

MÉDECIN 92

BULLETIN OFFICIEL DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE

N°35
AVRIL
2008

B.O.S.

2 BRÈVES

3 EDITO

4 BILLET D'HUMEUR

**Vous avez dit
« libéraux » ?**

5-7 ÉTHIQUE

**Médecine
prédictive**

8-9 TRIBUNE LIBRE

10-13 EXERCICE
PROFESSIONNEL

Le B.O.S.

**Certificats
de décès**

14 BRÈVES

15 TABLEAU
DÉPARTEMENTAL

16 ACTIVITÉS
EXTERIEURES

**Conseillers
ordinaux**



EN BREF • EN BREF

Alerte sur une société : jaunes-pages.fr

Certains médecins ont reçu des factures d'une société intitulée « Jaunes-Pages.fr » qui n'a aucun lien avec la société Pages-Jaunes.

Les services juridiques du CNOM invitent les médecins qui estimeraient avoir été trompés à déposer toute voie de recours qu'ils estiment nécessaire, tant auprès de la DGCCRF* que du Procureur de la République.

* 59 bd Vincent Auriol 75013 PARIS

EN BREF • EN BREF

**Médecins spécialistes en Médecine Générale
Proposez-vous comme Maîtres de Stage**

En accueillant dans votre cabinet et lors de vos tournées de visites un étudiant en médecine, ou un interne de médecine générale, vous participerez à une action civique (au demeurant rémunérée) pour promouvoir chez nos jeunes confrères la vocation de généraliste, qui a besoin d'être stimulée, car cette désaffection risque d'être catastrophique.

Pour ce faire contactez www.isnar-img.com ou www.anemf.org

EN BREF • EN BREF

Attention ! les médecins remplaçants doivent être immatriculés à l'URSSAF

Pour tout contrat générant un chiffre d'affaires supérieur ou égal à 3 000 euros du fait de l'activité du remplaçant, une immatriculation de celui-ci à l'URSSAF est obligatoire.

Le numéro d'affiliation à l'URSSAF devra figurer sur le contrat de remplacement.

Enfin il faut savoir que le remplaçant comme le remplacé, peuvent être sanctionnés, en cas d'omission de cette déclaration.



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 Vuillemin, Yann Lefevre, Gérard-Henry Genty, Philippe Bidault

ASSISTANTES DE RÉDACTION : Danièle Mezzabotta, Anne-Marie Saufer, Annette Perotti, Zaira Bahtit

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

Depuis le début de cette année, l'actualité médico-politico-syndicale a été très riche, aussi dans cet éditorial je traiterai de sujets fort divers d'un œil critique, en essayant néanmoins d'aborder l'essentiel.

Depuis janvier le Médiateur de la République a élargi son champ d'action par la création du Pôle Santé et Sécurité des Soins, confié à un de nos confrères le Docteur Bruno LANDI. Celui-ci a en charge, non seulement les médiations patients/hôpitaux, mais aussi, les médiations patients/médecins libéraux, dans un but louable de réapprendre aux uns et aux autres la nuance entre erreur et faute. Ne fera t-il pas double emploi avec les médiateurs qui existent dans bon nombre d'hôpitaux. N'empiétera t-il pas avec l'action de nos Commissions Départementales de Conciliation Ordinales si efficaces en cas de plainte.

La lecture de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » est achevée au moment où nous mettons sous presse, à l'Assemblée. Le Chef de l'État nous incite à ne pas craindre la réforme hospitalière. Les Présidents de CME des CHU sont néanmoins extrêmement inquiets : ils critiquaient déjà le fait de n'être pas suffisamment associés au projet médical d'établissement, voici qu'ils apprennent qu'ils n'y seront plus associés du tout, le Directeur devant être directement responsable de la conduite de l'établissement, a précisé notre ministre.

Les Agences Régionales de Santé qui apparaîtront à la fin de l'année effraient tout le monde médical par la puissance décisionnelle qu'elles impliqueront du fait de la réunion en leur sein des ARH, des URCAM et des DRASS. Ne va-t-on pas, sous prétexte de réglementer au niveau de la Région, détruire ce qui fonctionne déjà très bien au plan du département (PDS par exemple).

Le partage des tâches prévu pour soulager les médecins, démographiquement défaillants, semble s'orienter nettement vers un partage des compétences. Nos collègues Sages-femmes pourront prescrire les médicaments contraceptifs en dehors des situations pathologiques, mais la frontière entre le normal et le pathologique est souvent bien floue. Leur formation actuelle axée sur la grossesse normale nécessiterait au minimum un complément de formation adapté à ces responsabilités nouvelles.

Au MEDEC, notre Président Michel LEGMANN, à propos de la démographie médicale en chute libre, a, à juste titre insisté sur la diminution affolante des inscriptions à l'Ordre de médecins libéraux (9 % des inscriptions). Les syndicats médicaux affirment que la rémunération des libéraux n'est plus attractive, arrivant souvent actuellement pour un travail égal à être inférieure à celle des salariés. Ceci nous conforte dans l'idée que, si l'on veut agir sur la liberté d'installation, le résultat sera tout bonnement une chute encore plus rapide des installations libérales.

Fort heureusement les mesures coercitives ont été repoussées de trois ans, mais il serait éminemment souhaitable que les mesures incitatives donnent vraiment les moyens à nos jeunes confrères qui désireraient se fixer loin des grands centres de le faire en y trouvant des conditions plus attractives.

Le Président de la République parle de rendre à nouveau la Permanence des Soins obligatoire chez les libéraux pour éviter la saturation des consultations hospitalières, mais il semble que le problème soit plutôt au niveau de l'information des patients : dans notre département tous les tableaux de garde sont remplis par des libéraux (grâce à SOS 92) mais nos maisons médicales de garde tournent au ralenti. Le Centre 15 est prêt à faire le dispatching, à condition que les patients aient le réflexe de lui téléphoner.

L'ensemble des tracasseries administratives, les plaintes abusives, le surmenage amènent de plus en plus fréquemment nos confrères à sombrer dans le « Burn Out Syndrome » sur lequel le Docteur Véronique THYS revient dans ce numéro. La CARMF nous apprend, par ses statistiques, que la cause première et de loin des mises en invalidité de nos confrères est la dépression (3 fois plus souvent que dans une population normale).

Enfin en dernière heure nous apprenons que la Cour d'Appel de Grenoble a donné raison à quelques médecins « spécialistes en médecine générale » (par DES ou par Qualification Ordinale) de coter leurs actes en CS et de prendre les mêmes honoraires que les confrères spécialistes.

