



# Revue du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère

DÉCEMBRE 2008



**L'entraide  
entre  
médecins,  
mode  
d'emploi**





## Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Isère

**1A, boulevard de la Chantourne  
38700 La Tronche**

**Tél. : 04 76 51 56 00**

**Fax : 04 76 63 84 97**

**E-mail : isere@38.medecin.fr**

**www.conseil38.ordre.medecin.fr**

Heures d'ouverture : tous les jours sauf le samedi de 9 heures à 12 heures, de 13 heures à 17 heures.

## Composition du Conseil de l'Ordre

Après le 31<sup>e</sup> renouvellement par tiers du 3 février 2008.  
Séance plénière du 3 décembre 2008.

### Président

Dr Olivier Roux, 48 avenue de Grugliasco, 38130 Echirolles

### Vice-présidents

Dr Roger Maréchal, rue du Midi, 38290 La Verpillière  
Dr François Plottin, 2 avenue Alsace Lorraine, 38000 Grenoble

### Secrétaire général

Dr Hervé Aubert, 2 avenue Alsace-Lorraine, 38000 Grenoble

### Secrétaires généraux adjoints

Dr Jean-Marc Gueulle, 70 cours Berriat, 38000 Grenoble

Dr Pascal Jallon, 41 avenue de la Plaine-Fleurie, 38240 Meylan

Dr Bruno Paliard, 162 route Nationale, 38190 Bernin

### Trésorier

Dr Jean René Causse, 3 rue Louis Lachenal, 38100 Grenoble

### Membres titulaires

Dr Agnès Caperan, 4 bld Maréchal Joffre, 38000 Grenoble

Dr Pierre Chalandre, 50 avenue du Grésivaudan, 38700 Corenc

Dr Nicole Chevaillier, La Caillatière, 38470 Notre-Dame de l'Osier

Dr Jean-Marie Dessaint, 1 boulevard Clémenceau, 38000 Grenoble

Dr Laure Emery, 40 avenue de Romans, 38360 Sassenage

Dr Pierre Finet, 4 rue Jean-Veyrat, 38000 Grenoble

Dr Brigitte Font Le Bret, 34 avenue Marius-Cottier, 38700 Corenc

Dr Dominique Ford, 20-22 place de l'Eglise, 69560 St-Cyr-sur-Rhône

Dr Annie Jourdan-Jambon, 1 avenue de la Chartreuse, 38240 Meylan

Dr Didier Legeais, 16 bis rue du Dr Hermite, 38000 Grenoble

Dr Elisabeth Opoix, 4 allée Gaston-Leroux, 38130 Echirolles

Dr Jean-Pierre Torres, Samu 38, CHU de Grenoble, BP 217, 38073 Grenoble Cedex

### Membres suppléants

Dr Bernard Chataing, 8 rue Laurent Chataing, 38580 Allevard

Dr Edmond Dumoulin-Minguet, 1 montée de la Citadelle, 38350 La Mure

Dr Pierre Engelstein, 21 rue des Bergers, 38000 Grenoble

Dr Pierre Gerrud, 3 avenue Marcellin-Berthelot, 38100 Grenoble

Dr Michel Leclerc, 30 rue Jean-Cocteau, 38400 St-Martin d'Hères

Dr Michel Lerat, Espace médical Péri, 3 rue Eugène Chavant, 38400 St-Martin-d'Hères

Dr Guy Moreau, 21 place du Village, 38180 Seyssins

Dr Gilles Perrin, 78 bis rue de Stalingrad, 38100 Grenoble

Dr Christian Pichon, 138 route de Four, 38090 Roche

Dr Bernard Rougier, 125 route des Collines, 38210 Morette

## Editorial

Le Comité d'entraide du Conseil départemental

*Dr Olivier Roux*

p. 3

## Ordre

Comment fonctionne la commission d'entraide ?

*Dr Bruno Paliard*

p. 4

Aidez l'AFM à aider !

p. 5

## Vie personnelle

L'indispensable prévoyance des médecins

*Dr Pascal Jallon*

p. 6

## Social

Assouplissement du calcul des cotisations vieillesse en cas de début d'activité

*Dr Jean-Marie Dessaint*

p. 7

Attention aux retards de paiement des cotisations

Arrêt de travail pour raisons de santé

p. 8

## Pédiatrie

Programme Gripop : Grenoble lutte contre l'obésité

p. 8

## Réglementation

Conservation des dossiers : pourquoi, comment ?

*Section Ethique et déontologie*

p. 9

## Droit

Certificats de décès : obligations légales et déontologiques

*Dr Hervé Aubert*

p. 10

## Setion Ethique et Liberté

Ateliers et conférences sur l'éthique

p. 11

## Bonnes pratiques

Bien formuler une prescription

*Dr Pascal Jallon*

p. 11

## Plan périnatalité

L'entretien prénatal précoce : pour plus d'humanité

*Drs Agnès Bourdariat, Laure Emery, Véronique Equy*

p. 12

## Focus

A propos du statut de spécialiste en médecine générale

p. 12

## Fiche technique

Fonction publique : du nouveau pour les congés maladie

*Dr Brigitte Font Le Bret*

p. 13

## Dossier

Violences faites aux femmes : les réponses à apporter

*Dr Olivier Roux*

p. 14-17

## Société

Certificat de constatation de virginité

p. 17

## Les brèves

Conseil national de l'Ordre, DDASS, associations, enseignement

*Dr Pascal Jallon*

p. 18-21

## Opportunité

La médecine générale recrute... des maîtres de stage

p. 19

## Les débats du CNOM

Un enjeu national : l'accès aux soins

p. 21

## Inscriptions au Tableau

Récapitulatif depuis juillet 2008

p. 22-24

# Le *Comité d'entraide* du Conseil départemental

L'entraide est une des missions confiées à l'Ordre par le code de santé publique. Le Conseil National, vu ses ressources assure in fine une grande partie financière de cette entraide en collaboration avec l'AFEM (Association des femmes et enfants de médecins) mais celle-ci doit être déclinée au niveau départemental avec des moyens propres sur un budget alloué par le Conseil mais géré de façon autonome par le Comité d'entraide. En effet les problèmes de nos confrères sont mieux connus au niveau local ; il est plus facile de les rencontrer précocement pour analyser, débrouiller et hiérarchiser leurs difficultés et mettre en face les solutions à apporter.

Le Conseil départemental a renouvelé sa commission d'entraide dont vous trouverez la liste des membres dans le présent bulletin (page 4).

La philosophie qui a présidé à son installation est d'adapter notre entraide aux problèmes concrets rencontrés par nos confrères en difficulté souvent liés à l'aggravation de nos nouvelles conditions d'exercice et de leur apporter une réponse pratique et rapide ; pour cela, un programme de travail a été défini mettant en avant certaines actions :

- le Comité est essentiellement composé de membres titulaires ou suppléants du Conseil, avec une large féminisation, en activité donc vivant au jour le jour les problèmes engendrés,
- mais sachant s'appuyer sur l'expérience et la disponibilité de médecins retraités anciens conseillers ou non,
- mise en place d'une cellule d'aide aux confrères en « burn out »,
- possibilité de recours à une assistante sociale,

- possibilité de conseil et d'intervention auprès des organismes sociaux (CARMF, URSSAF) ou fiscale avec consultation et intervention de conseil juridique si nécessaire,

- contact systématique avec les conjoints de confrères décédés pour les reconforter et analyser avec eux leurs besoins immédiats avec des situations souvent dramatiques et leurs besoins futurs et ceux de leurs enfants en particulier en matière de prise en charge d'études...

- sachant que ce catalogue n'est pas exhaustif et sera évolutif dans le temps en fonction des besoins constatés et qu'il faut le temps de mettre en route ces actions.

Ces thèmes et ce programme d'action ont été définis avec le président le docteur Bruno Paliard, par ailleurs dynamique secrétaire général adjoint du Conseil et les membres de la commission.

La situation est en effet grave. En 2008 nous avons eu à déplorer deux suicides de confrères dans le département, de nombreux confrères en limite de rupture pour des raisons de surmenage, d'agressivité de patients, de pressions administratives devant interrompre leur activité pour suivre des soins spécialisés. Nous avons eu à déplorer plus d'une dizaine de procédures individuelles de redressement ou de liquidation judiciaire ; rappelons que dans le cas de liquidation le médecin a une interdiction d'exercice d'activité libérale pour une durée de cinq ans prononcée par la justice. Les organismes sociaux commencent d'ailleurs à utiliser cette voie pour récupérer leurs créances.

Il est donc impératif pour le Conseil de connaître les éventuelles difficultés de nos confrères qui ne doivent

*Dr Olivier Roux,  
président du Conseil  
départemental  
de l'Ordre de l'Isère*

**Une entraide adaptée aux problèmes concrets rencontrés par nos confrères en difficulté**

pas hésiter, et la confidentialité de leur démarche leur est garantie, prendre contact avec le président de la commission ou celui du Conseil départemental ou avec tout membre de celui-ci. Les problèmes sont plus faciles à résoudre précocement.

Le Conseil reste bien entendu ouvert à toute suggestion qui pourrait lui être faite par les médecins du département pour développer telle ou telle action ; nous vous en remercions d'avance.

## Une structure très efficace

# Comment fonctionne la commission d'entraide ?

*Dr Bruno Paliard,  
secrétaire général adjoint du  
Conseil départemental de  
l'Ordre, président de la  
Commission d'entraide*

## L'interlocuteur privilégié du médecin dans une situation critique

« Les médecins se doivent assistance dans l'adversité » : cet article du code de déontologie (56) nous rappelle une haute exigence morale qui s'impose à tout médecin.

Les temps changent, la profession s'est organisée, mais les causes de détresse chez les médecins n'ont pas diminué.

Les maladies, décès, séparations et autres aléas de la vie sont toujours responsables de grands malheurs et parfois de situations désespérées.

De nouveaux maux sont apparus, ils s'appellent dépression, surmenage (burn-out), procès, liquidation judiciaire...

Face à ces situations très diverses, l'ordre des médecins a organisé, dès sa création, la mise en place de commissions d'entraide. Celle de Grenoble a vu le jour en 1956, soit seulement 16 ans après la création de l'ordre.

Elle a toujours fonctionné grâce à l'engagement bénévole de conseillers ordinaires pleinement conscients de l'absolue nécessité de voler au secours des confrères en détresse.

Parmi ceux-ci, citons le Dr Blanc-Jouvan qui avec son équipe a toujours su trouver des solutions pour aider les médecins et leurs familles, en témoignent les innombrables lettres de remerciements reçues par l'entraide durant son mandat.

Très active et efficace, la commission d'entraide a été de plus en plus sollicitée, pour des situations de plus en plus compliquées ces dernières années, raison pour laquelle une réorganisation a été nécessaire.

Elle est désormais composée de conseillers ordinaires en exercice principalement, mais également d'anciens conseillers ordinaires dont la compétence et la disponibilité sont indispensables à son bon fonctionnement.

La commission d'entraide est l'interlocuteur privilégié quand un médecin ou sa famille est dans une situation critique : financière, mais également morale ou autre (addiction, violence, dépression etc.).

Elle n'a pas vocation à se substituer aux médecins ni aux organismes officiels, mais elle peut apporter une aide précieuse pour la résolution d'une crise.

### De l'aide financière au soutien moral

Elle peut tout d'abord décider d'une aide financière urgente, soit sous forme de prêt sans intérêt, soit sous forme de don. Une partie des cotisations ordinaires alimente la caisse qui finance ces aides urgentes. Elle peut également vous aider à monter un dossier auprès de la commission nationale d'entraide, notamment quand il s'agit de sommes importantes.

Mais son action ne s'arrête pas là : soutien moral, orientation vers des structures éloignées pour le traitement de certaines pathologies (alcoolisme...), mise en contact avec une assistante sociale, aide

**Des maux nouveaux sont apparus : surmenage, dépression, procès, liquidation judiciaire...**

dans les démarches administratives (retards de paiements CARMF, trésor public ou URSSAF) sont autant de services proposés par la nouvelle commission d'entraide avec à chaque fois un grand esprit de confraternité et une discrétion exemplaires.

Alors n'hésitez pas, quelle que soit la situation, contactez-nous. Une commission d'entraide qui ne travaille pas est une commission qui s'use !

### Membres de la commission de tutelle et d'entraide

Dr Bruno Paliard : président  
Dr Jean-Marie Dessaint : vice-président  
Dr Agnès Caperan : secrétaire  
Dr Bernard Chataing : trésorier  
Dr Jean-René Causse  
Dr Pierre Chalandre  
Dr Laure Emery  
Dr Alain Faure  
Dr Brigitte Font Le Bret  
Dr Pierre Garagnon  
Dr Yves Gilbert  
Dr Didier Legeais  
Dr Roger Marechal  
Dr Claude Morel  
Dr Elisabeth Opoix  
Dr Jean-Pierre Torres

# Aidez l'AFEM à aider !

Grâce à vos dons, l'AFEM (Aide aux familles et entraide médicale) agit :

- chaque année les bénévoles de l'association prennent en charge près de 200 jeunes gens et jeunes filles en les soutenant psychologiquement et financièrement afin qu'ils puissent mener à bien leur projet professionnel. Nombreux sont les témoignages de reconnaissance de nos étudiants soulignant que sans l'AFEM, ils n'auraient pas trouvé la force de mener à bien leurs études ;
- nous suivons également une centaine de familles ayant des enfants d'âge scolaire en les aidant à supporter les frais de rentrée scolaire ou les dépenses inhérentes aux mois d'été.

