ANNE
E - 18 AVENUE D ALSACE 92400 COURBEVOIE

PURUSHOTHAMAN MICHEL
C - 3 ALLEE SANTOS DUMONT 92150 SURESNES

RAPP PHILIPPE
E - 403 AVENUE DE LA REPUBLIQUE 92000 NANTERRE

ROBERT-MONMEGE NICOLAS
E - 4 RUE KLEBER 92300 LEVALLOIS PERRET

SAMOYEAU ROLAND
E - 7 RUE VICTOR HUGO 92310 SEVRES

SCHNEIDER CLAIRE
C - 15 RUE VICTOR HUGO 92400 COURBEVOIE

STUCKY ANNE MARIE
E - LE PALATIN 1 1 COURS DU TRIANGLE
92936 PARIS LA DEFENSE CEDEX

VAI FRANCOIS
C - 6 RUE DE LA PORTE DE TRIVAUX 92140 CLAMART

VILET ANNE
E - 157 RUE DE LA PORTE DE TRIVAUX 92140 CLAMART

QUALIFICATIONS

Qualification du 9 avril 2008

DR ADIDA KARINE	*MEDECINE GENERALE*
DR AGBESSI CELESTIN	*MEDECINE GENERALE*
DR ARBAB ATOUSSA	*MEDECINE GENERALE*
DR BELLOTEAU BIDA JACQUES	*MED.APP.AUX SPORTS*
	MEDECINE GENERALE
DR BOCCARA PERRIN OLIVIA	*DERMATO.VENEREOL.*
DR BONNEAU PIERRE	*MED. DU TRAVAIL*
DR BRIDEY ALAIN	*MEDECINE GENERALE*
DR BUCHER SOPHIE	*MEDECINE GENERALE*
DR CHARDON RENE-CLAUDE	*MEDECINE GENERALE*
DR CHOPRA PRITI	*MEDECINE GENERALE*
DR CHRIQUI LOAN	*MEDECINE GENERALE*
DR COQUELIN GUY	*MEDECINE GENERALE*
DR CURY OLIVIER	*MEDECINE GENERALE*
DR DELON JEAN DOMINIQUE	*MEDECINE GENERALE*
DR FERTOUT-AHAROUNI ELISE	*M.G . NOUVEAU REGIME*
DR GALICHER SOPHIE	*M.G .NOUVEAU REGIME*
DR HAMADA SOPHIE	*ANESTHESIE REA*
DR KHUC TIEN	*MEDECINE GENERALE*
DR KILCHSPERGER ANNE-LISE	*MED. DU TRAVAIL*
DR LEDAIN-RAUTOU ELSA	*M.G .NOUVEAU REGIME*
DR MARMOR SIMON	*CHIR.ORTH.TRAUM*
DR MENAGER MARIE-PIERRE	*SANTE PUBL ET MED SO*
DR MENKES SOPHIE	*MEDECINE GENERALE*
DR MESSIKA JONATHAN	*PNEUMOLOGIE*
DR MUPAPA KIBADI DONAT	*MEDECINE GENERALE*
DR NGUYEN MINH DOROTHEE	*M.G .NOUVEAU REGIME*
DR NIVET PASCALE	*MEDECINE GENERALE*
DR NOY-DELCOURT DOMINIQUE	*ANGEIOLOGIE*
	MEDECINE GENERALE
DR SIMON JOEL	*MEDECINE GENERALE*
DR THOUMIEUX JOELLE	*MEDECINE GENERALE*
DR VAN LANDUYT KOENRAAD	*CH.PL.REC.ESTH.*
DR VERGNIOL VINCENT	*MEDECINE GENERALE*
DR VIGERAL PHILIPPE	*NEPHROLOGIE*
DR ZIMMERMANN CHRISTINE	*ALLERGOLOGIE*
	MEDECINE GENERALE

Qualification du 10 septembre 2008

DR THALER FRANCOIS	*M.G.ANCIEN REGIME*
	REANIMATION

Activités extérieures des Conseillers Ordinaux Au 3e trimestre 2008

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

LE DOCTEUR JEAN-CLAUDE LECLERCQ

Président, a représenté l'Ordre les :