La partie n'est peut être pas gagnée, car la CNAM se pourvoit en Cassation. Affaire à suivre...

Voici, pêle-mêle, l'essentiel des nouvelles professionnelles. Les mois à venir répondront favorablement espérons le, à nos interrogations.



Dr J. Claude LECLERCQ
Président

Dr Jean Claude LECLERCQ



Dr J. Alain CACAULT
Secrétaire Général

Vous avez dit « libéraux » ?

Avez-vous déjà remarqué que dans « libéral » il y a « liberté ». Cette même liberté que chantent les frontons de nos édifices publics !

- liberté d'installation ? « entendez-vous » (*non pas dans nos campagnes*) mais notre Assemblée (Nationale) mugir ces féroces députés (UMP !) pour envoyer de force nos jeunes confrères dans les Causse ou dans les Cévennes !
- liberté de prescription ? Oui bien sûr, mais à condition de prescrire uniquement ce que préconisent les D.A.M.*
- liberté de choix ? vous plaisantez ? le choix est pour le patient et non pour le médecin (*voir CMU*)
- paiement à l'acte ? mon pauvre ami vous datez ! à l'heure de la monétique ce n'est pas votre « client » qui vous honorera mais c'est la toute puissante sécurité sociale qui vous paiera en roupies de sansonnets... souvent à 90 jours !
- alors au moins le dernier principe du libéralisme, le respect du secret professionnel, sera-t-il épargné ? Que nenni.

Dans un élan irrésistible de réforme nos adversaires aveuglés se sont tirés une balle dans le pied croyant que le secret professionnel était fait pour protéger... le médecin ! alors qu'il est une liberté imprescriptible du malade ! Ils l'ont condamné !

Alors pourquoi diantre parle t-on encore de « libéraux » ? parce que quelque part il doit encore exister un médecin, oui un seul, qui a refusé de se laisser passer la corde au cou et qui, tel Astérix, a décidé de résister !

Il ne veut plus de cette convention imaginée au cours d'une nuit de cauchemar.

Il ne veut plus de cet avantage social vieillesse (ASV !) qui est une immense escroquerie.

Il ne veut plus être humilié par une minorité de patients arrogants se prétendant CMU sans pouvoir en donner la preuve.

Il ne veut plus que des administratifs bac moins cinq viennent lui expliquer la médecine selon sainte économie.

Il ne veut plus à longueur de temps être pris pour Mère Thérèse ! Bref... **il ne veut plus !**

Mais que veut-il donc ?

Il veut faire son métier dans la sérénité

Il veut qu'on cesse de le prendre pour le Madoff de la santé ! Est-ce un rêve ? ■

Dr J.A. Cacault

* D.A.M = Délégué d'Assurance Maladie : employé administratif étranger aux professions de santé et néanmoins conseiller thérapeutique des praticiens !



Dr Ph. HERMARY
Trésorier

Le bon état de nos finances en 2008 nous permet de majorer le budget consacré à l'Entraide qui atteindra cette année 7 % du budget total.

Cette entraide est destinée aux médecins et à leurs familles en cas de décès ou d'incapacité à exercer définitivement.

Nous prenons en charge en 2009 la bourse complète d'un orphelin de médecin des Hauts-de-seine qui lui permettra de poursuivre son cursus universitaire.

Je pense qu'il s'agit là d'une fonction essentielle du Conseil Départemental de l'Ordre et qui justifie de

plus, auprès de certains confrères, le montant qui leur semble élevé de la cotisation obligatoire qui nous est due. ■

Dr Ph. Hermary

Médecine prédictive

Réflexions éthiques et déontologiques

Cet article fait suite aux réflexions de la Commission d'Ethique de notre Conseil en date du 11 février 2009.



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

MÉDECINE PRÉDICTIVE, QU'ENTEND-ON PAR LÀ ?

Depuis l'origine des temps, l'homme a toujours cherché à prédire le futur et à infléchir le cours du destin. De nos jours encore, les astrologues et les cartomanciens restent très sollicités.

La médecine moderne est en pleine évolution. Si le but de la médecine est toujours de guérir la maladie lorsqu'elle est déclarée, il est aussi, aujourd'hui, de la prévenir pour ne pas avoir à la guérir.

L'idée d'une **médecine prédictive**, basée sur un dépistage génétique des individus susceptibles de développer une maladie particulière est née des travaux de **Jean DAUSSET**, et de l'observation de nombreuses maladies associées à des allèles des gènes HLA. Jean Dausset a créé une fondation, le Centre d'études du polymorphisme humain (CEPH), qui travaille intensivement au décryptage du **génome** humain. Il a reçu le prix Nobel de médecine en 1980.

L'expression « **médecine prédictive** » a été popularisée par Jacques RUFFIE, dans son livre *Naissance de la médecine prédictive (1993)*.

Une excellente mise au point sur la médecine prédictive est disponible sur le site de la Cité des Sciences.

Si les scientifiques ont séquencé l'intégralité du génome humain dès 2003, il ne s'agissait que d'un patchwork d'ADN de plusieurs personnes.

L'année 2007 est une étape fondamentale : Sur les trois milliards de nucléotides que compte le génome humain, 15 millions varient d'un individu à l'autre. Déjà 3 millions de ces variations, appelées SNP (Single Nucleotide Polymorphisms) ont été découvertes. Or, en comparant ces variations entre individus malades et sains, les chercheurs mettent au jour un nombre croissant d'altérations génétiques associées à des maladies. En 2007, plus de 50 gènes ont été découverts, sur lesquels ces variations augmentent le risque de survenue d'une douzaine de pathologies.

LES TESTS GÉNÉTIQUES

L'une des grandes difficultés de la médecine prédictive réside dans l'interprétation des résultats des tests. Les corrélations établies entre le marqueur biologique mesuré et le risque de développer une maladie sont de nature essentiellement statistique. Pour une même altération génétique, une personne souffrira de symptômes graves alors qu'une autre restera indemne. Par ailleurs, la plupart de ces altérations n'augmentent que très légèrement – d'un facteur inférieur à 2 – le risque de développer une pathologie.

Le champ d'application des tests génétiques est vaste : Sélection d'un embryon indemne d'une pathologie génétique (DPI), diagnostic d'une maladie avant l'apparition des premiers symptômes, évaluation d'une prédisposition génétique à certaines pathologies, confirmation d'un diagnostic clinique, prédiction d'une réponse à un médicament.

