



# BULLETIN DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

*de La Seine Saint Denis*

N°19

## SOMMAIRE

p.3

### Éditorial

- Serons-nous entendus ?

p.4

### Composition du Bureau, du Conseil et des Commissions

p. 5-12

### Informations départementales

- Bilan 2007 des maladies à DO
- Devenir Médecin du Monde
  - Permanence des Soins
- Difficultés de l'exercice médical

p.13-16

### Informations diverses

- Certificat de décès
- Arrêt de travail :  
nouvelles modalités
- Qualification en gériatrie

p.17-19

### Informations pratiques

- Bilan du CPP
- Bail du professionnel libéral :  
conseils de rédaction

p.20-23

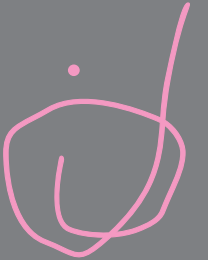
### Tableau départemental



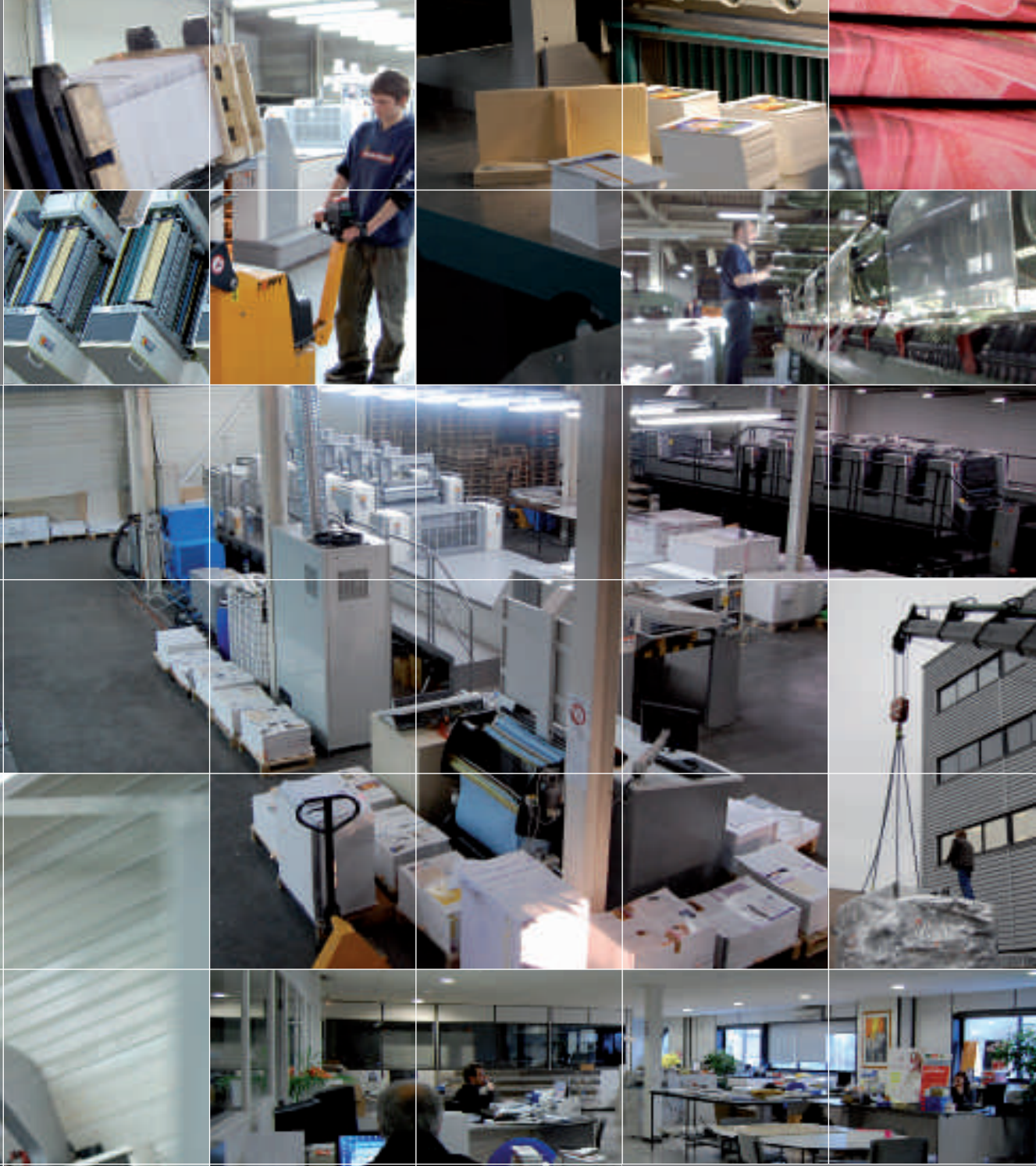
**Permanence des soins :  
le département  
s'organise.**



# Une autre idée DE L'IMPRIMERIE



IMPRESSIONS  
DIGITALES



216 rue de Rosny  
93100 Montreuil-sous-Bois  
Tél 01 49 88 45 70  
Fax 01 49 88 45 80  
[www.impressionsdigitales.fr](http://www.impressionsdigitales.fr)



## SERONS-NOUS ÉCOUTÉS ?

Mes chers confrères,

**D**epuis plusieurs semaines les discussions s'accroissent tant sur le plan législatif que sur le plan conventionnel, sans oublier la pression politique qui se met en place progressivement.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire ne semble pas vouloir inscrire dans son corps notre Institution ordinaire qui doit avoir toute sa place dans un tel projet.