**Faites confiance à l'AFEM : uniquement financée par vos dons, l'AFEM gère rigoureusement ses ressources.**

Quand nous recevons 100 euros :

- 90 euros sont redistribués aux jeunes et aux familles,
- 10 euros sont consacrés aux frais de fonctionnement et à la collecte des fonds.

Un commissaire aux comptes certifie la régularité des comptes et la saine gestion de l'association.

Les comptes annuels simplifiés sont à votre disposition.

Présente dans chaque région, l'association peut agir avec :

- efficacité privilégiant le contact humain,
- rapidité et pertinence en simplifiant les démarches et les contrôles grâce à son réseau de délégués, dans votre département.

Tous les bénévoles de l'association vous remercient de votre don.

Grâce à votre fidélité et à votre engagement à nos côtés nous poursuivons avec détermination nos projets qui s'inscrivent dans le temps.

Rappelons que les dons bénéficient d'une déduction fiscale de 66 % dans la limite de 20 % du revenu imposable.

Contact : AFEM, 16 rue de Grenelle, 75007 Paris, tél. : 01 45 51 55 90, e-mail : info@afem.net

Madame, Monsieur .....  
(cachet du praticien ou nom et adresse en lettres majuscules)

soutient l'AFEM en versant :

- en tant que membre adhérent  45 euros
- en tant que membre donateur  90 euros
- en tant que membre bienfaiteur  160 euros

ou à ma convenance : .....euros

Adressez vos dons uniquement à l'AFEM, 168 rue de Grenelle, 75007 Paris

Tél. : 01 45 51 55 90, fax : 01 45 51 54 78, e-mai : info@afem.net

CCP : 8162-82U Paris

Pour l'envoi du reçu fiscal, merci de nous adresser une lettre timbrée à votre adresse. Timbrer, c'est aussi nous aider.

**Avantage fiscal : ce don entraîne une déduction fiscale de 66 % dans la limite de 20 % du revenu imposable.**

**Exemple en appliquant ce taux :**

si vous donnez	déduction d'impôt	coût réel pour vous
40 €	29,70 €	15,30 €
90 €	59,40 €	30,60 €
160 €	105,60 €	54,40 €



# L'indispensable *prévoyance* des *médecins*

*Dr Pascal Jallon,  
secrétaire général adjoint du  
Conseil départemental de  
l'Ordre*

**Il apparaît que souvent les médecins ont une prévoyance insuffisante : mal adaptée et sous-évaluée par rapport aux besoins nécessaires, par rapport aux chiffres d'affaire et par rapport au montant des frais professionnels.**

**O**n se base souvent sur les rétrocessions d'honoraires des remplaçants mais ceux-ci sont parfois difficiles à trouver, surtout dans certaines spécialités, et les rétrocessions ne sont pas à la hauteur de ce que nous pouvions espérer.

Les indemnités CARMF ne se déclenchent qu'au bout de 90 jours d'arrêt et le premier versement n'interviendra qu'à la fin du quatrième mois (à condition, que le médecin malade n'oublie pas de prévenir et d'envoyer le formulaire d'engagement sur l'honneur de non reprise d'activité). Celles-ci sont souvent insuffisantes pour couvrir même les frais professionnels, il se trouve alors qu'un grand nombre de médecins malades se voient confrontés à des situations difficiles par manque de bonne prévoyance.

De plus les assurances et organismes spécialisés sont peu incitatifs envers les médecins pour évaluer de façon satisfaisante le niveau de la prévoyance nécessaire ou les méde-

cins ne les écoutent pas suffisamment ou jugent le montant de cette prévoyance trop élevée...de plus souvent les médecins, en particulier les médecins à « gros chiffres d'affaire », n'imaginent pas la possibilité d'un arrêt d'activité.

Une réévaluation régulière de la situation de prévoyance des médecins est nécessaire et ceci devrait être fait tous les cinq ans

Enfin, si vous avez subi un problème de santé, il importe de ne jamais résilier imprudemment un contrat passé, même si creusé de lacunes et d'exclusions, pour un contrat « meilleur », sans en connaître les modalités d'acceptation.

## Quelles garanties exiger ?

Un certain nombre de garanties doivent être exigées de toutes sociétés d'assurance, or souvent celles-ci font partie des exclusions, ou des limites ou des lacunes dans les contrats (ce qui peut déclencher un refus de paiement) décelable uniquement dans les conditions générales qu'il importe de lire de façon approfondie et complètement avant de signer. L'aide d'un expert dans ces démarches peut se révéler utile.

Quelques exemples de garanties à exiger (et non exhaustifs) :

- L'exercice partiel : les IJ doivent être servis aussi à 50 % en exercice partiel sans limitation à trois ou six mois.

- Maladies dépressives ou psychopathologies : sont souvent mal garanties (aussi bien en IJ qu'en invalidité).

- L'évaluation de la rente invalidité : doit respecter les critères professionnels (et non fonctionnels).

- La rente totale doit être compatible avec une reprise partielle d'activité (en cas d'invalidité à 66 %, le médecin risque de ne toucher que 65 % de la rente s'il exerce ou « s'il peut exercer encore »).

- A 33 % d'invalidité, il faut obtenir que la rente s'élève à 50 %, et à 75 % pour un taux d'invalidité de 50 % (la rente ne doit pas être proportionnelle au taux d'invalidité

## Une réévaluation régulière de la situation de prévoyance devrait être faite tous les cinq ans

mais calculée selon la formule  $n/66$ ).

- La rente doit être servie jusqu'à 65 ans (et non jusqu'à 60 ans) à 100 % (et non à 50 %).

- Capital décès : Vrai capital décès hors loi Madelin afin que le capital reste un capital non fiscalisé, et bien évaluer les besoins du conjoint sachant que ceux-ci ne sont pas dépendant de la cause (X2 ou X3 en cas d'accident = surprime inutile).

- Exonération des cotisations : en période d'indemnités journalières et en rente totale...

- Prévoir les frais de scolarité des enfants, ceux-ci devant être modulés et évalués en fonction de l'avancement des études...

En conclusion, il faut bien évaluer les besoins tant en indemnités journalières qu'en rentes invalidité, ne pas oublier que celles-ci évoluent au cours de sa vie professionnelle et de sa vie privée (une réévaluation tous les 5 ans est souhaitable). L'avis d'un expert n'est pas superflu.

Ne pas oublier que les assurances coûtent chères tant que l'on n'a pas l'utilité...

*Article écrit à partir du compte rendu des assises de la Commission nationale permanente nationales du 28 juin 2008, fait par le Dr Marc Bien-court (président du conseil départemental du Pas-de-Calais).*

**Monsieur, si la connerie n'est pas remboursée par les assurances sociales, vous finirez sur la paille.**  
(Michel Audiard)



# Assouplissement du calcul des cotisations vieillesse en cas de début d'activité

*Dr Jean-Marie Dessaint,  
membre titulaire du conseil  
de l'Ordre,  
délégué CARMF  
et vice-président de la commission  
d'entraide et de solidarité*

Dans le précédent bulletin j'avais fait le point sur les améliorations apportées récemment à la possibilité du cumul emploi retraite et cette fois-ci place aux jeunes : je vais vous parler des améliorations apportées par le décret n° 2008-1064 du 15 octobre 2008 pour les professionnels qui débutent leur activité.

## Régime de cotisation dérogatoire applicable en cas de début d'activité

Les cotisations vieillesse des première et deuxième années d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire ne pouvant excéder respectivement 18 et 27 fois la valeur de la base de calcul des prestations familiales (BMAF) en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre de l'année précédente (code de sécurité sociale, article L642-2).

Jusqu'à cette année il n'était pas possible de faire autrement même si l'activité du médecin avait été très faible et ses revenus insuffisants et même parfois inférieurs au montant de ces cotisations.

Sur sa demande, l'assuré peut être exonéré de cotisations pendant les 12 premiers mois de son activité !

Au titre de cette période les cotisations définitives peuvent faire l'objet d'un étalement ne dépassant pas cinq ans sans majoration de retard (CSS, art. L 642.2).

Attention par contre si le retard dépasse cinq ans les cotisations ne donneront pas droit à des points de retraite.

Si le professionnel libéral débutant son activité estime que son revenu sera inférieur à la base forfaitaire, la première et ou la deuxième année

d'exercice, il peut demander à cotiser, à titre provisionnel, sur une base forfaitaire égale à 200 fois le montant horaire du Smic en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée, soit au 1<sup>er</sup> janvier 2008 : 1 688 €.

Attention l'assiette minimale, qui permet de valider un trimestre

d'assurance est égale à 200 fois le montant du Smic horaire au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée

Elle est proratisée en fonction de la durée d'affiliation quand celle-ci est inférieure à un an.

La demande doit être faite par écrit et présentée dans les 60 jours suivant l'appel de cotisation.

Toutefois pour l'année 2008 le délai de 60 jours court à compter de la publication du décret, soit à compter du 18 octobre 2008.

Il faut donc impérativement formuler sa demande avant le 17 décembre 2008, ce qui fait que l'exonération totale des cotisations la première année n'est pas « un cadeau » puisqu'elle ne donnera droit à aucun point de retraite.

Attention aussi il est bien précisé que ne sont assimilés à un début d'exercice :

- ni la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle,
- ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année en cours de la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.

Cette dérogation est applicable pour la première fois aux cotisations dues au titre de l'année 2008.

Il est important aussi de noter que ceci ne porte que sur les cotisations de retraite.

## Conseillées : les assurances privées !

Les cotisations de prévoyance qui permettent de bénéficier des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie doivent être réglées, et il est très fortement conseillé de s'assurer en complément auprès d'une compagnie privée du type MACSF, GMF ou

autre pour les 90 premiers jours la CARMF ne versant des indemnités qu'à partir du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt.

Ces compagnies privées, elles, en général vous indemnisent à partir du 15<sup>e</sup> jour en maladie et 1<sup>er</sup> jour en accident.

Même si cela peut paraître difficile en début d'exercice, il faut vraiment s'assurer volontairement car le moindre arrêt de travail peut avoir des conséquences dramatiques quand on a des crédits à rembourser pour financer son installation et pas de trésorerie d'avance du fait de la faible activité.

Une opportunité intéressante est offerte par l'URSSAF : c'est la possibilité pour les médecins libéraux de s'assurer pour les accidents du travail pour une cotisation modique (de l'ordre de 100 € par trimestre), déductible des revenus et qui permet de bénéficier des mêmes protections que les salariés en cas d'accident pendant l'exercice de la profession (à l'exception des indemnités journalières malheureusement). Ceci fera l'objet d'un article complet dans le prochain bulletin.

En cas de difficulté financière majeure au sujet de ces cotisations de retraite n'hésitez pas à contacter la commission d'entraide du conseil de l'ordre, dont son tout nouveau président le docteur Bruno Palliard vous expose les activités dans ce même bulletin et le programme très ambitieux suite au renouvellement de son équipe.

## Sources

- site internet de la CARMF ([www.carmf.fr](http://www.carmf.fr)),
- « pincée de SEL », bulletin de l'association ANSEL ([www.unite-liberale.com](http://www.unite-liberale.com)),
- Trait d'union, bulletin de l'Urmf Rhône-Alpes ([www.urmlra.org](http://www.urmlra.org)),
- Site du conseil national de l'ordre des médecins : [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)



## Attention aux *retards* de paiement des cotisations !

**De nombreux confrères se retrouvent dans des situations très difficiles, pour ce qui leur paraissait au départ peu important : un retard de paiement ou de déclaration.**

Il est capital d'éviter tout retard dans le règlement des cotisations. Ne remettez rien à demain. En effet, un an de retard ne se rattrape pas et est le début d'un cycle infernal. En effet, payer ce retard l'année suivante, c'est une cotisation double pendant 12 mois. Étendue sur deux ans, c'est

une cotisation majorée de 50 % pendant 24 mois. Ces retards sont impossibles à rattraper alors que l'on n'a même pas pu payer une année normale. S'il y a en plus maladie ou accident dans ces périodes, il n'y a pas de prise en charge et des années de galère en perspective.

Faites donc tout pour éviter le moindre retard, et la meilleure solution est la mensualisation. Près de 65 % des confrères le font et leurs difficultés de paiement ne représentent que 0,85 % des dossiers, pour près de 14,7 % dans la catégorie non mensualisée ! Résultat sans commentaire.

Rappelons que les cotisations sont

de par la loi exigibles au 1<sup>er</sup> janvier, non au 31 décembre. Pour les non mensualisés, il y a des appels fin janvier et fin juin, à régler sous 30 jours. En cas de baisse d'activité, vous pouvez demander au service recouvrement un étalement, mais attention : tout report s'ajoute aux cotisations à venir. La commission de recours amiable, sur votre demande, est souvent généreuse sur les majorations de retard, mais n'a aucun pouvoir sur le principal.