Entre 2001 et 2007, le nombre de tests génétiques a été **multiplié par 3**.

Une des applications les plus prometteuses des tests génétiques et de la médecine prédictive concerne la **pharmacogénomique**. L'objectif est de prédire le résultat d'un traitement pharmacologique en fonction du patrimoine génétique du patient. Il existe des différences individuelles d'assimilation des médicaments qui peuvent conduire chez certains à une toxicité, chez d'autres à l'inefficacité du traitement.

CES TESTS SONT-ILS RÉELLEMENT FIABLES ?

Des efforts ont été entrepris au niveau international pour améliorer et homogénéiser la qualité de ces tests génétiques. Un nouveau protocole européen adopté en mai 2008, demande désormais à tous les pays membres de « s'assurer que les services offerts en matière de génétique répondent aux critères généralement reconnus de validité scientifique et de validité clinique ». Mais ces démarches sont de plus en plus dépassées par l'irruption de tests en accès libre via Internet. Les tests sur Internet posent de nombreux problèmes, notam-

ment sur leur fiabilité, leur confidentialité, leur impact psychologique et sur la capacité des utilisateurs à en interpréter correctement les résultats.

En France, la loi de bioéthique actuelle limite l'usage du **diagnostic préimplantatoire (DPI)** aux situations où un enfant à naître présente « *une forte probabilité d'être atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic* ». Il n'existe aucune liste des pathologies concernées. Les trois centres agréés par l'Agence de la biomédecine pour réaliser des DPI jugent au cas par cas. Aujourd'hui, les sélections portent principalement sur des maladies héréditaires telles que **la mucoviscidose, la maladie de Huntington, l'hémophilie** ou certaines altérations chromosomiques sévères. La mucoviscidose peut-elle devenir une maladie en voie de disparition ? Une étude américaine (*New England Journal of Medicine*, février 2008) fait en effet état d'une diminution de la prévalence de cette maladie suite à une large diffusion du dépistage et des techniques de diagnostic préimplantatoire et prénatal. Nous avons étudié les problèmes éthiques posés par le DPI lors d'une précédente commission d'éthique et la crainte de l'eugénisme soulevée par cette technique.

DANS LE DOMAINE DE L'IMAGERIE :

On dispose d'échographies toujours plus performantes

La médecine prédictive ne se limite pas à l'annonce d'un risque de survenue d'une maladie. Elle permet également le dépistage d'un certain nombre d'anomalies avant la naissance. À ce titre, l'échographie fœtale occupe une place de choix. Par exemple, le couplage avec une sonde doppler permet, au-delà du dépistage des malformations, de repérer chez le fœtus d'éventuelles anomalies vasculaires. En outre, l'apparition récente des échographies 3D améliore encore la précision de l'image, offrant la possibilité de visualiser des anomalies de la colonne vertébrale, des membres ou encore des becs de lièvre jusqu'alors invisibles avec la technique 2D classique. L'enjeu de ce dépistage est double : d'une part, éviter par des interruptions de grossesse la naissance d'enfants gravement malades ou handicapés ; d'autre part, s'ouvrir les portes d'une prise en charge précoce de l'enfant dès la naissance – le plus souvent par une intervention chirurgicale –, voire un jour peut-être par une intervention directe sur le fœtus avant la fin de la grossesse.

A l'âge adulte, l'échographie peut prédire un risque d'accident cardiovasculaire

Au niveau de la carotide, une échographie-doppler

permet de repérer une diminution du flux sanguin. Une IRM peut ensuite préciser la zone atteinte et évaluer le degré d'obstruction des vaisseaux.

Les traceurs radioactifs sont l'un des éléments importants de l'imagerie prédictive. Il s'agit de molécules auxquelles est ajouté ou substitué un atome radioactif, qui viennent se fixer de façon spécifique sur une cible (cellule ou molécule). Lorsque leur atome radioactif se désintègre, elles émettent un rayonnement que l'on peut suivre à l'aide de détecteurs externes. Un des enjeux majeurs de l'imagerie prédictive est de trouver puis de synthétiser des traceurs toujours plus spécifiques d'un paramètre biologique donné. Par exemple, l'utilisation du glucose marqué au fluor 18 repose sur un principe physiologique simple : les cellules cancéreuses consomment plus de glucose que les cellules non cancéreuses. Ce traceur permet donc de visualiser des cellules malignes avant l'apparition des premiers symptômes.

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE : DES CRITÈRES QUI ÉVOLUENT

Ces dernières années, l'offre potentielle de tests de dépistage ne fait qu'augmenter. Dès lors, faut-il se lancer dans des dépistages tous azimuts, sous la pression de divers groupes d'intérêts (firmes pharmaceutiques, sociétés de biotechnologie, associations de malades) ? Comment évaluer la pertinence de ces nouveaux tests au nom de la santé publique ?

La réponse est complexe et fait actuellement l'objet de débats entre experts. Comment mieux prendre en compte l'évaluation de l'efficacité du programme de dépistage, le consentement éclairé des personnes testées, la confidentialité des données, ou encore d'inclure la notion de « *risques associés aux gènes* » ?

En France, la loi de bioéthique de 2004 interdit le recours aux tests ADN en dehors des domaines médical, scientifique et judiciaire. Dans le domaine médical, ces tests ne peuvent être prescrits et leurs résultats rendus que par un médecin agréé par l'Agence de la biomédecine. Ils nécessitent un « *consentement éclairé* » préalable de la part du patient. Si ce dernier est mineur ou sous tutelle, les tests ne peuvent être prescrits qu'à la condition qu'ils apportent un intérêt préventif ou curatif immédiat au patient ou à sa famille. Par ailleurs, la Convention sur les droits de l'Homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe interdit toute forme de discrimination à l'encontre d'une personne sur la base de son patrimoine génétique.

La médecine prédictive est dans le programme de révision en 2009 de la loi de bioéthique : le Docteur Léonetti a reçu la mission de présider le groupe de travail qui doit préparer cette révision. Il devra rendre son rapport en juin de cette année.

Les problèmes éthiques posés par la médecine prédictive sont multiples et délicats et se posent à plusieurs niveaux :

- Au niveau de l'individu, son autonomie de choix doit être respectée : il doit être parfaitement informé et doit être également assuré de la confidentialité absolue.
- Au niveau de la société, employeurs et assureurs ne doivent pas être informés des résultats.