Le Conseil de l'Ordre sera, nous dit-on, inclus lors de la rédaction des décrets d'application, mais nous devons rester de « bons » conseillers loin de la table des décisions. Nous sommes inquiets de cette attitude, alors que la mise en place des structures nouvelles médico-administratives, telle que l'Agence Régionale de Santé, montre bien la nécessité de la présence d'une Institution ordinaire qui seule rassemble l'ensemble des médecins quel que soit leur mode d'exercice.

L'Ordre agit déjà sur les domaines de compétences futures de ces nouvelles structures. La permanence des soins, en est une, et l'article détaillé sur le sujet dans ce bulletin montre bien l'implication de notre Conseil départemental.

Vouloir exclure l'Ordre des Médecins nous paraît une erreur et une perte d'efficacité, mais attendons la suite...

Les échos qui nous arrivent concernant les discussions conventionnelles, montrent la difficulté de trouver un équilibre entre les réels problèmes présents (démographie médicale, crise économique) et les moyens mis en face pour essayer de les résoudre.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait essayé de pallier à ces déséquilibres, par la modification de l'article 85 du code de déontologie, la mise en place du contrat de collaborateur libéral, bien que les évolutions erratiques du *numerus clausus* décidées toujours en « haut lieu » soient, en partie, responsables de la crise démographique actuelle.

Il faut certes un accord entre les partenaires, mais, dans l'intérêt de la population, des moyens, doivent être mis en face à la hauteur de l'enjeu.

Les médecins en sont conscients et, en citoyens responsables, ils ont déjà pris leur part. De plus, il est important qu'une solution soit trouvée par les partenaires habituels car l'implication d'acteurs extérieurs risque de se faire de façon brutale et coercitive sans assurance d'une meilleure efficacité.

Au niveau de notre département, le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins relaie ces interrogations et ces inquiétudes auprès des représentants des autorités publiques et des parlementaires.

Notre Conseil travaille à la mise en place de liens réels et efficaces avec les Institutions départementales pour favoriser un exercice serein et indépendant au service de la population séquo-dionysienne.

Néanmoins, ces interrogations ne doivent pas vous avoir empêché de passer de joyeuses fêtes de fin d'année et repartir, pour la nouvelle année, avec l'entrain et le dévouement que vous avez toujours su développer.

Bien confraternellement et avec mes meilleurs vœux pour 2009.



*Le Président  
Dr Edgard Fellous*

**Le Président,  
Dr Edgard Fellous**

## COMPOSITION DU BUREAU

### Présidents d'honneur

Docteur Émile QUINQUENEL  
7, Allée de Longchamp - 92150 SURESNES

Docteur Patrick BOUET  
25, Av. du Raincy - 93250 VILLEMOMBLE

### Vice-Président d'honneur

Docteur Daniel FAUCHER  
19, rue de Gretz  
77690 MONTIGNY SUR LOING

### Président

Docteur Edgard FELLOUS  
22, Avenue Edouard Vaillant  
93000 BOBIGNY

### Vice-Présidents

Docteur Gérard Aoustin  
CMS, 2 rue de la République  
93700 DRANCY

Docteur Guislain RUELLAND  
90, boulevard Jean-Jaurès  
93190 LIVRY GARGAN

Docteur Jean-Pierre SALA  
135-137, Avenue Vauban  
93190 LIVRY GARGAN

### Secrétaire Général

Docteur Xavier MARLAND  
201, Allée de Montfermeil  
93390 CLICHY-SOUS-BOIS

### Secrétaire Général Adjoint

Docteur Jean-Luc GAILLARD-REGNAULT  
Hôpital Jean Verdier  
Avenue du 14 Juillet  
93140 BONDY

### Trésorier

Docteur Gilbert LECLERCQ  
Hôpital Avicenne - 125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY

### Trésorier Adjoint

Docteur Georges HUA  
SUR - 17, rue Henri Varagnat - 93140 BONDY

## COMPOSITION DU CONSEIL

### Membres Titulaires

Aoustin Gérard  
Bouet Patrick  
David Jacques  
Doukhan Serge  
Farcilli Bernard  
Fellous Edgard,  
Fournier Patrice  
Gaillard-Regnauld Jean-Luc  
Grinberg Daniel  
Hua Georges  
Leclercq Gilbert  
Marland Xavier  
Piquet Jacques  
Quattrociochi Barbara  
Rey Jean-Paul  
Roueff Michel  
Ruelland Guislain  
Sala Jean-Pierre  
Sebton Alfred  
Sohet Marie-Catherine  
Vialle Christian