8 juillet : Comité Départemental d'Etude des Risques Sanitaires et Technologiques (CODERST) (Préfecture Nanterre)
17 juillet : Formation Restreinte du CROMIF (Paris)
10 septembre : Commission d'Ethique du CDO 92 (Asnières)
12 et 13 septembre : Assemblée Générale de la CARMF (Paris)
15 septembre : Comité de Coordination des Ordres de l'Ile de France (Paris)
16 septembre : Participation au CODERST (Nanterre)
30 septembre : Colloque sur « Droits des adolescents à l'hôpital » Centre Hospitalier Neuilly s/Seine
30 septembre : Assemblée Générale de l'AMU 92 (Garches)

LE DOCTEUR JEAN-ALAIN CAGAULT

Secrétaire Général, a représenté l'Ordre les :

10 septembre : Commission d'Ethique du CDO 92 (Asnières)
11 septembre : Les retraites en MG à la CARMF
12 septembre : Les retraites dans 30 ans à la CARMF
Septembre : Chambre Disciplinaire de 1er Instance (CDPI) Paris
13 septembre : Assemblée Générale de la CARMF (Paris)
15 septembre : Comité de Coordination Ordres de l'Ile de France (Paris)
18 septembre : Amicale des Médecins de Neuilly
22 septembre : Assemblée Générale de l'AGMF 92
22 septembre : Bureau de CROM IDF
25 septembre : 1er séance CNP 2008-2009

LE DOCTEUR PHILIPPE HERMARY

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

17 juillet : Formation Restreinte au CROM
15 septembre : Comité de Coordination Ordres de l'Ile de France (Paris)
16 septembre : Représentation de l'Ordre Départemental à une Audience CDPI
18 et 24 septembre : Saisie de dossier
23 septembre : Tribunal des Pensions

LE DOCTEUR PHILIPPE BIDAULT

8 juillet : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
10 septembre : Commission d'Ethique du CDO 92 (Asnières)

LE DOCTEUR DE LA ROCHEBROCHARD ARMELLE

8 juillet : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
10 septembre : Commission d'Ethique du CDO 92 (Asnières)
11 juillet : Perquisition Police d'un Cabinet Médical

LE DOCTEUR JEAN-PIERRE GASTON-CARRERE

24 juin, 31 juillet, 07 août : Saisies de dossiers
8 juillet : Présidence Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
10 septembre : Commission de Conciliation (Asnières)
10 septembre : Commission d'Ethique du CDO 92 (Asnières)
22 septembre : Commission Conciliation (Ancien Régime) (Asnières)

LE DOCTEUR GERARD-HENRY GENTY

18 juin : CA Ligue du K.92
25 juin, 9 juillet, 16 juillet, 10 septembre, 22 septembre : Présidence de la Commission de Conciliation (Asnières).
Juillet, septembre : Présidence de la Commission de Sécurité
2 juillet : Bureau ADK
3 septembre : CA Hôpital ROGUET
8 septembre : CA ADK 92
10 septembre : Commission d'Ethique du CDO 92 (Asnières)

LE DOCTEUR PHILIPPE HELIARD

5 septembre : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)

LE DOCTEUR CHRISTIAN HUGUE

10 septembre : Commission d'Ethique du CDO 92 (Asnières)
12 septembre : Commission des Impôts

LE DOCTEUR YANN LEFEBVRE

25 juin : Commission de Surveillance - Hôpital R. POINCARE
25 juin : CA Hôpital Stell
30 juin : Commission d'activité libérale Hôpital Ambroise Paré
23 juin, 3 juillet : Saisies de Dossiers
10 septembre : Présidence de la Commission d'Ethique

LE DOCTEUR LYDIA MARIE-SCEMAMA

10 septembre : Commission d'Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR ALEXIS MARION

10 septembre : Commission d'Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR MARYSE RAMBAUD-DEBOUT

28 juin : Assises Conseil National de l'Ordre des Médecins (Paris)
8 juillet : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
10 septembre : Commission d'Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR ALAIN SEMERCIYAN

30 juin : Assises Conseil National de l'Ordre des Médecins (Paris)
30 juillet : Saisie de Dossier

LE DOCTEUR VERONIQUE THYS

28 juin : Assises Conseil National de l'Ordre des Médecins (Paris)
8 juillet : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
10 septembre : Commission d'Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR DENIS VAILLANT

27 juin : Commission de Surveillance de l'Hôpital Louis Mourier

LE DOCTEUR BRUNO VUILLEMIN

4 juillet, 12 septembre : Saisies dossiers
12 septembre : Commission de Conciliation (Asnières).