Les tests de dépistage ne doivent être entrepris que s'il existe un traitement à suivre ou des mesures d'hygiène à respecter. Le risque majeur étant d'entraîner des anxiétés inutiles.

L'approche du médecin vis-à-vis de ses patients est transformée. Le médecin du XXI^e siècle est devenu un conseiller. Il aide ses « patients » sains à le rester et à gérer à long terme leur capital santé comme on conseille la gestion d'un patrimoine. La longévité devrait en être considérablement allongée. ■

Plutôt que de donner des années à la vie, donnons de la vie aux années (Jean DAUSSE).

Dr Yann Lefebvre

EN BREF • EN BREF

**Psychiatres option enfants et adolescents, ancien régime,
écrivez-nous si vous souhaitez la double qualification (adultes et enfants)**

Les médecins relevant de l'AR des études médicales **titulaires du CES de psychiatrie option enfants et adolescents** sont actuellement inscrits au Tableau en qualité de « *médecin spécialiste en pédopsychiatrie* ».

On dénombre aujourd'hui 785 médecins dans cette situation.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins les a toujours autorisés à exercer conjointement la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie puisque les formations qu'ils ont reçues dans le cadre de leur CES comportaient une formation en psychiatrie générale et une année complémentaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Certains d'entre eux nous ont sollicité lorsqu'ils ont reçu leur numéro RPPS accompagné de la fiche faisant état de leur qualification actuelle et de leur exercice, parce que leur qualité de médecins spécialistes en pédopsychiatrie avec engagement d'exercice exclusif ne correspond pas à leur exercice actuel.

Saisi de cette question, le Bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans sa séance du 28 janvier 2009 a décidé de permettre **aux médecins titulaires du CES de psychiatrie option enfants et adolescents** et ayant des consultations d'adultes, d'être inscrits **à leur demande**, sur la liste des médecins spécialistes en psychiatrie générale et des médecins compétents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Cela exclut de fait les médecins non titulaires du CES de psychiatrie générale ou du CES de psychiatrie option enfants et adolescents, qui ont obtenu la qualification de médecins spécialistes en pédopsychiatrie par la voie des commissions de qualifications.

Cette lettre, peut être reçue de différentes manières : reportage sur la vie d'un praticien dans une commune de la petite couronne, appel de détresse, mais surtout témoignage d'une ténacité, d'une conviction, et d'un courage hors pair.

C'est avec l'accord de son auteur que nous la publions. Nous en avons adressé copie pour information à Madame la Ministre de la Santé, à Madame la Ministre de l'Intérieur, au Conseil National de l'Ordre des Médecins, et à différents journaux :

Villeneuve la Garenne, le 28 décembre 2008

Monsieur le Président,

Je souhaite attirer votre attention sur l'insécurité grandissante dans la cité où j'exerce depuis 21 ans mon activité de médecin généraliste et sur le risque de désertification médicale qu'elle entraîne dans cette cité.

Installé à Villeneuve la Garenne, au rez-de-chaussée d'une barre HLM depuis le 9 février 1987, je vois progressivement se détériorer mes conditions d'exercice. Je pratique depuis 21 ans la médecine générale, médecine de proximité et je suis médecin traitant déclaré de 1682 patients habitant le quartier.

Depuis 20 ans, mon cabinet a été l'objet de multiples cambriolages avec effraction. J'ai été personnellement agressé physiquement à 2 reprises dans mon quartier dont une fois à main armée (revolver).

Pour ne s'en tenir qu'aux années récentes, j'ai déposé 5 plaintes depuis 2004 pour des cambriolages (21/02/2004, 12/07/2005, 25/06/2008, 01/11/2008, 20/11/2008).

J'ai vu disparaître sans être remplacés les commerces de proximité (librairie, prêt-à-porter) eux même victimes de cambriolages multiples. J'ai renforcé la sécurité du cabinet, grilles à la porte d'entrée, portes intérieures fermées à clés, mise en place de volets métalliques renforcés côté parking, installation d'une alarme.

Pourtant la fréquence des cambriolages augmente, trois au cours des 5 derniers mois.

A chaque fois, le cabinet doit fermer quelques jours le temps des réparations, avec une perte personnelle de revenus et une rupture de la continuité des soins pour mes patients.

J'ai demandé à mon bailleur de murer les fenêtres de mon cabinet (côté parking) pour mettre fin à des intrusions.

Depuis 21 ans, je n'ai jamais été informé des suites des enquêtes ce qui semble indiquer que les auteurs de ces cambriolages et agressions n'ont jamais été identifiés.

Depuis quelques mois, des individus au visage masqué, le plus souvent cagoulés, parfois casqués sont postés toute la journée à l'entrée du hall voisin de mon cabinet surveillant les allées et venues et semblant contrôler un trafic. Ils font peser un climat lourd d'insécurité sur la population, dévisageant chaque passant et se permettant parfois de leur demander la raison de leur présence sur les lieux sur un ton peu avenant...

Je souhaite depuis plus de dix ans l'agrandissement du cabinet médical pour accueillir 3 médecins et permettre de répondre aux besoins de la population (la densité médicale est 2 fois moins importante que dans le reste du département à Villeneuve). Le grand projet de ville et les travaux de rénovation de mon quartier financés par l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine (censés réhabiliter le quartier) devraient me permettre de voir réaliser ce projet qui a reçu le soutien de la ville de Villeneuve et du bailleur Coopération & Famille.

Mais cette rénovation est continuellement reportée et aucune date de début des travaux n'a encore été officiellement fixée (on a parlé de 2009 puis de 2010...).

Ces agressions répétées dont le rythme s'accélère et le climat d'insécurité qui règne dans le quartier font hésiter mes futurs associés à s'investir dans le projet. Les femmes médecins qui sont majoritaires parmi les jeunes médecins sont particulièrement inquiètes de leurs futures conditions de travail.

Le risque est de voir le quartier abandonné par les professionnels de santé. L'accès aux soins de proximité serait rendu plus difficile pour la population alors que la démographie locale indique qu'avec l'augmentation progressive du nombre des personnes âgées, les besoins en soins vont croître au cours des prochaines années.

J'accueille en raison de mes fonctions universitaires chaque année 4 internes de médecine générale au cabinet, en fin de formation (bac + 9), qui participent quotidiennement aux consultations. Ces futurs médecins généralistes ont une piètre image des conditions d'exercice de la médecine de banlieue et sont peu enclins à l'issue de leur stage à s'installer dans les quartiers difficiles.