Pour contacter le service comptabilité : tél. 01 40 68 32 00 poste 4504, fax : 01 53 81 89 24, e-mail : [comptabilite@carmf.fr](mailto:comptabilite@carmf.fr) ou courrier postal

## Arrêt de travail pour raison de santé

Vous devez déclarer votre cessation d'activité avant le deuxième mois suivant l'arrêt (15 jours si rechute). Là encore, tout retard dans la déclaration pose des problèmes légaux auxquels on ne peut déroger, qui vous font perdre des droits.

Ne soyez pas négligent, ne remettez pas à demain, et même si votre arrêt est espéré inférieur à 90 jours, faites-le, nul ne peut vous garantir une absence de complications. Si vous

attendez 90 jours ou plus pour votre déclaration, vous perdrez des mois d'indemnités.

Soyez également prévoyant. La CARMF n'est pas une caisse d'assurance maladie versant des indemnités journalières, mais en cas d'incapacité d'exercice, face à l'absence de couverture correcte, le régime invalidité-décès assure en cas d'arrêt une indemnité journalière de 87,90 € à partir du 91<sup>e</sup> jour, délai imposé par

les pouvoirs publics (et ne pouvant excéder trois ans).

Nous vous conseillons donc pour compléter ces indemnités et pour avoir une couverture avant le 91<sup>e</sup> jour, de souscrire une garantie complémentaire auprès des mutuelles ou compagnies d'assurance (contrat de prévoyance loi Madelin fiscalement déductible).



## Grenoble lutte contre l'obésité

**Le Programme national nutrition-santé (PNNS) préconise une intervention précoce, coordonnée et multipartenariale pour prévenir les effets néfastes de l'obésité tout au long de la vie et faciliter sa prise en charge.**

C'est pourquoi le Service de santé scolaire de la Ville de Grenoble et l'Association de gestion des centres de santé (AGECSA) participent actuellement à l'expérimentation « Gripop » (programme Grenoble Recherche Interpartenariale sur la Prévention de l'Obésité Pédiatrique), financée par la DIIEDES<sup>1</sup>.

Ce programme est mené jusqu'à 2010 dans les quartiers en « zones urbaines sensibles » de la ville de Grenoble pour les enfants de petite, grande sections des maternelles et CE2. Il a pour objectif de réduire l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants reconnus en obésité.

En pratique, la santé scolaire dépiste les problèmes de poids lors de la visite médicale faite à l'école. Elle oriente les enfants obèses et leur famille vers leur médecin traitant. Elle reprend contact avec les familles n'ayant pas fait de démarche pour la prise en charge de leur enfant.

Le médecin de famille propose au patient la prise en charge qu'il juge pertinente. Il retourne par enveloppe T au médecin scolaire référent de l'enfant le coupon réponse (IMC, modali-

tés de prise en charge).

L'évaluation de ce programme est menée sur un plan statistique et sociologique par le Pôle de recherche en santé publique du CHU et l'ODENORE (Observatoire de non-recours aux soins), dans le respect des règles CNIL. Elle permettra la mise en place des actions correctives du programme et l'appréciation de l'opportunité d'une généralisation au travers de la médecine ambulatoire. Pour toute information complémentaire sur le programme ou pour l'obtention du rapport d'évaluation du programme, vous pouvez contacter le docteur Claire Rougé du Service municipal de santé scolaire au 04 76 03 43 23.

<sup>1</sup> Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale.



# Conservation des dossiers : pourquoi, comment ?

## **L**a conservation des dossiers médicaux répond à un triple intérêt :

- la continuité des soins aux patients ;
- un moyen de preuve en cas d'action de recherche en responsabilité civile ;
- depuis la loi du 4 mars 2002, la réponse à une demande de communication du dossier formulée par le patient ou ses ayants droit.

Sur le premier point : Il n'y a rien de changé par rapport aux habitudes existantes et le médecin, fût-il spécialiste, qui envisage de cesser son activité sans successeur doit en informer rapidement les patients et leur demander de lui désigner le médecin auquel ils entendent désormais s'adresser pour leur suivi et lui transmettre le dossier.

Les dossiers non réclamés peuvent, s'il l'accepte, être remis par le médecin à un confrère de même discipline, par exemple à la clinique où le médecin opérait, en complément du dossier d'hospitalisation ou conservé par lui-même. Il est impératif d'informer le Conseil départemental des modalités retenues pour la conservation des dossiers afin de pouvoir orienter le cas échéant les demandes d'accès des patients.

## **Durée : 30 ans ou 10 ans ?**

Sur les deux autres points : recherche de la responsabilité des médecins et communication des dossiers médicaux, la situation est plus complexe. En l'absence de prescription juridique déterminant la durée de conservation des archives des médecins libéraux, il a été d'usage de conseiller un archivage de 30 ans, durée essentiellement alignée sur le délai de prescription en matière civile. L'article L.1142-28 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 a ramené ce délai à 10 ans à compter de la consolidation du dommage.

On peut dès lors s'interroger sur l'étendue exacte des effets de l'abaissement de la durée de prescription en matière de responsabilité sur la durée de conservation des archives sachant d'une part qu'on ne peut exclure la révélation ou la survenue tardive d'un dommage résultant d'un acte ancien et d'autre part que la loi du 4 mars 2002 a parallèlement ouvert, sans

limitation dans le temps un droit d'accès du patient et sous certaines conditions, de ses ayants droit aux informations de santé le concernant.

A cet égard, plusieurs observations doivent être faites :

1. La réduction de la prescription de

30 ans à 10 ans ne s'applique pour les médecins libéraux qu'aux actes ou préjudices causés à compter de la publication de la loi au Journal officiel, c'est-à-dire du 5 mars 2002.

Dans ces conditions, la possibilité pour un praticien libéral de voir sa responsabilité civile recherchée dans un délai de trente ans n'est nullement éteinte aujourd'hui... et il est dès lors encore utile de conserver les dossiers médicaux pendant un délai de trente ans, voire de quarante-huit ans. Cela d'autant plus que, si en théorie le délai pendant lequel la responsabilité civile des praticiens peut être recherchée a été réduit, le législateur a fixé comme point de départ de ce nouveau délai de dix ans la consolidation de la victime et non pas la première constatation médicale du dommage. Le point de départ ainsi fixé est de nature à permettre en pratique des actions en responsabilité bien au-delà du délai de dix ans, lorsque la consolidation du dommage n'est pas acquise.

2. L'étude des seuls textes relatifs à la conservation des archives médicales et qui concernent les archives hospitalières montre que la durée de conservation n'est pas déterminée en fonction de la durée de prescription en matière de responsabilité médicale, mais principalement en fonction des types d'affections rencontrées, de même que du constat statistique du pourcentage de consultations des dossiers au-delà d'un certain nombre d'années quel qu'en soit le cadre.

Dans ces conditions, et bien que l'absence de norme juridique leur permette en théorie d'abaisser plus substantiellement encore la durée de conservation de leurs dossiers médicaux, les méde-

## **La conservation des dossiers répond surtout à la continuité des soins aux patients**

cins libéraux auraient sans doute intérêt à s'aligner sur le délai minimal de vingt ans appliqué par les établissements de santé précités de façon à préserver la justification essentiellement médicale de cette durée, à conserver les preuves nécessaires à toute défense utile du médecin comme du

patient, enfin, à garantir le droit d'accès des patients aux informations de santé les concernant très largement ouvert par la loi précitée du 4 mars 2002.

Un tel délai ne saurait qu'avoir valeur indicative en l'absence pour les médecins libéraux de prescription juridique autre que l'usage, sachant, au surplus, qu'il n'existe aucune sanction juridictionnelle automatique de la destruction d'un dossier médical avant un certain délai. Il appartient au juge, civil en l'espèce, d'apprécier souverainement la légitimité de l'empêchement invoqué à produire une pièce détruite (peut-être trop tôt au regard de l'usage), dont la communication est demandée par une partie ou par le juge lui-même. Sauf à ce qu'une telle destruction manifeste une volonté délibérée de faire disparaître une preuve et de faire obstacle au déroulement de la justice, laquelle serait alors passible de peines pénales infligées par le juge pénal, le juge civil appréciera, en fonction des circonstances, la responsabilité du médecin mis en cause avec les pièces dont il dispose.

Vingt ans constituent une durée de conservation des archives minimale en raison de leur adéquation éprouvée avec les réalités médicales et scientifiques et de la garantie du droit d'accès des patients à leur dossier qu'ils offrent, cette durée pouvant bien évidemment être allongée par les médecins spécialisés dans le traitement ou la prévention de pathologies requérant une plus longue période d'observation, pour éliminer tout risque connu de révélation du dommage.

C'est d'ailleurs le délai que le projet de décret sur les hébergeurs de données retient.

# Certificats de décès :

## obligations légales et déontologiques

*Dr Hervé Aubert,  
Secrétaire général du Conseil  
départemental de l'Ordre des  
médecins de l'Isère.*

### Un acte lourd pour le médecin qui engage sa responsabilité.

**L**a rédaction d'un certificat de décès engage pleinement la responsabilité du médecin.

Un certificat de décès comprend deux parties :

**1. un certificat administratif proprement dit** qui est conservé par la mairie et qui est rédigé par le médecin traitant, le médecin de garde ou le médecin d'état civil qui constate le décès. Ce certificat doit mentionner la disparition des signes auscultatoires et du réflexe cornéen et, après interrogatoire de la famille et des proches qui attestent l'identité du sujet, le lieu, la date et l'heure du décès sur des critères assez simples, à savoir la rigidité, la lividité cadavérique et le refroidissement. L'examen du défunt permet de préciser que la mort est réelle et constante, qu'elle n'est pas suspecte et qu'il n'existe aucun signe ou indice de mort violente pouvant constituer un obstacle médico-légal à l'inhumation. Ces informations sont destinées uniquement à l'officier d'état civil de mairie et ne peuvent, en aucun cas, être remises ni à la police, ni à la gendarmerie sous quelque prétexte que ce soit.

Lorsqu'est pressentie, au vu d'éléments particuliers, une suspicion de mort violente, accident, suicide ou crime, ceux-ci justifient le signalement d'un obstacle médico-légal à l'inhumation. C'est à l'officier d'état civil de transmettre cette information au procureur de la République qui est

seul habilité à prendre les mesures judiciaires qui s'imposent.

En cas de décès durant la période néonatale avant le vingt-huitième jour de vie il existe un certificat spécifique obligatoire avec des mentions relatives aux causes néonatales et maternelles du décès ainsi qu'aux caractéristiques de l'enfant, des parents et de l'accouchement.

Lorsque l'enfant est décédé avant que sa naissance ait été déclarée à l'état civil, il s'agit de certificat d'enfant sans vie. Le certificat médical indique que l'enfant est né vivant et viable et précise les jours et heures de sa naissance et de son décès.

Enfin le médecin doit répondre également à d'autres questions concernant :

- Le don du corps (déclaration écrite et signée indispensable).

- L'obligation de mise immédiate en cercueil qui peut être :

- ▷ soit en cercueil hermétique en cas de maladie contagieuse (variole et autres arthroviroses, choléra, charbon, fièvres hémorragiques virales)

- ▷ soit en cercueil simple en cas de rage, peste, hépatite virale (sauf hépatite A et sida).

- La crémation : autorisation écrite mais impossibilité en cas d'obstacle à l'inhumation.

- Les soins de conservation.

- Transport du corps avant mise en bière.

- Si le défunt est porteur d'un pacemaker avec une pile au lithium par exemple celle-ci doit être enlevée avant toute crémation de même s'il est porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments artificiels, celle-ci doit être enlevée avant la mise en bière.

**2. Deuxième partie médicale, à cacheter, strictement confidentielle.**

Elle est destinée au médecin Inspecteur de la DDASS en précisant les causes du décès et la cause initiale doit comporter signature et cachet du médecin. Ces renseignements sont destinés à l'INSERM à des fins statistiques concernant les causes de décès et comprennent seulement la date de décès, de naissance, le

sexe, le code postal des communes du décès et du domicile et la cause du décès. Si celle-ci est aisée à mentionner lorsque le défunt est connu du médecin elle devient plus délicate lorsque la famille est absente, ou injoignable, et s'il s'agit d'un médecin de garde. Il faut alors interroger les proches, les voisins ou les témoins en tenant compte d'ordonnances médicales au domicile du défunt.

Certaines circonstances doivent alerter l'attention du médecin : absence de témoin, cause en apparence violente, accident, suicide, mort subite ou suspecte, lésions traumatiques leur siège, intoxication aiguë... justifiant la mention sur le certificat qu'il existe un obstacle médico-légal à l'inhumation.

Enfin, en ce qui concerne les honoraires, l'établissement d'un certificat médical consécutif à tout acte médical justifie le versement d'honoraires. La tradition veut que lorsqu'il s'agit d'un patient que l'on suit depuis de nombreuses années le médecin ne se fasse pas honorer.

Par contre, lorsqu'il s'agit du décès d'un sujet inconnu du médecin rédacteur du certificat, il est normal que la rédaction de ce certificat donne lieu au versement d'honoraires.