### Membres Suppléants

Alliot Jacques  
Azoulay Jean Claude  
Baux Frédéric  
Benamouzig Robert  
Bertonnier Michel  
Bismuth Fernand  
Blondel Dominique  
Chahed Hedi  
Chailloou Pascale  
Feugere-Engel Annick  
Fontenoy Jean Luc  
Lacaille Antoine  
Mousset Michèle  
Palombo Jacques  
Rahme Tony  
Roza Marc-Alain  
Samson Jacques  
Sestie Pierre-Marie  
Siavellis Georges  
Tran Thi Mai

## COMMISSIONS

### 1 - COMMISSION CONTRATS - QUALIFICATIONS - REMPLACEMENTS

#### Président

Docteur Alfred SEBTON

### 2 - COMMISSION LITIGES ET PLAINTES

#### Président

Docteur Gérard Aoustin

### 3 - COMMISSION EXERCICE PROFESSIONNEL

#### Président

Docteur Patrice FOURNIER

### 4 - COMMISSION BULLETIN, COMMUNICATION ET NOUVELLES TECHNOLOGIES

#### Président

Docteur Jacques PIQUET

### 5 - COMMISSION TRÉSORERIE

#### Trésorier

Docteur Gilbert LECLERCQ

- DÉLÉGATION A L'ENTRAIDE  
Docteur Gilbert LECLERCQ

- DÉLÉGATION RAPPORT AVEC  
L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE  
ET CARTES C.P.S.

Docteur Georges HUA

### RESPONSABLE DELEGATION

#### ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS

Docteur Marc-Alain ROZAN

### RESPONSABLE DELEGATION AUX AUTRES

#### PROFESSIONS DE SANTE

Docteur Jacques ALLIOT

## CONSEILLERS

### CONSEILLER NATIONAL

Docteur Patrick BOUET  
25, Av. du Raincy - 93250 VILLEMOMBLE

### CONSEILLER NATIONAL pour l'Ile-de-France

Docteur Gérard LAGARDE  
6, rue Carême Prenant - 95100 ARGENTEUIL

### CONSEILLERS RÉGIONAUX

#### Conseiller Régional Titulaire

Docteur Edgard FELLOUS  
22, av. Edouard Vaillant - 93000 BOBIGNY  
Docteur Xavier MARLAND  
201, allée de Montfermeil  
93390 CLICHY-SOUS-BOIS

#### Conseiller Régional Suppléant

Docteur Gilbert LECLERCQ  
Hôpital Avicenne  
125 route de Stalingrad - 93000 BOBIGNY  
Docteur Marc-Alain ROZAN  
75, av. Jean Jaurès - 93300 AUBERVILLIERS

## ADMINISTRATION

### SECÉTAIRE DE DIRECTION

Mme MEYRAN Patricia

### ACCUEIL, RÉCEPTION, BULLETIN

Mme COLLINET Martine

### CONTRATS, LITIGES ET PLAINTES

Melle LAURENT Monique

### TRÉSORERIE, FICHER

Mme LAVERGNE Michèle

### CONVENTIONS, RAPPORTS AVEC L'INDUSTRIE

#### PHARMACEUTIQUE, REMPLACEMENTS

Mme PILCH Catherine

### ACCUEIL - RÉCEPTION

Mme REIS Isabelle

### Les bureaux sont ouverts

du lundi au vendredi de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h

2, rue Adèle 93250 Villemomble

Tél. : 01 45 28 08 64 - Fax : 01 48 94 35 50

E-mail : [seine-st-denis@93.medecin.fr](mailto:seine-st-denis@93.medecin.fr) - [www.cdom93.fr](http://www.cdom93.fr)

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins souhaite faire du bulletin départemental l'organe privilégié de communication avec les confrères inscrits dans notre département.

Toute proposition, toute forme d'échange seront étudiées avec la plus grande attention par la Commission du Bulletin

## LA DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA SEINE-SAINT-DENIS NOUS A COMMUNIQUÉ LE BILAN 2007 DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DU DÉPARTEMENT

### CONTEXTE

Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) prévu par le Code de la Santé publique (article L.3113-1) concerne 30 pathologies (cf. annexe 1) qui doivent faire l'objet, dès le diagnostic, d'une transmission des données individuelles du patient à l'autorité sanitaire. Cette surveillance a deux objectifs : prévenir les risques d'épidémie d'une part, et analyser d'autre part l'évolution dans le temps de ces maladies, afin d'adapter les politiques de santé publique (calendrier vaccinal par exemple). Parallèlement à ce dispositif général, des procédures spécifiques de déclaration peuvent exister lorsque ces pathologies résultent d'une transmission à l'hôpital ou de l'usage de produits de santé.