Le ministère de la santé stigmatise les médecins qui ne veulent s'installer ni à la campagne ni dans les banlieues défavorisées mais rien n'est fait pour les encourager.

La prévention de ces cambriolages et de ces agressions et la protection des cabinets médicaux ne semblent pas être une priorité pour les services de la police nationale. On m'a souvent répété au commissariat que « les butins étaient de faible importance et que les dégradations seraient de toute façon remboursées par les assurances... » sous estimant le préjudice supporté par les citoyens du quartier et l'effet repoussoir pour les jeunes médecins.

Je crains qu'en l'absence de mesures d'urgences adaptées à la situation, je ne puisse mener à bien mon projet de maison médicale de quartier et que la population de la cité soit amenée à se résigner à vivre dans une zone désertique à l'écart des lois de la république.

En attendant des mesures qui ne viennent jamais, je continue à promouvoir une médecine de proximité y compris (et surtout) dans les quartiers difficiles.

Et face aux nombreuses difficultés de l'exercice, je suis de plus en plus persuadé, que l'avenir est au travail au sein des réseaux de santé, seul moyen de permettre à tous d'avoir accès à des soins réservés parfois à quelques privilégiés qu'il s'agisse des handicapés, des personnes âgées, des personnes en fin de vie ou de patients atteints de pathologies complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire (VIH, diabète, toxicomanes,...).

Mais en se battant contre des moulins à vent, on s'use parfois... Et il y a des jours où on se demande si on ne devrait pas écouter les conseils des gens bien intentionnés : « Mais pourquoi vous ne quittez pas le quartier ? »

En vous remerciant de l'attention que vous aurez accordée à cette lettre, soyez assuré, Monsieur, de mes sentiments respectueux. ■

Docteur Thierry Mazars

Médecin généraliste

Chargé d'enseignement à l'Université René Diderot PARIS 7

Attaché à l'hôpital Louis Mourier de Colombes

Président du réseau de santé Agekanonix « Handicaps & Dépendances »



Dr V. THYS
Secrétaire Générale
Adjointe

Le B.O.S. Une journée dédiée à la vulnérabilité et à la souffrance du soignant

Le 14 décembre 2008 s'est tenue à Paris une journée consacrée à la souffrance du soignant. Cette journée a été organisée par le Groupe Pasteur Mutualité avec la participation du CNOM, de la CARMF, de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et l'Association Médicale de France sous le patronage du Ministère de la Santé.

ÉTAT DES LIEUX

Le Burn Out Syndrom (BOS) ou syndrome d'épuisement professionnel est un syndrome regroupant un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation des patients et une réduction de l'accomplissement professionnel pouvant conduire à la dépression, au passage à l'acte voire au suicide. Le **taux de suicide des médecins libéraux en activité est de 14 %** selon la dernière étude réalisée par le CNOM en 2003 **contre 3,4 % dans la population générale pour la même tranche d'âge soit entre 30 et 65 ans.** La dernière étude publiée en 2007 par l'URML d'Ile de France révélait que **50 % des médecins libéraux se disaient menacés par le BOS** et que 12 % envisageaient de changer de métier.

La CARMF nous apprend que la **1^{re} cause d'invalidité est représentée par les troubles psychiatriques et les addictions avec un taux de 41 % en progression** devant les causes cardiovasculaires représentant 11 % des causes d'invalidité avec un taux en régression.

L'âge moyen des médecins concernés par le BOS est de 48,5 ans avec une prédominance chez les médecins femmes. Les médecins généralistes et les médecins exerçant en secteur I sont plus mena-

cés. Il n'y a pas de différence entre le milieu rural et urbain et entre le milieu libéral et hospitalier.

Les marqueurs du risque sont l'alcool et les autres addictions retrouvés dans 50 % des décès, le divorce, les difficultés financières et les contentieux juridiques et administratifs retrouvés dans 1 cas sur 3, les maladies psychiatriques ou physiques retrouvées dans 1 cas sur 4.

Les principales causes sont :

- la durée du temps de travail qui est de 57 heures par semaine pour les médecins libéraux gardes non comprises
- les tâches et contraintes administratives croissantes
- le nombre d'acte par jour (plus le nombre d'actes est important plus le risque est élevé)
- le manque de temps médical (argument retrouvé aussi en milieu hospitalier)
- le manque de respect et de reconnaissance croissant des patients aboutissant entre autre à des violences verbales et physiques de plus en plus fréquentes. (cf. tableau ci dessous)

La principale cause des violences dans les cabinets médicaux est la réponse non conforme à la demande du patient. Ainsi les médecins qui savent dire non sont plus exposés.

De même, plus il y a de personnes présentes dans le cabinet patients et personnel compris, plus il y a un risque d'agression.

- le poids financier des charges
- les gardes
- la responsabilité médico-légale croissante
- la baisse de la qualité de vie et la chute du statut social.

	Hôpital	Ville
Taux de croissance des agressions déclarées entre 2006 et 2007	21 %	33 %
Lieu(x) des agressions	Services de psychiatrie, de médecine et des urgences	Cabinet dans 75% des cas
Type d'agression	Verbale	Verbale
Auteurs	Patients dans 80% des cas	Patients

Pour les médecins en milieu hospitalier sont à ajouter la mauvaise qualité des transmissions entre les professionnels de santé, l'insatisfaction du soutien psychologique au sein de l'équipe, le manque de soutien des supérieurs, le temps plein (le temps partiel étant protecteur du BOS mais difficile à appliquer), le manque de temps pour parler aux familles ce qui augmente le risque de violence par 2.

QUELLES SOLUTIONS ET PERSPECTIVES ?

- en juin 2005 a été créée par le Dr MOURIES l'Association d'Aide Professionnelle des Médecins Libéraux (AAPML). Cette association a mis en place **une assistance téléphonique anonyme au 0 826 004 580, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7** où répondent des psychologues cliniciens. Ces derniers soutiennent, accompagnent et orientent si nécessaire les médecins en souffrance. Le nombre d'appel recensé est de 15 par mois en moyenne, la durée de l'appel est de 22 minutes en moyenne, l'âge moyen des médecins est de 50 ans, 55 % des médecins sont des femmes, la majorité des médecins sont des médecins généralistes et 55 % des médecins qui téléphonent ont un besoin d'écoute.
- le CNOM y travaille activement. Il a publié un rapport intitulé « le médecin malade » ou il a consacré tout un chapitre à ce problème (rapport disponible sur son site internet). Le CNOM attribue 1 million d'euro par an à l'entraide.