# Ateliers et conférence sur l'éthique

Fondée par le professeur Robert Gautier, chirurgien des hôpitaux, l'association SEL Grenoble, groupe de réflexions sur les problèmes éthiques liés à la santé, met en place pour l'année 2008-2009 des ateliers d'éthique appliquée à la pratique médicale.

Leur but est de réfléchir à l'éthique à partir de situations vécues ; de mettre en lumière les règles, les principes et les valeurs mis en question, parfois même en opposition ; de confronter ces situations à l'expérience des participants ; d'en repérer les enjeux éthiques.

Ces ateliers sont ouverts en priorité aux médecins du secteur libéral et du secteur public, ainsi qu'aux soignants

du secteur hospitalier ou privé. Ils sont également ouverts à toute personne intéressée aux questions éthiques dans le domaine de la santé.

Les prochaines rencontres auront lieu :

• **mercredi 28 janvier 2009** sur le thème : « **La confidentialité et les questions que pose le secret médical partagé** » avec le docteur Jean-Marc Gueulle, médecin généraliste, conseiller ordinal, et le docteur Didier Barnoud, praticien hospitalier ;

• **jeudi 23 avril 2009** sur le thème : « **Les problèmes éthiques posés par l'utilisation des tissus fœtaux** », avec le docteur Cesbron du CHU de Grenoble.

Ces réunions ont lieu à 20h30 au CHU de Grenoble, pavillon Elisée Chatin,

dans la salle de cours située au sous-sol du pavillon.

Par ailleurs, la conférence annuelle Robert Gautier, grand public, organisée en collaboration avec l'IUAD, aura lieu le **jeudi 5 mars 2009** à 16h30 à l'amphithéâtre Wesford (21 Av. Félix Viallet, Grenoble) et abordera la question « **Traitements et examens médicaux sont-ils justifiés quel qu'en soit le coût ?** ». La conférence sera donnée par Dominique Charlety, pharmacienne hospitalière au CHU de Grenoble et Nicolas Aumonier, philosophe, après introduction du docteur René Schaerer, président du SEL Grenoble.

Renseignements : Dr R. Schaerer, tél : 04 76 88 01 45. e-mail : reneschaerer@wanadoo.fr

## BONNES PRATIQUES



# Bien formuler une prescription

Dr Pascal Jallon

## Le médecin doit délivrer une prescription claire et précise, pour une bonne observance du traitement.

UTIP Formation pharmaceutique continue nous demande, surtout depuis l'avènement des génériques, de rappeler l'article 34 (article R.4127-34 du code de la santé publique) : « **Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.** »

A la fin de la consultation ou de la visite, le médecin va, dans le cas le plus fréquent, formuler ses prescriptions (conseils, explorations, traitement) par une ordonnance qui engage sa responsabilité. Aussi sa délivrance doit-elle être accompagnée par des explications claires et précises, nécessaires au patient et à son entourage, pour une bonne observance du traitement

L'ordonnance doit indiquer lisiblement le nom, la qualité et le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, la dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie et son mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une

préparation, la formule détaillée ; soit la durée du traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription.

Elle doit être datée du jour de sa rédaction et écrite de façon lisible afin d'éviter toute méprise sur le nom du médicament, sur les doses, sur le mode d'administration, sur la durée du traitement.

Si la prise de médicaments ne doit pas être interrompue brusquement ou sans avis médical, cela doit être bien précisé au patient et à son entourage et inscrit sur l'ordonnance.

Par ailleurs, le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié afin d'éviter les ajouts et les fraudes. Cette règle s'applique également aux commandes à usage professionnel.

Le médecin doit s'enquérir auprès du malade du traitement qu'il peut suivre par ailleurs, afin d'éviter toute incompatibilité médicamenteuse. Il doit attirer l'attention du patient sur les risques d'autoprescription (par exemple : la prise d'aspirine par un sujet soumis à un traitement anticoagulant) et l'inciter à lire la notice explicative se trouvant dans chaque boîte de médica-

ments.

Il doit également s'assurer auprès de son malade et de son entourage que ses prescriptions ont été bien comprises. Il s'agit du respect du devoir d'information du patient figurant déjà dans d'autres dispositions du code de déontologie médicale mais qui a été renforcé par des arrêts rendus par la cour de cassation les 17 février, 27 mai et 7 octobre 1998

Certes la liberté du patient reste entière et le médecin ne peut l'obliger à suivre le traitement qu'il a prescrit ou les examens complémentaires qu'il a conseillés mais il doit lui en montrer le bien-fondé pour le motiver à respecter une prescription faite dans son intérêt.

Il convient enfin de rappeler que le médecin peut exclure la possibilité de la substitution de sa prescription par une spécialité générique. L'article R.143-11 du code de la santé publique dispose que le praticien doit porter d'une manière manuscrite sur l'ordonnance avant la dénomination de la spécialité prescrite : non substituable (décret n° 99-486 du 11 juin 1999 relatif aux spécialités génériques ou au droit de substitution du pharmacien).

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé publie un répertoire des groupes génériques au Journal officiel.



# L'entretien *prénatal* précoce : pour plus d'humanité

*Docteurs Agnès Bourdariat, gynécologie médicale, Laure Emery, gynécologie obstétrique libérales, Véronique Equy, praticien hospitalier au département gynécologie obstétrique du CHU de Grenoble*

**Réduire les taux de mortalité périnatale et maternelle et développer une offre plus humaine et plus proche de soins : tels sont les objectifs de cet entretien du quatrième mois de grossesse.**

L'entretien prénatal précoce s'inscrit parmi les mesures qui visent à assurer « plus d'humanité » dans le déroulement de la grossesse (plan périnatalité 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité [1]) pour atteindre en 2008 des objectifs fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

- réduire les taux de mortalité périnatale et maternelle,
- améliorer la qualité et la sécurité des soins, notamment en développant une offre plus humaine et plus proche.

La Haute autorité de santé (HAS) fixe quatre objectifs à cet entretien :

- accéder au ressenti des femmes et des couples,
- consolider leur confiance en eux,
- favoriser une meilleure coordination des professionnels de la naissance,
- consolider la confiance des usagers dans le système de santé.

Cet entretien prénatal précoce (individuel ou en couple) doit être, selon les recommandations de l'HAS [2], systé-

matiquement proposé à chaque femme enceinte lors de la consultation de début de grossesse, elle n'est pas dans l'obligation de l'accepter. Elle pourra l'effectuer au moment où elle le souhaite, mais si possible pas trop près du terme. Cet entretien peut être effectué par un médecin ou une sage-femme, hospitalier, libéral, ou de PMI, qui a suivi une formation spécifique (la liste est disponible sur le site du réseau [3]). Il peut se pratiquer dans la maternité choisie pour l'accouchement, ou dans une autre, ou en libéral ou en PMI, soit dans le cadre de la préparation à l'accouchement, soit complètement dissocié de celle-ci.

## Un échange « bienveillant » et individualisé

Il ne s'agit ni d'une consultation médicale supplémentaire, ni d'un entretien psychologique, il s'agit d'un temps suffisamment long (de l'ordre de trois quarts d'heure) de rencontre, d'échange « bienveillant » et d'information individualisée.

Sa cotation est C X 2.5 pour les médecins et SF 15 pour les sages-femmes.

Cet entretien prénatal précoce a pour objectif de permettre aux futurs parents de mieux exprimer leurs attentes, leur projet de naissance et leurs craintes éventuelles afin de les aider à préparer les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant.

Il peut être l'occasion de repérer avec la femme ou le couple d'éventuelles vulnérabilités, ou des potentialités à faire valoir.

Certaines informations ou besoins spécifiques pourront être transmis par la femme enceinte aux professionnels qui suivent sa grossesse et/ou vont s'occuper de son accouchement. Pour ce faire une fiche de liaison dupliquée est rédigée par le professionnel et la femme enceinte à l'issue de cet entretien. L'original est remis à la patiente qui peut le communiquer aux autres professionnels si elle le juge utile. Le double est conservé par celui qui a fait l'entretien.

En 2007 un groupe de travail dans le cadre du réseau périnatal Alpes-Isère (RPAI) a élaboré le contenu de la formation à cet entretien, et a mis au point un support au déroulement de cet entretien et aux thèmes qui peuvent y être abordés.

Ces formations sont régulièrement organisées dans le cadre du RPAI [3], mais aussi dans le cadre de FMC autres, avec la participation de membres du réseau.

[1] *Plan périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité, 2004.*

[2] *Haute autorité de santé, préparation à la naissance et à la parentalité [recommandations pour la pratique clinique], Saint-Denis-la-Plaine : HAS, 2005.*

[3] [www.rpai-perinat.org](http://www.rpai-perinat.org)



## FOCUS

### A propos du statut de spécialiste en médecine générale

**476**

C'est le nombre de médecins généralistes en Isère qui ont obtenu la qualification de spécialiste en médecine générale par le biais de la commission de qualification départementale de première instance en médecine générale, depuis la parution de l'arrêté portant sur la qualification de spécialiste en médecine générale paru au Journal officiel le 18 avril 2007.

**1<sup>er</sup> octobre 2010**

C'est la date butoir à laquelle vous pouvez déposer votre demande de qualification auprès du secrétariat du Conseil départemental de l'Ordre des médecins où vous êtes inscrit. Un dossier à compléter vous sera alors adressé, accompagné de la liste des éléments d'appréciation d'un exercice réel de la médecine générale. La commission de qualification peut valider les demandes des médecins remplaçants.



# Fonction publique : du nouveau pour les congés maladie

**Attention : un nouveau décret concernant les congés maladie pour les patients de la fonction publique est paru au Journal officiel du 18 novembre 2008 et est applicable depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008.**

*Dr Brigitte Font Le Bret,  
psychiatre agréée,  
membre du Comité  
médical de l'Isère*

Le comité médical départemental est compétent pour donner son avis sur l'octroi d'un congé maladie pour les fonctionnaires (représentant 25 % des personnes travaillant). Le nouveau décret permet au Comité médical départemental d'être compétent sans passer par le Comité médical national pour l'article 3 à savoir :

Art. 3 – Un congé de longue maladie peut être attribué à titre exceptionnel, pour une maladie non énumérée aux articles 1<sup>er</sup> et 2 du présent arrêté, après proposition du comité médical compétent à l'égard de l'agent. Dans ce cas il doit être constaté que la maladie met l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rend nécessaire un traitement et des soins prolongés et qu'elle présente un caractère invalidant de gravité confirmée.

Ceci est très important puisque les délais seront raccourcis (jusqu'à présent pour un passage au Comité médical national, il fallait compter 6 mois), il sera plus facile pour les

médecins traitants de venir parler de leur patient rentrant dans le cadre de cet article lors de la réunion mensuelle du Comité médical départemental. N'hésitez donc pas à joindre les membres du Comité médical pour ce type de pathologie pour échanger avec eux (le comité médical départemental est composé de trois médecins spécialistes en médecine générale, d'un oncologue, de trois psychiatres et d'un médecin vacataire de la DASS).

Pour mémoire, les deux premiers articles de l'arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congé de longue maladie qui reste toujours en vigueur.

Art 1<sup>er</sup> – Un fonctionnaire est mis en congé de longue maladie lorsqu'il est dûment constaté qu'il est dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions au cours d'une des affections suivantes lorsqu'elle est devenue invalidante :

- 1 - Hémopathie grave,
- 2 - Insuffisance respiratoire chronique grave.
- 3 - Hypertension artérielle avec retentissement viscéral sévère.
- 4 - Lèpre mutilante ou paralytique.
- 5- Maladie Cardiaque et Vasculaire :
  - ▷ angine de poitrine invalidante,
  - ▷ infarctus myocardique,
  - ▷ suites immédiates de la chirurgie cardio-vasculaire,
  - ▷ complication invalidante des artériopathies chroniques,
  - ▷ troubles du rythme et de la conduction invalidants,
  - ▷ cœur pulmonaire postembolique,
  - ▷ insuffisance cardiaque sévère (cardiomyopathies notamment),
- 6 - Maladie du système nerveux :
  - ▷ accident vasculaires cérébraux,
  - ▷ processus expansif intracrâniens ou intrarachidiens non malins,
  - ▷ syndromes extrapyramidaux : maladie de Parkinson et autres syndromes extrapyramidaux,
  - ▷ syndromes cérébelleux chroniques,
  - ▷ sclérose en plaques,
  - ▷ myélopathies,
  - ▷ encéphalopathies subaiguës ou chroniques,

▷ neuropathies périphériques : poly-névrites, multinévrites, polyradiculonévrites,

▷ amyotrophies spinales progressives,

▷ myasthénie.

7 - Affections évolutives de l'appareil oculaire avec menace de cécité.

8 - Néphropathies avec insuffisance rénale relevant de l'hémodialyse ou de la transplantation.

9 - Rhumatismes chroniques invalidants, inflammatoires ou dégénératifs.