La DDASS de Seine-Saint-Denis assure la gestion des MDO déclarées sur le département. Une cellule de veille et d'alerte dédiée à ces missions a été mise en place en 2002. Ce document fait une synthèse, par pathologie, des données traitées en 2007.

En 2007, les modalités de déclaration de certaines de ces pathologies ont évolué :

#### Infection invasive à méningocoque :

- Modification des critères d'inclusion du cas,
- Diagnostic par PCR à partir d'un site normalement stérile ou d'une lésion cutanée purpurique,
- La DO est disponible sur le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/>)

#### Tuberculose :

- Modification de la fiche initiale afin de mieux caractériser les populations les plus exposées et surveiller les effets de la nouvelle politique vaccinale par le BCG.
- Création d'une fiche pour documenter les issues des traitements antituberculeux
- La DO est disponible sur le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/>)

#### VIH-Sida :

- Modification de la fiche initiale de DO VIH-Sida adulte et adolescent
- Création de 2 fiches pour la DO VIH-Sida de l'enfant de moins de 15 ans, la notification est initiée par le biologiste.
- Fiches VIH-Sida à commander au Secrétariat du Service Veille et Sécurité Sanitaire de la DDASS.

### BILAN 2007

En 2007, la DDASS a reçu 1 250 signalements, ce chiffre comprend :

- Nombre de Déclaration Obligatoire : 1 113
- Alertes Sanitaires ou autres : 78 (ex : la gale...)
- Infections Nosocomiales : 22

#### I. LES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MDO)

##### CHIKUNGUNYA

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire N° DGS/SD5C/2006/310 du 10 juillet 2006 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de diagnostic de chikungunya sur le territoire métropolitain et départements Français d'Amérique (DFA), qui précise les modalités de déclaration et de gestion des données.*

**2 cas déclarés**

##### DENGUE

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire N° DGS/SD5C/2006/311 du 10 juillet 2006 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de diagnostic de dengue sur le territoire métropolitain et à la réunion.*

**1 cas déclaré**

##### FIÈVRE TYPHOÏDE ET FIÈVRES PARATYPHOÏDES

➔ Fait partie de la liste des MDO depuis 1903. La DO permet l'étude des caractéristiques épidémiologiques de la maladie, le suivi des

tendances évolutives et la détection de cas groupés pouvant être liés par une source commune.

**12 cas déclarés** dont aucun cas autochtone

#### Remarques

La DDASS valide le signalement et déclenche une enquête supplémentaire si le cas survient chez une personne n'ayant pas voyagé (cas autochtone uniquement).

##### HÉPATITE A AIGUË

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire N° DGS/SD5C/2005/519 du 23 novembre 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas d'hépatite aiguë A.*

L'objectif de cette déclaration est de :

- Détecter les cas groupés afin de prendre rapidement les mesures de contrôle adaptées ;
- Estimer les taux d'incidence et les tendances au niveau départemental et national.

*A titre informatif* : selon le Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire n° 29/30 du 17 juillet 2007

- taux d'incidence national 2006 : 2,15/100 000 ha (basse endémicité)
  - taux d'incidence régional : 1-1.99/100 000 ha
- Les principales expositions à risque retrouvées :
- Existence d'un cas dans l'entourage 48 %
  - Séjour hors métropole 41 %

29 % des cas sont des épisodes groupés. Ils concernaient les gens du voyage, ou des enfants en collectivité.

*Recommandations formulées :*

Vacciner lors de voyage en zone d'endémie

#### ■ Données départementales :

**28 cas déclarés** (stable/2006 = 28), 2 cas familiaux ayant concerné 8 personnes.

#### Remarques

Une enquête est conduite par la DDASS si cela concerne des cas familiaux, une collectivité d'enfants, ou lorsqu'un aliment peut être incriminé (par ex : fruits de mer...).

Recommandations formulées par notre service : rappel et/ou mise en place des mesures d'hygiène adaptées

##### HÉPATITE B AIGUË

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire DGS/SD5C/SD6A n° 2003/60 du 10 février 2003.* Le but de cette surveillance est d'évaluer l'impact de la politique de prévention en mesurant la circulation du virus de l'hépatite B.

*A titre informatif* : Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire n° 51-52 du 25 décembre 2007

Estimation du taux d'incidence des cas symptomatiques de 1/100 000 ha en France.

Persistance d'une sous déclaration importante.

La moitié de ces cas notifiés à l'InVS avaient une indication vaccinale et auraient donc pu être évités.



# INFORMATIONS DÉPARTEMENTALES

## ■ Données départementales :

**7 cas déclarés** seulement (22 en 2006) : diminution liée à une sous déclaration ?

## INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUE

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire N°DGS/DESUS/2006/248 du 8 juin 2006 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque B : 14 : PI-7, 16.*

A titre informatif : Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire n° 51-52 du 25 décembre 2007 L'enquête autour des cas est effectuée par le MISP (médecin inspecteur de santé publique) de la DDASS qui détermine en dehors des familles proches, qui sont prises en charge par le service hospitalier, la mise sous chimioprophylaxie des sujet contacts et recommande la vaccination si nécessaire.