Une étude est menée depuis 2008 conjointement par le CNOM et la CARMF au sujet des décès par suicide des médecins, afin de réévaluer ce taux dont le dernier chiffre date de 2003. Une lettre est envoyée par le CNOM aux familles des médecins décédés pour connaître l'âge et la cause du décès du médecin.

Le formulaire à remplir est ANONYME et à renvoyer au CNOM.

Certains articles du Code de Déontologie ont été modifiés dont

Art 65 concernant les remplaçants notamment les remplacements séquentiels

Art 87 autorisant les contrats de collaborateur libéral

Art 88 autorisant un médecin à assister un confrère durant son exercice dans certaines circonstances

Art 89 autorisant la gestion d'un cabinet par un confrère dans certaines circonstances

- former les médecins volontaires pour soigner leurs confrères et mettre en place des établissements dédiés spécifiquement aux médecins malades comme l'ont fait nos confrères catalans depuis 1998. Ils ont mis en place un programme d'aide pour les médecins malades au sein de cliniques spécifiques dont les services et le personnel sont hautement spécialisés dans la prise en charge des médecins malades. La demande de prise en charge est volontaire dans 84 % des cas. L'admission est basée sur un engagement réciproque avec un contrat thérapeutique signé. Le médecin change de nom à son admission, a un n° de téléphone personnel et est anonyme dans le service. La prise en charge peut aller d'une hospitalisation de plusieurs semaines à une hospitalisation de semaine, de jour et à des consultations externes tout ceci en fonction de la sévérité de l'état clinique et des facteurs de risques associés. Il existe par ailleurs une forte collaboration entre les psychiatres des services publiques et privés.
- faciliter la reconversion des médecins qui ne peuvent plus exercer leur 1^{er} métier par le rétablissement des compétences.
- améliorer la protection sociale du médecin, en effet le médecin ne perçoit d'indemnités journalières qu'à partir du 91^e jour d'arrêt de maladie. D'où l'intérêt à ce jour de souscrire à une assurance de prévoyance pour faire face à ce délai de prise en charge.
- Un équivalent de mi-temps thérapeutique existe pour les médecins qui ont eu un arrêt de maladie prolongé. En effet à leur reprise d'activité, et sur leur demande la CARMF peut leur verser les indemnités journalières pendant 3 à 6 mois afin de favoriser une reprise progressive.
- Apprendre aux médecins à prendre du recul et à diversifier leur activité pour éviter la monotonie et le surmenage.
- Développer une médecine du travail ou préventive dédiée aux médecins et de reconnaître le BOS comme maladie professionnelle
- Favoriser les cabinets de groupe pour lutter contre l'isolement et l'insécurité tout en sachant qu'un médecin peut être isolé dans un cabinet de groupe s'il n'y a pas de temps consacré pour se réunir entre professionnels. N'oublions pas que l'isolement relationnel est à l'origine du BOS.

- Reconnaître la profession, ce qui changerait notre image vis-à-vis des patients et là le rôle des politiques et des médias est non négligeable.
- Former les étudiants à la gestion de la vie libérale et introduire dans le programme consacré aux soins palliatifs un enseignement sur la vulnérabilité et la souffrance du soignant. A noter que les internes présents à cette journée étaient demandeurs. La faculté de Paris V consacre 2 heures au BOS dans son programme.
- Développer une médecine préventive pour les étudiants afin de détecter tout comportement addictif ou trop anxieux. Une sélection des étudiants pour déterminer leur aptitude à exercer la médecine a été envisagée à cette journée mais comment et quand la mettre en place ? Et le médecin ne doit-il pas avoir une certaine vulnérabilité pour être un bon médecin au risque sinon de former une machine ? Le CNOM y réfléchit.

Le sujet est grave et préoccupant tant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

Des solutions encore insuffisantes existent à ce jour, mais d'autres apparaissent et vont continuer d'apparaître.

Nous savons que demain le fossé entre la demande et l'offre de soins va se creuser.

La population va progresser et vieillir alors que la population médicale va décroître.

Grâce à cette journée, le tabou du BOS chez les médecins ainsi que ses conséquences se lève, alors osons nous aussi le lever entre nous.

Soyons nous même plus attentifs à nos confrères qui ont des difficultés financières, qui ne viennent plus aux réunions d'Amicale, de FMC etc. et n'oublions pas que rester seul dans ces moments ne fait qu'aggraver la situation.

Et n'est ce pas être alors tout simplement confraternel envers nos confrères en détresse ? Et cela ne relève t il pas aussi de notre devoir de médecin que de prendre en charge nos confrères malades ? ■

Dr Véronique Thys

B.O.S. ?

N° Vert 0 826 004 580

appel gratuit depuis un poste fixe

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 complément de l'article sur « les morts violentes » paru dans le n° 34 de janvier 2009, le Professeur Michel DURIGON, chef du service d'anatomie et de cytologie pathologiques et de médecine légale à l'hôpital Raymond Poincaré de GARCHES a bien voulu nous rédiger l'article suivant qui fait le point de façon exhaustive sur la situation.

Certificats de décès

Le **certificat de décès** : (formulaire bleu ou formulaire électronique) est établi par le médecin constatant le décès.

La déclaration de décès : elle est faite par toute personne ayant connaissance d'un décès, (habituellement la famille) à la Mairie habituellement dans les 48 h suivant le décès.

L'acte de décès : c'est une pièce officielle d'état civil attestant du décès et marquant le jour de l'ouverture de la succession. Il est établi par la mairie.

Le permis d'inhumer : c'est l'autorisation réglementaire de procéder aux opérations funéraires, établie par l'Officier d'état civil et jamais par un médecin. En cas d'enquête décès, c'est le magistrat qui établit cette autorisation de pourvoir aux opérations funéraires, avec parfois certaines réserves (interdiction de crémation...)

L'officier d'état civil ne délivre le permis d'inhumer et ne rédige l'acte de décès qu'après s'être assuré de l'authenticité du décès au moyen du certificat médical.