10 - Maladies invalidantes de l'appareil digestif :

▷ maladie de Crohn,

▷ recto-colite hémorragique,

▷ pancréatites chroniques,

▷ hépatites chroniques cirrhotiques,

11 - Collagénoses diffuses, polymyosites,

12 - Endocrinopathies invalidantes.

Art. 2 – Les affections suivantes peuvent donner droit à un congé de longue maladie dans les conditions prévues aux articles 29 et 30 du décret susvisé, suivies, après une année, d'un congé de longue durée, pour la même affection :

▷ tuberculose,

▷ maladies mentales,

▷ affections cancéreuses,

▷ poliomyélite antérieure aiguë,

▷ déficit Immunitaire grave et acquis.

# Violences faites aux femmes

*Dr Olivier Roux,  
président du Conseil  
départemental  
de l'Ordre de l'Isère*

*Communication à la réunion  
de sensibilisation des  
médecins aux violences  
faites aux femmes.  
27 novembre 2008,  
préfecture de l'Isère.*

**Les violences faites  
aux femmes  
représentent  
un véritable  
phénomène  
de santé publique.**

Les chiffres publiés en 2007 par l'Office national de la délinquance sont éloquentes :

- 192 décès en 2007 (166 femmes et 26 hommes) du fait de violences conjugales (14,3 % d'augmentation par rapport à 2006) ;
- 74 morts dites collatérales dont 66 suicides ;
- 3 498 appels sur 482 087 (1,8 % des appels) à la préfecture de police de Paris concernaient des femmes battues, 2 392 des bagarres familiales, 7 813 de différends familiaux.

Les médecins, surtout les médecins généralistes et les urgentistes, sont concernés par ce phénomène de société à plusieurs titres :

- en étant sollicités pour des soins,
  - en étant sollicités pour des constatations,
  - en étant le témoin de violences,
  - en étant le confident de violences conjugales (dans 24 % le médecin est le premier informé de ces violences).
- Le médecin a une obligation d'assistance à la fois médicale pour des

soins mais aussi psychologique et administrative (Article 50 du Code de Déontologie). Cette assistance administrative et juridique est strictement encadrée et doit suivre des procédures légales et réglementaires.

Le médecin reste cependant légitimement inquiet de risquer de révéler des faits couverts par le secret médical, de ne pas faire de dénonciation calomnieuse, de ne pas s'immiscer dans les affaires de famille.

Il est également a contrario tout à fait conscient du risque de poursuite pour non-assistance à personne en danger s'il reste passif et inerte.

## Médecin et violence conjugale

Le médecin a un rôle stratégique en matière de prévention de violence conjugale.

### Les circonstances de découverte ou de suspicion

Elles sont variables :

- il constate des stigmates de coups lors d'une consultation,
- il est sollicité pour un certificat de constatation de coups et blessures,
- il est appelé à donner des soins suites à des violences,
- il perçoit à travers un état dépressif un terrain sous-jacent de violences.

Il ne doit pas rester passif malgré les complications, les difficultés qui vont se poser et les craintes qu'il peut avoir de révéler des faits couverts par le secret médical, d'intrusion dans la vie privée du couple, un sentiment de frustration par crainte de ne pouvoir démêler les problèmes posés. L'attitude ambivalente de certaines victimes tentant d'excuser leur conjoint, refusant de le quitter, croyant les promesses de vie meilleure dans l'avenir qui leur sont faites, refusant de le dénoncer aux autorités, idéalissant encore l'agresseur sous forme « du prince charmant » qu'il a pu être antérieurement est souvent un élément bloquant pour le médecin. Il doit aussi parfois savoir déculpabiliser la victime, persuadée que si l'on en est arrivé à une telle situation,

**Dans près d'un  
quart des cas,  
le médecin est le  
premier informé**

c'est parce qu'elle a une grosse part de responsabilité dans le conflit.

La pression du conjoint, surtout si le médecin traitant est celui du couple est également un élément qui peut retenir le médecin. Il en est de même de la crainte des conséquences judiciaires d'un signalement.

Malgré toutes ces difficultés qui sont réelles, le médecin doit savoir assumer ses responsabilités.

Le médecin doit donc savoir dépister ces violences en interrogeant sa patiente avec tact, délicatesse, en la déculpabilisant et en lui montrant l'intérêt pour elle de se confier. Si on ne leur en parle pas directement, les femmes victimes risquent de ne pas révéler qu'elles ont été maltraitées par crainte de représailles, par honte de la situation, du fait de leur sentiment de culpabilité, parfois par peur de non-respect de la confidentialité par le médecin oubliant le devoir de celui-ci.

Ce dépistage a un rôle de prévention vis-à-vis de la victime mais également de la maltraitance des enfants qui est associée dans 30 à 40 % des cas aux violences conjugales. Celles sont observées dans 60 % des foyers où les conjoints sont en inactivité professionnelle. Le dépistage permet l'intervention des services compétents, police, justice, travailleurs sociaux, évitant la survenue de blessures plus graves voire mortelles. De même, cette reconnaissance des violences permet de reconnaître un contexte évitant la prescription de sédatifs ou



# S : les réponses à apporter

d'antidépresseurs qui prescrits à l'aveugle sur les symptômes et non la cause peut être un élément aggravant de la situation (risque de suicide, escalade des violences).

Ce dépistage des violences peut être :

- évident en situation de crise aiguë, en particulier d'alcoolisation aiguë de l'agresseur ;
- tout aussi évident devant une victime venant faire constater ses blessures ;
- mais plus difficile en cas de supposition, vu le contexte avec un déni de la victime. Comme nous l'avons écrit, le médecin doit chercher à déculpabiliser la victime et à la mettre en confiance. L'approche du médecin peut être directe en orientant l'interrogatoire pour demander à la victime si elle a peur de son partenaire, si elle a déjà subi des relations sexuelles contre son gré, de l'existence de harcèlement moral ou de violences physiques au vu de l'état constaté ; elle peut être indirecte avec des questions détournées sur les relations dans le couple, sur la façon dont se règlent les conflits, sur les conséquences des colères de l'un ou de l'autre, sur les conséquences d'un état d'ivresse du partenaire... L'approche directe ou indirecte sera fonction de la volonté exprimée par la patiente, sachant lui exposer les conséquences d'un déni de violence, du degré et de l'ancienneté des relations entre le médecin et la victime, de son degré de réceptivité, de la solidité des éléments objectifs (blessures physiques suspectes *versus* manifestations psychologiques). Juridiquement l'approche indirecte est préférable écartant un témoignage influencé.

## Conduite à tenir

Le médecin doit tout d'abord faire prendre conscience à la victime qu'il ne s'agit pas de faits banals ou normaux et qu'il convient d'analyser la situation avec lucidité, sans complaisance et savoir en tirer les conséquences.

En cas de situation aiguë, le médecin doit savoir faire appel aux autorités de police ou de gendarmerie pour faire cesser les violences et soustraire la victime au risque aigu.

## Le médecin a le devoir d'intervenir. L'absence d'intervention est répréhensible.

Il doit ensuite trouver la solution avec sa patiente la solution la mieux adaptée entre :

- Dans des situations « chroniques » le signalement dont les modalités sont régies par le code pénal et qui nécessite l'accord de la victime,
- Le certificat de coup et blessure, charge à la victime de déclencher elle-même une procédure. La victime en matière de violence conjugale dispose d'un délai de 3 ans pour entamer des poursuites judiciaires ; ceci veut dire que le certificat, dont les modalités de rédaction seront précisées infra, doit toujours être rédigé, venant à l'appui d'une procédure ultérieure de la démonstration de l'ancienneté des sévices. Si le praticien ne s'estime pas compétent il peut adresser, après les soins d'urgence, la patiente à une structure hospitalière spécialisée. En cas de viol les procédures et les examens complémentaires étant codifiées, le médecin doit avertir les autorités de police ou de gendarmerie qui prendront en charge la victime et l'accompagneront auprès des médecins légistes compétents.
- Le conseil à la patiente de prise de contact avec une association de victimes qui indiquera au mieux les procédures les mieux adaptées.
- Si une situation d'urgence l'impose, soustraction au milieu :
  - hospitalisation,
  - accueil dans la famille,
  - accueil social...

## Signalement et secret médical

### Les exceptions prévues par le code pénal

Le code pénal précise dans son article 226-14 un certain nombre d'exceptions au secret médical opposables au médecin :

- L'article 226-13 concernant le

secret médical n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret...

- En outre il n'est pas applicable :
  - 1°) ...
  - 2°) « au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire. »
  - 3°) ...

Les conséquences pour le médecin du deuxième alinéa sont les suivantes :

- les sévices doivent être constatés par le médecin dans l'exercice de sa profession,
- ils ne sont plus limités aux violences, présumées, d'ordre sexuel, mais incluent les violences physiques et psychiques de toute nature,
- leur signalement ne peut être fait qu'au seul procureur de la République,
- et avec l'accord de la victime, sauf si celle-ci est mineure.

Cela signifie que si le médecin respecte strictement les conditions fixées ci-dessus et adresse aux autorités mentionnées selon chacune des situations considérées, il ne pourra être sanctionné par la juridiction disciplinaire, même en cas de classement sans suite du signalement.

### Protection du médecin

Le médecin est donc protégé par :

- l'article 226-14 du code pénal moyennant l'accord du patient ;
- mais aussi par l'article 122-7 du même code qui stipule que « n'est pas pénalement responsable une personne qui face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même >>> 16



autrui ou un bien accompli un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. »

Dans une situation de danger actuel ou imminent, le médecin peut donc exciper de l'état de nécessité prévu pour accomplir un acte tel un signalement nécessaire à la sauvegarde de la personne sans risque de voir engagée sa responsabilité pénale ;

- l'article 44 du code de déontologie médicale (art R.4127-44 du CSP) : cet article précise, lui, que « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privation, il met en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection... »

L'obligation du code pénal est reprise mais est plus nuancée recommandant au médecin d'agir avec prudence et circonspection et de faire son signalement pour protéger la victime en fonction de plusieurs facteurs :

- risque de déstabilisation de la famille sur de simples présomptions,
  - l'hospitalisation peut être une mesure de sauvegarde,
  - de même une surveillance et un accompagnement social du milieu familial en équipe pluridisciplinaire.
- Le médecin a l'impérieux devoir d'intervenir. L'absence d'intervention est répréhensible. Le Conseil de l'Ordre est toujours là pour l'accompagner dans ses interrogations et l'aider dans ses décisions.

## Le certificat de coups et blessures

Le certificat initial de violence et/ ou de coups et blessures est la pièce essentielle du dépôt de plainte. Il va éclairer le parquet sur l'importance des dommages subis par la victime et la gravité de l'agression et donc déterminer directement et largement l'opportunité des poursuites judiciaires par le parquet. Il est essentiel d'insister sur l'importance particulière des constatations initiales :

- description exhaustive des lésions,
- soins immédiats nécessaires,
- examens prescrits.

### Comment rédiger le certificat ?

La rédaction du certificat nécessite objectivité et neutralité.

## La rédaction du certificat nécessite objectivité et neutralité sans établir de lien avec l'agression

L'heure et la date du certificat doivent être mentionnées.

Les dires du patient doivent être explicités :

- entre guillemets précédés de la mention « m'a déclaré »,
- le lieu de l'agression en précisant les circonstances de l'agression, sa nature, l'utilisation d'une arme, le ou les participants....

- les doléances exprimées,
- les constatations exhaustives précédées de la mention « j'ai constaté » : une description de toutes les lésions (nature, nombre, dimension, localisation) ; un syndrome anxieux ou dépressif doit être noté. Les examens complémentaires et soins nécessaires sont précisés de même qu'une demande d'avis spécialisé.

Les conséquences de l'état constaté sont résumées en terme d'ITT (incapacité temporaire totale).

Le certificat doit rester neutre sans établir de lien de causalité entre l'agression que le médecin n'a pas constaté et qui sera du ressort de l'expert qui quantifiera les séquelles.

Le certificat doit être remis en main propre à la victime et cette mention doit être indiquée de même que l'établissement du certificat à sa demande. Le double devra être conservé par le médecin dans le dossier du patient.

### Point particulier du certificat : l'ITT

L'incapacité temporaire totale (ITT) quantifie en jours d'incapacité les conséquences du traumatisme sur la victime.

#### ▷ Définition de l'ITT

Dans le domaine pénal, l'ITT correspond à :

- la période pendant laquelle la victime ne pourra accomplir ou subira une gêne importante dans l'accomplissement des gestes usuels de la vie (manger, s'habiller, se laver...).
- Elle est donc différente de l'incapacité temporaire de travail ou incapacité totale de travail qui relèvent du code de sécurité sociale.

Il n'y a donc aucune notion d'arrêt de travail mais d'incapacité de la victime à ses occupations quotidiennes.

L'ITT est donc la traduction quantitati-

ve de l'état descriptif détaillé dans le certificat ; elle est prédictive et évalue la durée probable d'évolution. Elle s'exprime en jours et non en pourcentage.

Le médecin doit rester objectif et ne fixer l'ITT qu'en fonction de ses constatations et non du contexte :

- en respectant le code de déontologie médicale,
- en évitant tout risque d'intrusion dans les affaires de famille,
- en évitant tout certificat tendancieux.