Le taux d'incidence en France (corrigé pour la sous déclaration) de 1,3/100 000 ha

• mais un taux de 14,8/105 pour les enfants de moins de 1 an

• 64 % de sérotype B

• létalité de 10 % (augmentation de plus de 25 % en cas de purpura fulminans)

Le taux d'incidence en région Ile-de-France est compris entre 0-0,99/100 000 ha

## ■ Données départementales :

**22 cas déclarés** (tendance à une légère augmentation depuis 2003)

### Chimioprophylaxie

• Famille : 173

• Collectivité : 282 dont 46 soignants hospitaliers

**Rappel** : la mise sous chimioprophylaxie à l'hôpital concerne seulement les personnes ayant réalisé le bouche à bouche ou une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à 24 heures après sa mise en œuvre.

Sérotype	B	C	Y	W135	Non déterminé
Nombre	12	6	1	1	2

Une analyse plus détaillée en 2007, nous montre que :

- 50 % des patients sont âgés de moins de 18 ans. Le diagnostic a été fait par l'isolement du méningocoque dans 18 cas /22.
- 50% des patient ont présenté des éléments cutanés (purpuriques 9, fulminans 2).
- 73 % des patients sont guéris (17)
- 4 patients présentent des séquelles
- 1 patient est décédé.

## LÉGIONELLOSE

➔ Cadre réglementaire : *Décret n° 87-1012 du 11 décembre 1987 modifiant le décret n° 86-770 du 10 juin 1986.*

Au niveau départemental, la déclaration permet à la DDASS de réaliser une enquête visant à :

- identifier les expositions à risque et rechercher d'autres cas liés à ces expositions.
- prendre les mesures environnementales de contrôle appropriées.

Au niveau national, la déclaration permet de connaître la fréquence, les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques de cette maladie.

A titre informatif : Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire n° 43 du 6 novembre 2007

• Taux d'incidence national 2,3/100 000 ha

• Age médian 61 ans

• Létalité 10 %

• 95 % des diagnostics faits par antigène soluble urinaire (L.pneumophila sérotype 1)

• Pour 27 % des cas, le tabagisme est le seul facteur favorisant identifié.

## ■ Données départementales :

**27 cas ont été déclarés**, aucun cas groupé sur le département (1 cas appartenait à des cas groupés d'un autre département)

• L'origine des expositions a été retrouvée pour 11 cas :

- nosocomiale probable (hôpital – maison de retraite) : 2

- communautaire (autres) : 9

• inconnu : 1

• aucune exposition à risque retrouvée : 15

Le diagnostic a été établi 25 fois/27 par recherche d'antigène soluble urinaire (donc *Legionella pneumophila* sérotype 1).

Sur 27 patients : 16 ont guéri, 4 sont décédés et pour 7 patients l'évolution n'est pas connue.

### Remarques

Les DO restent stables puisque l'on constate une moyenne de 24 cas/an depuis 2003.

La gestion des DO de légionellose fait intervenir à la DDASS, la cellule veille sanitaire mais également les ingénieurs et techniciens sanitaires qui assurent l'évaluation du risque et la recherche des sources environnementales autour des cas (circuit d'eau chaude, tour aéro-réfrigérante...).

## LISTÉRIOSE

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire DGS/VS 2 n° 98-240 du 15 avril 1998.*

## ■ Données départementales :

**9 cas déclarés**

• 1 forme materno-néonatale

• 2 formes neuroméningées

• 6 formes cliniques septiques

### Remarques

Le service d'épidémiologie de la DDASS demande au patient ou à ses proches de remplir un questionnaire alimentaire qui est transmis avec la D.O à l'InVS (Institut de veille sanitaire). La Direction Départementale des Services Vétérinaires (DDSV) n'intervient, selon les recommandations en vigueur, que

s'il s'agit d'une listériose méningée. Des prélèvements alimentaires sont alors effectués au domicile du patient.

## ROUGEOLE

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire N°DGS/SD5C/2005/303 du 4 juillet 2005 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés.*

L'objectif de cette déclaration est l'élimination de la rougeole en Europe telle que l'a demandé l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Afin de parvenir à cet objectif, une meilleure connaissance de la circulation du virus dans la population est nécessaire. La déclaration obligatoire de la rougeole est donc rétablie et la confirmation biologique des cas devient un élément essentiel de cette surveillance.

## ■ Données départementales :

**1 cas déclaré**

## SATURNISME

➔ Cadre réglementaire : *Circulaire DGS/SD5C/SD6A n° 2003/60 du 10 février 2003.*

Le saturnisme est un cas particulier parmi les MDO : c'est la seule pathologie qui ne soit pas d'origine infectieuse. Le signalement permet à la DDASS d'engager une investigation et de prendre toutes les mesures de protection individuelle et collective (notamment réalisation de travaux...). L'analyse des données de notification pourrait faire ressortir de nouveaux modes d'intoxication.