RÉDACTION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS

- Il peut être rédigé sur formulaire papier ou sur le site du CEPIDC par voie électronique qui permet d'imprimer la partie administrative
 - Un modèle (« vert ») est à utiliser pour les nourrissons décédés (de la naissance à 27 jours inclus). Un autre modèle (« bleu ») au delà de cet âge.
- Obligatoire pour l'état civil (il permet la délivrance du permis d'inhumer par l'officier d'état civil).
- Obligatoire pour obtenir les autorisations nécessaires à certaines opérations mortuaires (crémations, soins de conservation, transferts de corps).

- Utile pour les données épidémiologiques (par sa partie inférieure diagnostique anonyme, cette partie étant transmise par informatique en cas de rédaction électronique).

Il comporte notamment une case : « obstacle médico-légal : oui - non » permettant au médecin de le délivrer dans tous les cas (même lors d'un décès suspect ou violent).

La partie diagnostique inférieure, cachetée, respecte le secret professionnel. La transmission électronique est sécurisée.

Ce certificat, ou les formulaires imprimés, est remis à la famille ou aux proches, ou aux personnes s'occupant des obsèques.

Ces pièces sont ensuite transmises à l'officier d'état civil du lieu du décès. Elles permettent la déclaration de décès. La partie supérieure est conservée à la mairie.

La partie supérieure doit être complètement remplie, compte tenu des rappels figurant au verso :

Il est possible d'établir ces certificats par voie électronique depuis quelques années, la partie statistique anonyme étant directement transmise au service central de l'INSERM, permettant un suivi en temps réel des causes de mort ; La partie administrative est imprimée en 3 feuillets reprenant les mentions du certificat bleu et permettant les démarches administratives (mairie, pompes funèbres..) qui sont remis au déclarant. ■

Pr Michel Durigon
Chef de Service du
Centre Médico-Judiciaire

EN BREF • EN BREF

Dommages et intérêts demandés par les praticiens s'estimant mis en cause abusivement devant la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI)

Depuis les modifications introduites par la loi du 4 mars 2002 en ce qui concerne les plaintes déposées à l'encontre de médecins devant la CDPI du Conseil Régional, les plaignants, comme les médecins accusés peuvent demander à ce qu'en cas de condamnation de l'autre partie, une indemnité leur soit versée en vertu de l'article L 761 du Code de la Sécurité Sociale. Cette indemnité devra être demandée lors de la présentation de la plainte, ou lors de la rédaction des arguments en défense ; Elle devra être chiffrée par exemple (2.000 à 4000 euros) et elle devra être motivée (par exemple frais de courrier, frais d'avocat, manque à gagner...).

EN BREF • EN BREF

Information sur les honoraires et devis

Comment mettre en pratique l'arrêté du 2 octobre 2008 dès son entrée en vigueur le 1^{er} février 2009 sur l'obligation de devis

Lorsque vous prévoyez que lors d'une consultation ou d'un acte technique vos honoraires seront supérieurs ou égaux à 70 euros et que vous n'appliquerez pas le tarif conventionnel (car DE, car secteur II, car secteur IDP) vous devez fournir un devis écrit à votre patient et le lui faire signer.

Il est évident que la chose est impossible pour la première consultation, il est donc admis que l'information prévue par l'affichette de votre salle d'attente (obligatoire) répond aux obligations légales.

Pour les actes ultérieurs vous devrez vous faire imprimer un stock de devis où seront à compléter les dates des actes, leur cotation selon la CCAM et les sommes prévues. Ces devis seront à vous retourner signés le jour de l'acte. Il n'est pas impossible en cas de série d'acte de prévoir une formule telle : « pour tous les actes de ce type jusqu'à nouvel avis », par exemple.

EN BREF • EN BREF

Protection juridique des majeurs (PJM)

La loi du 7 mars 2007 portant réforme de la PJM est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

Le Procureur de la République établit la liste des médecins habilités à rédiger le certificat médical circonstancié requis par la loi et devant être produit à l'appui des demandes de protection judiciaire.

Les candidatures de médecins spécialistes, psychiatres et autres, peuvent être retenues, mais aussi elles des généralistes, gériatres, qui par leurs qualifications professionnelles, les formations qu'ils ont pu suivre, leur expérience pratique, justifient d'une compétence ou d'un intérêt particulier pour les personnes vulnérables.

Eu égard au nombre de mesures en cours, il est souhaitable d'élargir la liste actuelle.

Déposez, si vous êtes intéressés, votre candidature à la Division Civile du Parquet de Nanterre 177/191 av. Joliot Curie 92020 NANTERRE CEDEX.

(Fournir : lettre de candidature, CV, copie des diplômes, avis de l'Ordre)

Pour des raisons techniques indépendantes de notre volonté, nous sommes désolés de ne pouvoir vous communiquer les tableaux des inscriptions et qualifications du trimestre.
Ce tableau vous sera communiqué ultérieurement.

SECONDS SITES D'EXERCICE AUTORISES DANS LES HAUTS-DE-SEINE

Réunion du 10 décembre 2008

Docteur Bernard ATTAL
SPÉCIALISTE EN CARDIOLOGIE
Exerçant en 1er site à Paris 16e - 48, av. Kleber
2e site : hôpital Américain de Paris 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Docteur Alain DUCARDONNET
SPÉCIALISTE EN CARDIOLOGIE
Exerçant en 1er site à Paris 5e - 38, bd St Marcel
2e site : hôpital Américain de Paris 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Docteur Gilles CHAOUAT
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
Exerçant en 1er site à Tournan en Brie (77) clinique de Tournan en Brie
2e site : hôpital Privé d'Antony - 1, rue Velpeau 92160 ANTONY

Docteur Edouard DECLETTE
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
Exerçant en 1er site à Evreux (27) clinique Bergougnan
2e site : hôpital Privé d'Antony - 1, rue Velpeau 92160 ANTONY

Docteur Jean-Louis VIDILLES
MÉDECINE GÉNÉRALE
Exerçant en 1er site à Antony (92) 6, rue Sderot
2e site : Hôpital Privé d'Antony 1, rue Velpeau 92160 ANTONY

Docteur Elisabeth GRANGEON
SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
Exerçant en 1er site Aux LILAS (93) clinique des Lilas
2e site : Clinique Ambroise Paré 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Réunion du 14 janvier 2009