#### ▷ ITT et peines encourues

La durée de l'ITT qualifie l'acte et définit le tribunal compétent ; de plus elle fixera la peine encourue. Une ITT de moins de 8 jours est passible d'une contravention dont la peine est fixée par le règlement en vigueur relevant du tribunal de police. Une ITT de plus de 8 jours est un délit dont la peine relève du tribunal correctionnel. Mais les violences conjugales entrent dans le cadre d'ITT aggravée qui concerne les faits suivants :

- mineur de moins de 15 ans,
- personne vulnérable (âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, grossesse apparente ou connue de l'auteur),
- ascendant ou parent adoptif,
- conjoint ou concubin,
- avec une arme.

Les peines encourues en cas d'ITT aggravée sont les suivantes : ITT aggravée de moins de 8 jours considérée comme un délit devenant donc passible du tribunal correctionnel de plus de 8 jours, aggravation de la peine encourue.

### Certificat de coups et blessures et code de déontologie médicale

#### ▷ Certificat et secret médical (art. 4 et 44 du CDM)

Le code pénal est clair dans sa rédaction. Ces certificats sont descriptifs et nominatifs ; ils doivent préciser la notion d'ITT. Le médecin doit cependant être très vigilant à ne pas révéler des éléments médicaux concernant l'agresseur s'il est le médecin traitant du couple.

#### ▷ Certificat et immixtion dans les affaires de famille (art. 51 du CDM)



Pour éviter de se faire piéger, le médecin ne doit s'en tenir qu'aux éléments médicaux constatés ; il doit toujours rapporter les dires de la victime entre « ... » et précédés de la mention « m'a déclaré que ». Il doit impérativement rester neutre, surtout s'il donne des soins au couple et ne doit pas jamais s'ériger en arbitre.

▷ **Rédaction d'un certificat tendancieux (art. 28 du CDM)**

Au médecin dans son certificat de rapporter les dires de la victime entre guillemets et précédés de la mention « m'a déclaré que », de ne mentionner que les constats et sans être interprétatif, de ne pas faire des rapprochements ou des liens de causalité avec des éléments qui lui sont rapportés et qu'il n'a pas constaté en particulier dans le domaine des troubles psychiques.

### **Certificat de coups et blessures et réquisition**

La personne examinée doit être prévenue de la qualité en laquelle le méde-

cin l'examine et de la nature de sa mission.

Le certificat doit respecter les mêmes règles d'objectivité et de neutralité.

Il sera remis à l'autorité judiciaire qui le demande.

Le double et la copie de la réquisition doivent être conservés.

## **Conclusion**

Les médecins doivent connaître l'ampleur du phénomène des violences conjugales et pleinement assumer leur rôle

Pour cela il est nécessaire de pouvoir répondre à leurs difficultés :

- par une formation initiale et continue,
- par le soutien à leur apporter pour appréhender ces situations difficiles et douloureuses,
- par leur sensibilisation à ces problèmes dans l'intérêt des populations concernées et de leur exercice médical.

En cas de doute ils ne doivent pas

## **Adresses et numéros utiles**

### **A Grenoble**

• Milena : 10 avenue de Constantine. 38100 Grenoble. Tél. : 04 76 29 10 21

• Aide Information aux Victimes (AIV) : 8 rue Sergent Bobillot. 38000 Grenoble. Tél. : 04 76 46 27 37.

• Solidarité Femmes : 6 galerie de l'Arlequin, 38100 Grenoble. Tél. : 04 76 40 50 10

### **A Bourgoin**

ARS : 8 rue Edouard Herriot, 38300 Bourgoin-Jallieu. Tél. : 04 74 43 56 77.

### **A Vienne**

A.PRE.S.S Aide aux Victimes : 26 rue de Bourgogne, 38200 Vienne. Tél. : 04 74 53 58 13.

hésiter à prendre contact avec leur Conseil départemental.



# **Certificat de constatation de virginité**

*Dr Pascal Jallon*

**Depuis quelques années, les médecins, généralistes, gynécologues, ... sont de plus en plus sollicités pour pratiquer des examens afin d'attester la virginité.**

Deux cas sont à distinguer :

- Cas de la jeune fille pour annulation de mariage et constat de « non-

consommation ».

Ce certificat ne pose pas de réel problème à condition évidemment de bien examiner la jeune femme, et le médecin devra constater l'absence de déchirure.

Il faut néanmoins être très prudent dans les conclusions, se souvenir qu'il existe des hymens fibreux interdisant le coït, ou des hymens « dilatables » permettant les rapports sans déchirures.

Ces examens et certificats ne peuvent être faits que par des médecins compétents dans ce domaine.

- Cas de la jeune fille amené pour constat de virginité.

Un tel examen n'ayant pas de justification médicale et constatant une violation du respect de la personnalité

et de l'intimité de la jeune femme, notamment si elle est mineure, contrainte par son entourage de s'y soumettre, ne relève pas du rôle du médecin.

Un médecin ne peut accepter de faire servir la science médicale pour une finalité non conforme à la sienne.

Le médecin doit refuser cet examen et la rédaction d'un tel certificat.

Par contre, un médecin doit faire une déclaration des sévices qu'il pourrait avoir constatés sur une mineure sans trahir le secret professionnel (articles 10 et 44 du code de déontologie).

### **Bibliographie**

- Guide pratique des certificats médicaux.
- Les certificats médicaux Unformec.

**Pour leur formation**

**ETUDIANTS RECHERCHENT  
MAITRES DE STAGE**

recrutement@isnar-img.com  
president@anemf.org

## **RECHERCHE MEDECINS EXPERTS**

Rhumatologie  
Psychiatrie (surtout Voironnais)  
Cardiologie (surtout Nord-Isère)  
Neurologie  
Cancérologie

*Voir Brèves*



## Conseil national de l'Ordre

### Enfants nés sans vie

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 le jour, heure et lieu de l'accouchement, les prénom et nom, date et lieu 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 le jour et l'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 gouverne-

ment 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.

Un modèle de certificat est disponible sur le site Internet du conseil départemental de l'Isère : [www.conseil38.ordre.medecin.fr](http://www.conseil38.ordre.medecin.fr)

### Annuaire professionnel

Le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil Départemental de l'Isère, depuis l'an 2000 attirent l'attention des médecins sur des sociétés proposant de mettre en ligne leurs coordonnées professionnelles, souvent basées à l'étranger, qui facturent leurs services pour un montant prohibitif.

Cependant, le type de contrat proposé manquant intentionnellement de clarté, certains médecins se sont engagés dans un quasi-contrat. Si vous êtes victime d'une telle arnaque, votre défense est difficile, mais vous pouvez porter plainte.

Le Conseil national de l'Ordre des

médecins recommande donc :

- l'extrême vigilance dans la lecture et l'examen de ces propositions d'insertions dans les annuaires professionnels ;
- de saisir la direction départementale de la Concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) d'une plainte, si l'entreprise a son siège en France, une infraction de publicité trompeuse peut être relevée ;
- de saisir la direction régionale de la Concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, d'une plainte (192 avenue Thiers, immeuble Auréalys, 69457 Lyon Cedex 06)

et de contester le contrat par courrier recommandé auprès de la société, si l'entreprise a son siège hors de France.

Pour des informations complémentaires vous pouvez consulter la page Internet de la DGCCRF sur les propositions d'insertion dans les annuaires professionnels : [www.minefigouv.fr/DGCCRF/profil\\_entreprises/annuaires\\_prof.htm](http://www.minefigouv.fr/DGCCRF/profil_entreprises/annuaires_prof.htm)

Si vous êtes victime d'une telle arnaque, vous pouvez également porter plainte auprès du tribunal de grande instance de votre circonscription pour « publicité de nature à induire en erreur et vice de consentement ».

### Tact et mesure

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a rendu obligatoire la délivrance par le médecin d'une information préalable écrite sur ses honoraires. Deux conditions cumulatives rendent obligatoire l'information préalable écrite sur les honoraires :

- D'une part, une demande de prise d'un dépassement d'honoraires est présentée pour un ou plusieurs des actes que le médecin pratiquera au cours d'une même séance.

- D'autre part, les honoraires totaux envisagés sont supérieurs ou égaux à 70 €.

Cette obligation précise l'information écrite du patient même si le praticien est déjà tenu d'afficher ses honori-

res et ses fourchettes d'honoraires dans sa salle d'attente.

Dès lors qu'en vertu du code de déontologie médicale et pour garantir le respect du tact et de la mesure, le montant des honoraires doit tenir compte de l'acte effectué, de sa complexité, du temps consacré et du service rendu aux patients, l'information préalable sur les honoraires peut s'avérer difficile.

L'information écrite devrait éviter certaines incompréhensions, voire des contentieux avec les patients. A cet égard, le patient ou son représentant pourrait attester avoir reçu la notice d'information. La signature permet au patient de prendre la mesure de

son acceptation et au praticien, en cas de difficulté ultérieure, de conserver la preuve de l'information qu'il a prodiguée. Un modèle de note d'information sur les dépassements est disponible sur le site : [www.conseil38.ordre.medecin.fr](http://www.conseil38.ordre.medecin.fr)

### Appareils d'électrostimulation

Une décision de police sanitaire a été prise, visant à interdire l'utilisation et la mise à disposition de deux modèles d'appareils d'électrostimulation musculaire dénommés Antalcare et Antalform, fabriqués par la société Biomédical Electronics.



## Remplacement : l'article 65 modifié

Dans l'attente de la modification de l'article 65 du code de déontologie médicale concernant les remplacements, il est proposé d'assouplir les conditions dans lesquelles un médecin installé pourrait effectuer le remplacement d'un confrère de même discipline, installé dans une zone sous-médicalisée. Lorsqu'il s'avère, que la patientèle d'un médecin installé n'aura pas à souffrir de son absence, rien ne fait obstacle à ce qu'il assure le remplacement d'un confrère malade ou surchargé.

Il est bon de rappeler que l'article 85 du code de déontologie médicale autorise déjà un médecin à exercer, avec l'autorisation du conseil départemental, sur un site distinct de sa résidence professionnelle habituelle, lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients et à la permanence des soins. Ce site peut éventuellement être mis à disposition du médecin par un confrère, une municipalité ...

## URSSAF et médecin remplaçant

A l'occasion d'un contrôle URSSAF, il est apparu qu'un remplaçant n'avait pas demandé son immatriculation à l'URSSAF et des sanctions financières ont été, un moment, envisagées à l'encontre du médecin remplacé ! L'ACOSS a indiqué que les médecins remplacés qui auraient recours à des médecins ou des étudiants en médecine non immatriculés à l'URSSAF pourraient être poursuivis pour infraction à la réglementation sur le travail dissimulé.

L'ACOSS suggère, au regard de l'ampleur du risque encouru, d'informer les médecins remplacés de la nécessité de s'assurer de la régularité de la situation du remplaçant.

Il est donc recommandé que le numéro URSSAF du remplaçant figure dans le contrat de remplacement. D'ores et déjà, le modèle de contrat de remplacement du Conseil national, tel qu'il figure sur notre site Internet, a été complété en ce sens.

## Médecins salariés

Le Conseil national, tenant compte de la modification de l'article 95 du code de déontologie médicale (article R.4127-95 du code de la santé publique) autorisant désormais le salariat d'un médecin par un autre, a procédé à la rédaction de contrats types de collaboration salariée :

- contrat de collaboration salariée à durée indéterminée à temps plein entre médecin employeur et médecin salarié,
- contrat de collaboration salariée à durée indéterminée à temps partiel entre médecin employeur et médecin salarié,
- contrat de collaboration salariée à durée indéterminée à temps plein entre médecin salarié et société d'exercice (SCP – SEL).

Ces contrats types sont disponibles sur le site [www.conseil38.ordre.medecin.fr](http://www.conseil38.ordre.medecin.fr)

## 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 (code rural section 2 : chiens dangereux et errants - art. L 211-14-1) que :

« Tout fait de morsure d'une personne par un chien est déclarée : 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 apparences 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.

## Numéro RPPS

L'obligation de faire référence sur les ordonnances du numéro RPPS ne sera effective qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Dans l'attente le numéro Adeli reste valable en attendant que le numéro RPPS devienne l'identifiant unique. Le numéro Adeli permet, aux organismes chargés du remboursement d'assurer la tarification des prestations. Il doit donc impérativement figurer sur les ordonnances des médecins.

## La médecine générale recrute... des maîtres de stage !

### Contexte

Une nouvelle génération de médecins, curieuse et motivée par la découverte des soins primaires et l'acquisition des compétences spécifiques à la discipline.

### Profil

Vous êtes médecin généraliste, en exercice depuis au moins 3 ans, vous avez envie de partager votre passion, de transmettre votre expérience et votre savoir à un futur confrère? Alors l'un de ces postes est fait pour vous !

### Postes à pourvoir

▷ Maîtrise de stage en deuxième cycle : accueil d'un externe (durée de stage variable selon les facultés) -

Sensibilisation et découverte de la médecine générale.