## ■ Données départementales :

**89 cas déclarés**

### Remarques

En 2007 on note une diminution d'au moins 40 % du nombre de déclarations.

Comme en 2006, 50 % des dépistages sont toujours issus de 2 communes : Aubervilliers et Saint Denis.

Les PMI du département déclarent et suivent toujours la majorité des enfants.

Les PMI du Conseil Général ont dépisté 1 008 enfants, 4 % d'entre eux présentent une intoxication au plomb.

## TOXI INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE (TIAC)

➔ Cadre réglementaire : *Décret n° 86-770 du 10 juin 1986 fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en application de l'article L. 11 du code de la santé publique.*

L'objectif de cette déclaration est :

- d'identifier précocement l'origine de la TIAC et, le cas échéant retirer de la distribution l'aliment incriminé ;
- de corriger les erreurs de préparation dans les établissements de restauration collective et en milieu familial ;

• de réduire la contamination des matières premières (mesures de prévention dans les élevages, abattage des troupeaux de poules pondeuses contaminées, etc.).

■ **Données départementales :**  
**15 notifications de TIAC**

**Remarques**

A la demande de la DDASS, la Direction Départementale des Services Vétérinaires (DDSV) effectue les analyses sur les plats témoins (obligation de conservation de ces derniers 5 jours pour toute restauration collective).

**Résultats des analyses alimentaires :** sur ces 15 notifications

- 14 sont d'origine alimentaire probable, dont une allergie histaminique
- 1 origine aqueuse suspectée
- 3/12 les analyses sont positives avec :
  - Bacillus cereus retrouvé 2 fois
  - Staphylocoque retrouvé 2 fois

13 intoxications / 15 déclarées ont concerné des structures de restauration collective : 5 cas d'intoxication se sont produits dans des établissements scolaires

8 sont représentés par des restaurants, plats à emporter, restaurants d'entreprise, maison de retraite...

12/15 ont fait l'objet d'une investigation par la DDSV

1/15 a fait l'objet d'une investigation par le CRECEP (Centre de Recherche d'Expertise et de Contrôle des Eaux de Paris).

## TUBERCULOSE

➔ Fait partie de la liste des MDO depuis le 20 mai 1964 mis en application le 1<sup>er</sup> mars 1965, modification de la fiche de déclaration en juillet 2007.

**L'objectif de cette déclaration est :**

- au niveau national ➔ permettre de suivre les tendances de la maladie, l'évolution des groupes à risque.
- au niveau départemental ➔ permettre d'adapter les actions de lutte antituberculeuse.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, prévoit la recentralisation de compétences de santé publique dont fait partie la lutte contre la tuberculose. En Seine Saint Denis, le Conseil Général a souhaité garder cette compétence en passant une convention de délégation avec la DDASS. L'objectif principal est le renforcement de la stratégie de lutte envers les groupes et zone à risque, afin d'améliorer le contrôle de cette pathologie.

En parallèle, un programme national de lutte contre la tuberculose a été initié, fondé en particulier sur l'adaptation de la DO initiale et la mise en œuvre de la déclaration des issues de traitement (les fiches de déclaration sont téléchargeables sur le site du Conseil

de l'Ordre [www.cdom93.fr](http://www.cdom93.fr)). Pour cela, notre service envoie au médecin déclarant un courrier 9 mois après le début du traitement, un 2<sup>e</sup> envoi est fait au 12<sup>e</sup> mois.

Ces mesures accompagnent la modification en 2007 de la politique vaccinale par le BCG.

**Pour rappel : contrairement à une idée parfois rapportée, la vaccination par le BCG reste recommandée pour tous les enfants vivant en Ile-de-France.**

**A titre informatif :** Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire n° 10-11 du 11 mars 2008  
Le taux d'incidence en France en 2006 : 8,5 / 100 000 ha (pays à faible incidence) avec de grandes disparités régionales.

Incidence en IdF de 17,3/10<sup>5</sup> (autres régions < 10/10<sup>5</sup> mais taux très différents selon les départements de la région :

- Paris 27,1/100 000 ha
- Seine Saint Denis 32,6/100 000 ha
- Yvelines < 9/100 000 ha

■ **Données départementales :**

**507 cas déclarés**, nombre stable par rapport aux 2 années précédentes

**Remarques**

La DO concerne :

- La tuberculose maladie quel que soit l'âge ayant conduit à la mise sous traitement.
- L'infection tuberculeuse latente (ITL) chez l'enfant de 15 ans et moins (donnée recueillie depuis 2003).

Les signalements sont transmis au Conseil Général chargé de la lutte antituberculeuse (CLAT) du département. Les Centres Départementaux de Dépistage et de Prévention Sanitaires (CDDPS) sont chargés de mettre en œuvre les dépistages autour du cas index.