Docteur Anne BOULIN
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE
Exerçant en 1er site : PARIS 17e - 40, bd Gouvion St Cyr
2e site : hôpital Américain de Paris 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Docteur Yvan GOLDSTEIN
SPÉCIALISTE EN ANESTHÉSIE
Exerçant en 1er site à PARIS 2e - 1, rue de la Banque
2e site : hôpital Américain de Paris 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Docteur Marisa BRISA FERRANDIZ
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE
Exerçant en 1er site à PARIS 8e - 31 av. Hoche
2e site : hôpital Américain de Paris 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Docteur Dominique BOUCHER
Docteur Michel MOUVIER
SPÉCIALISTES EN RADIOLOGIE
Exerçant en 1er site à Rueil (92) 17, rue du château
2e site : hôpital Américain de Paris 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Docteur Patrice GHANE
SPÉCIALISTE EN O.R.L.
Exerçant en 1er site à Paris 8e - 24, rue du Boccador
2e site : 49, rue des Bourguignons 92270 BOIS-COLOMBES

Docteur Odile POLONY
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE
Exerçant en 1er site à Paris 7e - 5, rue Cognacq-Jay
2e site : centre chirurgical CHEREST 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

Réunion du 11 février 2009

Docteur Yann CONSIGNY
SPÉCIALISTE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE
Exerçant en 1er site à Paris 17e - 43, rue Guersant
2e site : centre chirurgical CHEREST 92200 NEUILLY-SUR-SEINE

ANNONCES • ANNONCES •

Gynécologue-obstétricien
Spécialiste secteur II
SCM à Nanterre
Cause retraite cherche successeur
Ecrire au journal

EN BREF • EN BREF

L'Union Fédérale des Associations Françaises d'anciens combattants et victimes de guerre

recherche pour un dispensaire médical à CONAKRY (République de Guinée) à la construction duquel elle a participé, du matériel bio médical pour le laboratoire (microscopies, autoclaves, centrifugeuses, tubes de Weslegreen, matériels et consommables, réactifs, etc..), matériel ayant appartenu à nos confrères et devenus obsolètes, mais encore en état de fonctionnement.

Ecrire à : Union Fédérale 1 rue de Brissac 75004 PARIS

Activités extérieures des Conseillers Ordinaux Au 1^{er} trimestre 2009

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

LE DOCTEUR JEAN-CLAUDE LECLERCQ

Président, a représenté l'Ordre les :

- 8 janvier : Cérémonie des vœux - Préfecture (Nanterre)
- 12 janvier : Comité de Coordination des Ordres de l'Île de France (Paris)
- 13 janvier : Audience solennelle du Tribunal de Grande Instance (Nanterre)
- 19 janvier : M. Raphaël RADANNE – Conseiller Santé – Palais de l'Élysée (Paris)
- 20 janvier : CODERST (Nanterre)
- 22 janvier : Réunion Bio Ethique CNOM (Paris)
- 28 janvier : Conseil des Chirurgiens Dentistes (Puteaux)
- 11 février : Commission d'Éthique du CDO 92 (Asnières)
- 3 mars : CODERST (Nanterre)
- 2 mars : Amicale des Médecins Retraités des Hauts de Seine (Paris)
- 10 mars : Chambre disciplinaire de 1^{er} Instance du Conseil Régional (Paris)
- 12 mars : Amicale des Médecins de Neuilly
- 16 mars : L'Enseignement et la Recherche en Ethiques (Université Paris Descartes) (Paris)

LE DOCTEUR JEAN-ALAIN CAGAUT

Secrétaire Général, a représenté l'Ordre les :

- 8 janvier : Cérémonie des vœux au Préfet – Préfecture des Hauts de Seine (Nanterre)
- 12 janvier : Comité de Coordination des Ordres de l'Île de France (Paris)
- 15 janvier : 3^e séance de la Commission Nationale Permanente
- 22 janvier : Journée d'éthique au Conseil National (Paris)
- 22 janvier : Vœux Hôpital de Neuilly CA (Neuilly)
- 8 février : Bureau du Conseil Régional de L'Ordre (Paris)
- 10 février : Chambre disciplinaire CROM
- 11 février : Commission d'Éthique du CDO 92 (Asnières)
- 12 mars : Amicale des Médecins de Neuilly

LE DOCTEUR PHILIPPE HERMARY

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

- 13 et 23 janvier : Saisies de dossiers
- 12 janvier : C.C.O.I.F (Paris)
- 12 janvier : Conseil de Surveillance Hôpital A. Béclère
- 28 janvier : Conseil des Chirurgiens Dentistes (Puteaux)

LE DOCTEUR PHILIPPE BIDAULT

- 4 février : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
- 7 février : Commission Informatique (Paris)
- 11 février : Commission d'Éthique du CDO 92 (Asnières)
- 16 février : Commission de Conciliation (Asnières).

LE DOCTEUR PHILIPPE COSTIL

- 14 janvier : 3 enquêtes pour demande d'ouverture d'un 2^e site d'exercice

LE DOCTEUR GERARD-HENRY GENTY

Janvier, février, mars : Présidence de la Commission de Sécurité

- 14 janvier, 11 février, 16 février, 11 mars : Présidence Commissions Conciliation (Asnières)
- 18 décembre : CA LIGUE du K 92
- 2 mars : CA ADK
- 4 mars : Réunion ADK
- 9 mars : Réunion radio-gynéco ADK
- 12 mars : Commission Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR CHRISTIAN HUGUE

- 26 janvier : Commission des Impôts (Boulogne)
- 11 février : Commission Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR ALEXIS MARION

- 22 janvier : Ethique Médicale - CNOM (Paris)
- 7 février : Commission Informatique (Paris)
- 11 février : Commission Ethique (Asnières)
- 3 mars : Saisie de dossier

LE DOCTEUR LYDIA MARIE SCEMAMA

- 11 février : Commission Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR MARYSE RAMBAUD-DEBOUT

- 8 janvier, 5 mars : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
- 14 janvier, 11 février, 11 mars : Commission Conciliation (Asnières)
- 11 février : Commission Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR ARMAND SEMERCYAN

- 28 janvier : Réunion des Ordres Professionnels de Santé du 92 (Puteaux)
- 29 janvier : Commission locale d'activité libérale de l'Hôpital A. Béclère
- 11 février : Saisie de Dossier

LE DOCTEUR VÉRONIQUE THYS

- 3 février : Commission de Qualification de Spécialiste en Médecine Générale (Asnières)
- 11 février : Commission Ethique (Asnières)

LE DOCTEUR BRUNO VUILLEMIN

- 9 janvier : « INTELLI CURE » Académie de médecine (Paris)
- 11 février : Commission Ethique (Asnières)
- 9 janvier, 14 janvier, 9 mars : Saisies de dossiers