▷ Maîtrise de stage en troisième cycle :

#### • Stage de niveau 1 :

- Accueil d'un interne en médecine générale,

- En binôme ou trinôme avec d'autres maîtres de stage de la région,

- Pour une période cumulée de 2 à 3 mois sur le semestre,

- Apprentissage des compétences spécifiques de la médecine générale,

- Autonomisation progressive.

#### • Stage de niveau 2 :

- Accueil d'un interne en médecine générale en fin de cursus,

- En binôme ou trinôme avec d'autres maîtres de stage de la région,

- Pour une période cumulée de 2 à 3 mois sur le semestre,

- Stage en autonomie supervisée, débriefing quotidien.

### Rémunération

• Des échanges enrichissants avec des étudiants et futurs confrères.

• Des relations confraternelles pouvant se prolonger sous forme de remplacement ou d'association.

• 600 € par mois répartis entre les maîtres de stage de l'étudiant ou de l'interne.

De nombreux postes sont à pourvoir dans toute la France ! Renseignez-vous auprès du département de médecine générale ou du doyen de la faculté de médecine de votre région. >>> 20



## Recherche de médecins experts

Le comité médical départemental composé uniquement de médecins agréés désignés par le Préfet, doit être saisi chaque fois que la réglementation le prévoit pour donner un avis sur les questions liées à la santé des agents de droit public (titulaire, stagiaire ou non titulaire) des trois fonctions publiques (Etat, hospitalière et territoriale).

Les avis portent notamment sur l'octroi et le renouvellement des congés de maladie ainsi que sur l'avis d'aptitude aux fonctions d'un agent après congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée.

La Commission de réforme est également composée de médecins agréés désignés par le Préfet et doit être saisie pour les agents des trois fonctions publiques pour émettre un avis

sur la réalité des infirmités résultant d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, la preuve de leur imputabilité au service et le taux d'invalidité qu'elles entraînent, en vue de l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité.

Le comité médical et la commission de réforme demandent régulièrement des avis de médecins spécialistes pour émettre un avis en fonction des pathologies présentées par les agents.

A l'heure actuelle, le délai moyen de retour d'une expertise est de 2 à 4 mois selon les spécialités et plus particulièrement la rhumatologie, entraînant un retard important dans la gestion des dossiers.

Pour le bon fonctionnement de ces deux commissions, il serait nécessai-

re d'avoir des médecins dans les spécialités suivantes:

- rhumatologie,
- psychiatrie, notamment dans le Pays voironnais,
- cardiologie, dans la région de Bourgoin et le Nord-Isère,
- neurologie,
- cancérologie.

Les candidatures doivent être proposées auprès des services de la DDASS pour un agrément dans le département de l'Isère.

Pour tous renseignements : DDASS 17-19 rue Cdt L'Herminier 38032 Grenoble Cedex 1, tél. : 04 76 63 64 29.

Fiche d'inscription et renseignements sur le site : [www.conseil38.ordre.medecin.fr](http://www.conseil38.ordre.medecin.fr)

## Déontologie médicale sur le web

Un rapport a été adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins afin d'explicitier les applications du code de déontologie médicale à l'usage des médecins :

- ▷ qui interviennent sur des sites web de santé destinés au public,
- ▷ ou qui souhaitent créer leur site professionnel personnel et y présenter leur activité.
- ▷ ou dont les structures dans lesquelles ils travaillent ou avec lesquelles ils coopèrent ont un site web ouvert vers le public.

Ce rapport est disponible sur le site : [www.conseil38.ordre.medecin.fr](http://www.conseil38.ordre.medecin.fr)

## Ordre des Pharmaciens

### Notification d'avance de médicaments

Rappel du dernier arrêté paru le 7 février 2008 : « Dans le cadre d'un traitement chronique, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien dispense les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions suivantes sont remplies :

1° l'ordonnance comporte la prescription du médicament permettant, en application des dispositions de l'article R. 5123-2, une durée totale de traitement d'au moins trois mois ;

2° ce médicament ne relève pas d'une des catégories mentionnées dans l'arrêté ministériel prévu à l'article L.5125-23-1.

Le pharmacien délivre le conditionnement, commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise. Il porte sur l'ordonnance la mention "délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire" en indiquant la ou les spécialités ayant fait l'objet de la dispensation. Il appose en outre sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance.

Il informe de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et par tous moyens dont il dispose. La même ordonnance ne peut donner lieu qu'à une seule dispensation en application du présent article. »

## EPU-FMC

### Le Triangle Médical

Choix des sujets pour 2008 - 2009 :

- Communication : Répondre à une demande illégitime du patient.
- Infectiologie : Stratégie des antibiotiques en médecine générale.
- Oncologie : Hématologie et cancer en médecine générale pratique (NFS - CAT devant une adénopathie).
- Psychiatre : L'anxiété dans diverses situations cliniques.
- Psychiatrie : Troubles psychiatriques de la personne âgée vus par un géro-psycho-gerontopsychiatre.
- Médecine interne : Débattre de cas cliniques en médecine générale.

Renseignements : Dr Nahim Jubran, tél. : 04 76 33 37 84, e-mail : [njubran001@rss.fr](mailto:njubran001@rss.fr)

## URML

### Démographie médicale

Pour tout savoir sur la démographie médicale dans notre département un site intéressant : <http://www.urmlra.org/geomedecine>

**Et aussi...****Commission de lutte contre le dopage**

La Fédération française de ski rappelle qu'il serait dommage qu'un contrôle antidopage se révèle positif par manque d'information, alors que la démarche du médecin traitant ne visait qu'à soigner l'athlète.

**Rappels et conseils :**

- les athlètes inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau peuvent être régulièrement soumis à des contrôles antidopage, Merci de tenir compte des dispositions précitées à l'occasion de votre pratique professionnelle ;
- certains médicaments sont interdits en et hors compétition, d'autres uniquement en compétition ;
- la durée d'élimination de ces produits doit être prise en considération, et des contrôles effectués après la prise d'un traitement médical peuvent encore être positifs ;
- certains sportifs de haut niveau font partie d'un groupe cible (testing

pool): ils doivent fournir régulièrement leur planning d'entraînement, puis- qu'ils peuvent être soumis à tout moment à des contrôles inopinés ; Vous pouvez retrouver de nombreuses informations sur les sites de :

- l'AFLD (Association française de lutte contre le dopage : [www.afld.fr](http://www.afld.fr)),
- AMA (Association mondiale antidopage) : [www.wada-ama.org/fr](http://www.wada-ama.org/fr)

**Médecins du Monde, fondation Abbé Pierre**

Un kit « Du plomb au saturnisme, tous concernés » est disponible auprès de Médecins du Monde. Son objectif est d'offrir aux intervenants de la santé, du droit et de l'habitat, des outils pour améliorer le travail en réseau de ces différents acteurs.

**Nouvelle adresse du site Internet de l'Ordre**

Attention : le site Internet de l'Ordre a une nouvelle adresse. Merci de la noter et de la mettre dans vos favoris !

**[www.conseil38.ordre.medecin.fr](http://www.conseil38.ordre.medecin.fr)**

**Un enjeu national : *l'accès aux soins***

**A la veille de la présentation du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » par Mme Roselyne Bachelot, et alors que l'accès aux soins est un enjeu national, le Conseil national de l'Ordre des médecins a convié institutionnels et journalistes jeudi 25 septembre 2008 à débattre de la question de l'accès aux soins pour les patients, à partir de la question : « Un médecin près de chez soi, est-ce encore possible partout en France ? »**

La question de l'accès aux soins se pose aujourd'hui, non en termes de

démographie médicale mais en termes de temps médical disponible. La gestion de ce temps médical est essentielle, afin de garantir un accès à des soins de qualité pour chaque patient.

Trois pistes ont rassemblé les intervenants du débat :

- **Le développement des structures communautaires de médecine de soins**, tout en respectant la continuité des soins et les cabinets médicaux existants et qui plus est en optimisant la permanence des soins. La viabilité de ces structures nécessitera la participation financière de l'assurance-maladie, des assurances complémentaires, des collectivités territoriales et de l'Etat.

- **La délégation de tâches administratives à des personnels dédiés.** Actuellement un médecin passe entre 20 et 30 % de son temps de travail global à gérer des tâches administratives tant dans son cabinet qu'à son domicile.

- **La coopération nécessaire entre la médecine de ville et l'hôpital**, facilitée notamment par la mutualisation des moyens humains et matériels,

ainsi que par l'informatisation de la santé (dossiers médicaux partagés entre professionnels de santé, messagerie professionnelle sécurisée).

Ont participé à ce débat en qualité d'intervenants :

- Annie Podeur, directrice de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

- Claude Le Pen, économiste de la santé, professeur à l'université de Paris IX-Dauphine,

- Dr André Deseur, conseiller national de l'Ordre des médecins, vice-président de la section Exercice professionnel.

Dans ce contexte, l'implication du CNOM au sein des Agences régionales de santé est plus que jamais nécessaire pour évaluer correctement les besoins des régions. Seul l'Ordre peut, grâce à sa neutralité et à sa connaissance de la réalité de la pratique de tous les médecins, garantir que les moyens seront là où les Français en ont le plus besoin.



## INSCRIPTIONS AU TABLEAU

### Inscriptions du 4 juillet 2008

Dr ATANASOVA Nora	Médecine générale	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr BERODIER-PERDRIX Ch.	Médecine générale	St Clair de la Tour	Salarié
Dr BONGIORNO Vito	Orthopédie traumatologie	La Tronche	Hospitalier
Dr DELHOMME Joël*	Médecine générale	Vienne	Salarié
Dr KOTEKE-YENGUE Serge	Médecine générale	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr KOUSSA DIT BACHA Ziad	Gynécologie-obstétrique	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr MANNERS Isabelle	Pédiatrie	Crolles	Salarié
Dr RACHIDI-KOUSSA Hala	Endocrinologie-métabolismes	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr RIQUET Odile	Médecine du travail	Vienne	Salarié
Dr VERNIN Guillaume	Néphrologie	Grenoble	Salarié

### Inscriptions du 23 juillet 2008

Dr BENSADI Lamia	Anatomie cytologie pathol.	La Tronche	Hospitalier
Dr BRUNEL François	Pédiatrie	St Nazaire les Eymes	Remplaçant
Dr COTTE Astrid	Médecine générale	Grenoble	Remplaçant
Dr DARRIEUX Pierre	Médecine générale	Grenoble	Remplaçant
Dr GRANJEAN Myriam	Médecine générale	St Etienne de St Geoirs	Libéral
Dr LORIN Félicie	Médecine générale	St Martin d'Hères	Remplaçant
Dr MALLORY Bruno	Médecine générale	Beaurepaire	Libéral
Dr SCHWEITZER Jérôme	Anesthésie-réanimation	St Nazaire les Eymes	Remplaçant

### Inscriptions du 23 septembre 2008

Dr BELBOUAB Soraya	Gastro-entérologie hépatologie	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr DEGEORGES Alain	Radiodiagnostic	La Tour-du-Pin	Libéral
Dr DERIES Muriel	Médecine du travail	Grenoble	Salarié
Dr DOBOS Mariana-Oana	Médecine du travail	Grenoble	Salarié
Dr DUBREUIL Clément	Médecine générale	Claix	Remplaçant
Dr FARHAT Skander	Pédiatrie	Vienne	Hospitalier
Dr HURBIN Elise	Médecine générale	Mens	Libéral
Dr KUSENDA Zlatko	Médecine générale	Tullins	Libéral
Dr LAVANDIER Ariane	Médecine du travail	Grenoble	Salarié
Dr PENICAUD Jean-François	Médecine générale	Bourgoin-Jallieu	Salarié
Dr PENICAUD-VEDRINE A.	Neurologie	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr PERENNOU Dominique	Médecine physique réadapt.	La Tronche	Hospitalier
Dr PLONKA Sophie	Gynécologie-obstétrique	La Tronche	Hospitalier
Dr POUCHELON Alban	Médecine générale	La Tour-du-Pin	Remplaçant

### Inscriptions du 1<sup>er</sup> octobre 2008

Dr ALBALADEJO Pierre	Anesthésie-réanimation	La Tronche	Hospitalier
Dr ESTELLON Grâce	Médecine générale	Grenoble	Salarié
Dr LEHMANN Stéphanie	Médecine générale	Vinay	Hospitalier
Dr LENCLUD Claire	Médecine du travail	Bourgoin-Jallieu	Salarié
Dr LOMBARD Isabelle	Médecine générale	Grenoble	Salarié
Dr STAQUET Aurélie	Médecine générale	St-Nazaire-les-Eymes	Remplaçant
Dr TROVATELLO Vanessa	Médecine du travail	Grenoble	Remplaçant