**Tuberculose maladie : 458 cas déclarés**

- Caractéristique des cas :
  - 69 % des cas ont entre 25 et 59 ans
  - 65 % des cas sont des hommes
- Pays de naissance et nationalité :
  - 74 % des cas sont nés hors de France\*
  - 59,5 % des cas sont de nationalité étrangère\*

\*un patient pouvant appartenir à 2 catégories.

**Les ITL (infection tuberculeuse latente) représentent 49 DO/507.**

Ne sont déclarées que les ITL chez les enfants de moins de 15 ans.

69,3 % sont des enfants nés en France.

## VIH / SIDA

Il existe 2 DO, une pour la séroconversion VIH et la seconde pour le diagnostic stade Sida.

➔ VIH, Cadre réglementaire : *Circulaire DGS/SD5C/SD6A n° 2003/60 du 10 février 2003.*

➔ Sida, Cadre réglementaire : *Décret n° 86-770 du 10 juin 1986 fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en application de l'article L 11 du code de la santé publique (la*

notification des cas de sida, instaurée en 1982 devenue obligatoire depuis 1986).

L'objectif de ces déclarations est de :

- Observer les nouveaux diagnostics d'infection VIH
- Observer les nouveaux cas de sida et, parmi ces nouveaux cas, ceux développant le sida sans connaître leur positivité ou sans avoir de prise en charge.
- Observer les décès par sida.

Pour la séroconversion, il existe **2 circuits**.

**1<sup>er</sup> circuit :**

Les laboratoires d'analyses médicales publics et privés envoient une DO VIH à la DDASS qui la transmet à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

**2<sup>e</sup> circuit :**

Les CDAG envoient un tableau récapitulatif trimestriel à la DDASS et annuel pour l'InVS. Pour la DO Sida, le médecin hospitalier en charge du patient transmet cette déclaration à la DDASS.

Ainsi un même patient peut avoir 2 DO (VIH et Sida).

■ **Données départementales :**

Total DO VIH et Sida reçues à la DDASS  
**• 2007 = 414 cas déclarés** (361 VIH + 53 Sida)

- 2006 = 425
- 2005 = 329
- 2004 = 328

VIH déclarés hors CDAG = 339 (hôpitaux et laboratoires de ville)

1/3 de ces DO n'ont pas pu être analysées car **le feuillet n° 2 à renseigner par le « médecin prescripteur » n'a pas été retourné comme prévu au service de la DDASS.**

Profil VIH-Sida hors CDAG sur les 227 réponses complètes :

- 66 % ont un profil d'âge compris entre 25-45 ans
- 48 % sont nés en Afrique Subsaharienne et du Nord
- 25 % sont nés en France
- 12 % sont nés aux Caraïbes

Le mode de contamination est hétérosexuel pour 66,6 %

VIH déclarés par les CDAG (Conseil général + Hôpitaux) = 37VIH sur 4229 dépistages anonymes et non anonymes.

Pas d'étude plus approfondie possible puisque ces données sont anonymes.

Sida déclarés par les seuls services hospitaliers = 53 (stable/années précédentes)

6 patients sont décédés (11,3 %)  
60 % sont des hommes (diagnostic plus précoce chez les femmes par des consultations en gynéco obstétrique ?).

Tranche d'âge : la totalité a plus de 25 ans  
Pays de naissance

- 26,4 % ➔ France
- 58,5 % ➔ Afrique Subsaharienne

## II. SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Ces signalements sont faits par les établissements de santé à la DDASS et au CCLIN. Nette augmentation du nombre de signalement en 2007 : 22 cas déclarés (10 en 2006).

Germes	Nbre de signalement	Personnes
Clostridium Difficile	4	15 dont 3 décédés
Klebsillia Pneumoniae	3	5 dont 2 décédés
Staphylococcus aureus	2	2 dont 1 décédé
Légionelle	2	2

Les germes les plus fréquemment rencontrés :

La DDASS et le CCLIN vérifient que les mesures correctives appropriées sont bien mises en œuvre et que la situation est maîtrisée.

## III. PRINCIPALES ALERTES SANITAIRES NON SOUMISES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Cet item comprend des alertes concernant une ou plusieurs personnes ou une collectivité (maisons de retraite, crèche...).

Nombre total hors DO en 2007 : 78 concernant 358 personnes.

### COQUELUCHE

**11 cas** (27 personnes)

La gestion de ces épidémies s'appuie sur le rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche-séance du 22 septembre 2006.

La coqueluche n'étant plus à déclaration obligatoire depuis 1986, les infections nosoco-

miales de coqueluche doivent être signalées aux CCLIN et à la DDASS depuis 2001. La DDASS doit contribuer à la mise en place des conduites à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche (identification des sujets-contacts, vaccinations...).

**LES ECTOPARASIToses** (épidémie de gale, teignes...) pour lesquelles le service est régulièrement sollicité pour apporter une réponse rapide afin d'en limiter l'extension :

- Gale - **5 épidémies** dont 1 hospitalière qui a concerné 109 personnes.