### Inscriptions du 29 octobre 2008

Dr BADIC Simona	Psychiatrie pédiatrique	La Tronche	Hospitalier
Dr BECHERRAWY Céline	Gynécologie-obstétrique	La Tronche	Hospitalier
Dr BERRIER Laurent	Médecine générale	Diemoz	Remplaçant
Dr BITTIGHOFFER Christine	Radiodiagnostic	La Tronche	Hospitalier
Dr BRIAND Christian	Médecine générale	Grenoble	Salarié
Dr CAMPOS-FERNANDES J.L.	Chirurgie urologique	Domarin	Libéral
Dr CROS Marie-Olga	Médecine générale	St-Bernard-du-Touvet	Remplaçant
Dr DURAND Aurélie	Gastro-entérologie hépatologie	La Tronche	Hospitalier
Dr GARNIER Isabelle	Médecine générale	Eyzin-Pinet	Remplaçant
Dr GAUDE Céline	Psychiatrie	St Egrève	Hospitalier
Dr GIRERD Frédérique	Médecine générale	Vienne	Salarié
Dr HENNER Julie	Chirurgie orthopédique	La Tronche	Hospitalier
Dr HERRI Abdelaziz	-	Echirolles	Hospitalier
Dr HICTER Jean-François	Anesthésie-réanimation	St-Martin-d'Hères	Libéral
Dr HITTER Alice	Oto-Rhino-Laryngologie	La Tronche	Hospitalier
Dr KLISNICK Julien	Dermato-vénérologie	Montferrat	N'exerçant pas
Dr KYPRIOTIS Patrice	Médecine générale	Les Adrets	Libéral
Dr LANUSSE-CAZALE E.F	Médecine générale	Grenoble	Remplaçant
Dr LAZARRON Laëtitia	Gynécologie-obstétrique	Voiron	Hospitalier
Dr MERCIER Numa	Chirurgie générale	La Tronche	Hospitalier
Dr MERMET Maryse	Médecine générale	La Cote-St-André	Libéral
Dr PIQUE Déborah	Médecine générale	St-Martin-d'Hères	Remplaçant
Dr RENARD Elisabeth	Ophthalmologie	La Tronche	Hospitalier
Dr STAQUET Vincent	Chirurgie orthopédique	Grenoble	Libéral
Dr STELLA Denis	Médecine générale	Les Abrets	Libéral
Dr TETAZ Rachel	Néphrologie	La Tronche	Hospitalier
Dr THIBAUDIER Jean-Marc	Médecine du travail	Grenoble	Salarié
Dr VARNIER Romain	Médecine générale	Echirolles	Libéral
Dr VERAN Olivier	Neurologie	La Tronche	Hospitalier
Dr VERNAZ Jacky	Santé publique	Grenoble	Salarié
Dr VIGNAT Muriel	Médecine générale	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr VILLARET Laure	Endocrinologie-métabolismes	La Tronche	Hospitalier


**Inscriptions du 3 décembre 2008**

Dr BASSON Amandine	Médecine générale	St-Egrève	Hospitalier
Dr BLAISE Hélène	Chirurgie générale	La Tronche	Hospitalier
Dr BLONDIN Cécile	Médecine générale	Grenoble	Salarié
Dr BUSQUET Caroline	Biologie médicale	La Tronche	Hospitalier
Dr CAPLETTE Catherine	Médecine générale	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr CARRON Romain	Neurochirurgie	La Tronche	Hospitalier
Dr CASTAGNET Nelly	Médecine générale	Vienne	Salarié
Dr CHERMAND Dania	Médecine générale	Lancey	Remplaçant
Dr COMTE Sylvie	Médecine générale	Grenoble	Salarié
Dr COTTA Laure	Pédiatrie	La Tronche	Hospitalier
Dr COUDURIER Marie	Pneumologie	La Tronche	Hospitalier
Dr DACHRAOUI Ahmed	Médecine générale	Bourgoin-Jallieu	Hospitalier
Dr DENDLEUX Grégory	Médecine générale	Domarin	Libéral
Dr DESTRO Marina	Anesthésie-réanimation	Voiron	N'exerçant pas
Dr DIETERICH Klaus	Médecine générale	La Tronche	Hospitalier
Dr DUMAND Etienne	Médecine générale	St-Maximin	Remplaçant
Dr DUPUY-BROUSSEAU Laura	Oncologie médicale	Grenoble	Hospitalier
Dr GABELLE Cédric	Gynécologie-obstétrique	Echirolles	Libéral
Dr GILSON Mélanie	Rhumatologie	Echirolles	Hospitalier
Dr GIRARD Frédérique	Médecine générale	Grenoble	Salarié
Dr GUITTON Jean-Baptiste	Médecine générale	Grenoble	Remplaçant
Dr HEYRAUD-LOIRE A.Sophie	Médecine générale	Grenoble	Salarié
Dr HULLO Eglantine	Pédiatrie	La Tronche	Hospitalier
Dr LASBLEIZ Quentin	Médecine générale	Gières	Salarié
Dr LAURENT Thomas	Pneumologie	La Tronche	Hospitalier
Dr LOURY Julien	Chirurgie générale	La Tronche	Hospitalier
Dr MARTIN DES PALLIERES T.	Chirurgie générale	La Tronche	Hospitalier
Dr MAUVIEL Marine	Médecine générale	St-Martin-d'Hères	Salarié
Dr MEUNIER-CARUS-VINCENT N.	Médecine générale	La Tronche	Hospitalier
Dr MONDESERT Blandine	Cardiologie	La Tronche	Hospitalier
Dr OK Soyan	Maladies appareil digestif	La Tronche	Salarié
Dr PRALINE Olivier	Psychiatrie	La Tronche	Hospitalier
Dr RONCORONI Cécile	Médecine générale	La Tronche	Hospitalier
Dr ROSTOUCHER Valérie	Biologie médicale	Le Pont-de-Cheruy	Salarié
Dr SAADA-SEBAG Géraldine	Anatomie cytologie pathol.	La Tronche	Hospitalier
Dr SERBAN Alexandrina	Neurochirurgie	La Tronche	Hospitalier
Dr TEKLALI Youssef	Chirurgie pédiatrique	La Tronche	Hospitalier
Dr TONINI Matthieu	Ophtalmologie	La Tronche	Hospitalier
Dr TRODI Nor Islame	Radiodiagnostic	La Tronche	Hospitalier
Dr VERDILLON-ARNAL S.	Médecine générale	Grenoble	Remplaçant
Dr WATTRELOT Pierre	Médecine générale	Grenoble	Remplaçant

## Retraites

**Séances de juillet 2008 à décembre 2008**

Dr BARBIAN Marthe	31 décembre 2008	Dr FORT François	30 septembre 2008
Dr BEGUERY Pierre	31 décembre 2008	Dr GARCIA Anne-Marie	30 septembre 2008
Dr BONNEFOY Loredana	31 décembre 2008	Dr GRENIER Josette	30 septembre 2008
Dr BOULON Marianne	septembre 2007	Dr JOB-HUERT Nadine	1 <sup>er</sup> juillet 2007
Dr CAPERAN Daniel	30 septembre 2008	Dr LEGRAND Jeanne	31 décembre 2008
Dr CELSE Marie-Hélène	30 juin 2008	Dr PALLO Danièle	30 juin 2008
Dr CHAL Albert	30 septembre 2008	Dr PROST André	30 juin 2008
Dr DAUMONT Michèle	29 octobre 2008	Dr QUENSON Michel	30 juin 2008
Dr DEMORON Christian	30 septembre 2008	Dr ROSSIGNOL Bruno	31 décembre 2008
Dr EVRARD Alain	31 août 2008	Dr VEYRE Bruno	31 décembre 2008

## Décès

**Séances de juillet 2008 à décembre 2008**

Dr BACHELARD Henri	20 août 2008	Dr GROSLAMBERT Paule	14 novembre 2008
Dr BEAUOING André	1 <sup>er</sup> décembre 2008	Dr GUIGNIER Florence	5 juillet 2008
Dr CRASSARD Pierre	15 octobre 2008	Dr HECHT Henri	13 février 2008
Dr DARMON Paul	26 septembre 2008	Dr MICHEL Jacques	15 juin 2008
Dr DE ROUGEMONT Jacques	5 octobre 2008	Dr MILLON Robert	25 novembre 2008
Dr FORTIER Philippe	2 décembre 2008	Dr PICHAND Michel	27 juin 2008
Dr GAY Jean	9 août 2008	Dr REY Noël	4 septembre 2008
Dr GEOFFRAY Bruno	9 juin 2008		

## Radiations

**Séances de juillet 2008 à décembre 2008**

Dr BOUCRIS Joëlle	31 décembre 2008	Dr HALLE Caroline	25 août 2008
Dr CHATAING Paul	24 juin 2008	Dr HAVLIKOVA Hélène	31 décembre 2008
Dr COMPARATO Agnès	3 octobre 2008	Dr LE BLOND Robert	31 décembre 2008
Dr COULOMB Max	2 juillet 2008	Dr SALOMON Simone	31 décembre 2008
Dr FOULON Thérèse	11 juillet 2008	Dr VAN OVERSCHELDE John	31 octobre 2008



## Départs

Séances de juillet 2008 à décembre 2008

Dr ALLOMBERT-BLAISE Carole	RHONE	5 octobre 2008
Dr ARNAUD Michel	DROME	1 <sup>er</sup> octobre 2008
Dr ARTIGNAN Sophie	ILE-ET-VILAINE	2 septembre 2008
Dr AUPECLE Bertrand	ALPES MARITIMES	14 novembre 2008
Dr BLANCHARD Jean	LISTE SPECIALE	15 octobre 2008
Dr BOUCHET Brigitte	AIN	20 novembre 2008
Dr CHATAIN Grégoire	COTES-D'ARMOR	10 août 2008
Dr COSCI Stéfano	AUDE	1 <sup>er</sup> septembre 2008
Dr CROUZET Laure	GUADELOUPE	18 août 2008
Dr DE BARTHEZ Marie-Paule	POLYNESIE FRANCAISE	20 septembre 2008
Dr DELOBRE Myriam	RHONE	15 septembre 2008
Dr DEUTSCH Vincent	VILLE DE PARIS	2 novembre 2008
Dr DIMITRIU Cristian	BAS-RHIN	31 octobre 2008
Dr DRAGOMIRESCU Carmen	EURE-ET-LOIRE	5 juillet 2008
Dr DUMONT Yann	DROME	27 août 2008
Dr EBERHARDT Nathalie	SAVOIE	3 septembre 2008
Dr ELAOUFI Ahmed	LA REUNION	7 juin 2008
Dr ETIE-DELOUME Françoise	GIRONDE	20 juin 2008
Dr FADEL Baya	AIN	12 septembre 2008
Dr FILIPPI Gilles	SAONE-ET-LOIRE	4 novembre 2008
Dr FORNASIERI Pascale	MOSELLE	27 août 2008
Dr GAUDEAU Déborah	VAUCLUSE	22 septembre 2008
Dr HECZKO Marian	DOUBS	31 octobre 2008
Dr HUILLARD Laurent	DROME	30 juin 2008
Dr KAHANE Jacqueline	VAL-DE-MARNE	20 août 2008
Dr KOUPRIANOFF Sabine	SAVOIE	3 novembre 2008
Dr LAMOUILLE Chantal	RHONE	1 <sup>er</sup> novembre 2008
Dr LEFEBVRE Sandrine	ALPES-MARITIMES	1 <sup>er</sup> septembre 2008
Dr LISIK François	BOUCHES-DU-RHONE	6 octobre 2008
Dr MADINIER Sabine	LISTE SPECIALE	1 <sup>er</sup> août 2008
Dr MAFFINI Jean-François	GARD	1 <sup>er</sup> octobre 2008
Dr MAUFUS Mario	FINISTERE	7 novembre 2008
Dr MAURIN Marion	POLYNESIE FRANCAISE	1 <sup>er</sup> décembre 2008
Dr MAZLOUM Wassim	DROME	1 <sup>er</sup> octobre 2008
Dr MIRALLES Aurélien	DROME	1 <sup>er</sup> novembre 2008
Dr MITAUT Olivier	MARTINIQUE	15 août 2008
Dr PHELIP Jean-Marc	LOIRE	5 octobre 2008
Dr PONCET Alexis	RHONE	10 novembre 2008
Dr PRADEL Philippe	SAVOIE	1 <sup>er</sup> novembre 2008
Dr ROBLIN Xavier	LOIRE	15 octobre 2008
Dr ROGER Jean-François	DROME	1 <sup>er</sup> septembre 2008
Dr SAUER Gérard	PUY-DE-DOME	25 juin 2008
Dr SCHNEIDER Raphaëlle	RHONE	18 juillet 2008
Dr THOMAS Christelle	RHONE	10 octobre 2008
Dr TOURNAN Romain	GIRONDE	1 <sup>er</sup> novembre 2008
Dr VAILLANT Frédéric	LA REUNION	23 octobre 2008
Dr WOELLER Anne	VAUCLUSE	13 juin 2008
Dr ZAMOR Pascaline	DOUBS	15 septembre 2008
Dr ZIZINE Isabelle	CREUSE	15 septembre 2008

## Le Conseil de l'Ordre sur Internet

Le site internet du conseil de l'ordre de l'Isère est en ligne. Son adresse est :

[www.conseil38.ordre.medecin.fr](http://www.conseil38.ordre.medecin.fr)

Les mots de passe pour ouvrir les rubriques accessibles  
aux seuls médecins sont à demander  
lors de l'inscription sur le site.

**Le Conseil départemental de l'Ordre  
souhaite à tous les médecins  
une excellente année 2009**