**LES ÉPIDÉMIES GASTRIQUES VIRALES** intéressent un nombre important de personnes souvent fragiles (maison de retraite...)

**LES SUSPICIONS DETIAC** qui après enquête ne sont pas validées comme telles.

## EN CONCLUSION

Le bilan de la gestion des MDO en Seine-Saint-Denis montre que : le nombre total de DO et d'alertes (hors saturnisme) reçues par le service, restent stables depuis 2006.

Quelques points sont à noter :

- Le saturnisme :

Diminution importante du nombre de DO qui peut correspondre soit à une baisse du

dépistage et/ou à une amélioration de l'habitat, et donc diminution réelle des intoxications ?

- Hépatite B aiguë :

Diminution importante du nombre de déclaration d'hépatite B aiguë liée à une très probable sous déclaration ?

- VIH/SIDA :

Le nombre de DO VIH et Sida depuis 2005 ne décroît toujours pas sur le département. Le nombre de VIH + dépisté par les consultations des CDAG a par contre diminué d'environ 50 % par rapport à 2005 et 2006. Les CDAG restent-ils alors les structures les plus pertinentes pour diagnostiquer cette pathologie ?

Les tests de dépistage rapides, s'ils sont dans un futur proche utilisés plus facilement, pourront permettre un diagnostic plus précoce pour la population non dépistée dans les CDAG.

- La tuberculose :

Pour cette pathologie, notre département a le taux d'incidence le plus élevé du territoire et ceci avec une non exhaustivité de l'ensemble des DO.

Le changement de la politique vaccinale avec l'arrêt de l'obligation du BCG, doit rendre **chaque praticien encore plus vigilant quant à la surveillance de cette maladie. La surveillance étroite de l'émergence de bacilles résistants est primordiale.** Dans ce cadre, nous rappelons l'importance de compléter tous les items de cette DO : antibiogrammes et issues de traitement notamment.

Afin d'améliorer le recueil des données aussi bien quantitativement (visant l'exhaustivité) que qualitativement, l'étroite collaboration établie sur le département avec l'ensemble du réseau médical hospitaliers, libéraux, centres de santé, clinique (cliniciens, biologistes), médecins coordonnateurs de maison de retraite etc... doit se poursuivre, voire se renforcer.

Le service de veille et alerte de la DDASS ne peut apporter de réponses rapides, efficaces et cohérentes à la population du département lors de signalements d'événements sanitaires particuliers que par un travail en partenariat avec l'ensemble des intervenants, que ce soit l'éducation nationale, les collectivités locales, la direction départementale des services vétérinaires, et tout autre service concerné par la situation.

**Cellule de veille et alerte sanitaire**  
**Docteur Christiane BRUEL**  
**Infirmière Santé Publique Djamilia TOHMÉ**  
**Secrétariat : Nadia OURABIA**

## QUI APPELER EN CAS D'ALERTE SANITAIRE

Les jours de semaines (lundi à vendredi : 8h-18h)

**DDASS CELLULE VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE**

**Secrétariat : 01 41 60 71 55 – 01 41 60 70 69**

**Fax : 01 41 60 71 59**

**Mail : dd93-epidemio@sante.gouv.fr**

**Le soir, les week-ends et les jours fériés**

Vous pouvez appeler le standard de la préfecture au **01 41 60 60 60** qui transmettra à l'astreinte de la DDASS

## LES MALADIES A DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Les circulaires et les documents les concernant sont sur le site de l'InVS  
<http://www.invs.sante.fr/>

- Cliquer sur dossiers thématiques <http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm>
- Cliquer sur le M de l'alphabet
- Cliquer sur maladie à déclaration obligatoire <http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm>

*Immeuble l'Européen*  
*5-7, Promenade Jean Rostand*  
*93005 BOBIGNY CEDEX*  
*Tél. : 01 41 60 70 00*

## DEVENIR MÉDECIN DU MONDE !

Médecins du Monde, association de solidarité internationale, présente dans plus de 60 pays, est également implantée dans 27 villes en France au travers de 119 programmes qui mobilisent 2 042 bénévoles médecins, infirmières, sages-femmes, psychologues, logisticiens et personnes de tous horizons professionnels assurant l'accueil et l'accompagnement des bénéficiaires de ses actions. Ici ou là-bas, l'action de Médecins du Monde, association indépendante, s'inscrit selon 2 axes ;

**Soigner et Témoigner**, soigner ceux que le monde oublie peu à peu et témoigner pour dénoncer les atteintes à la dignité et aux droits de l'homme et pour améliorer la situation des populations en très grande précarité. La Mission Banlieue implantée à la Plaine Saint-Denis se décline en 3 missions :

Une mission de lutte contre le saturnisme infantile qui œuvre dans le Val de Marne par une incitation au dépistage, le suivi des familles victimes et mobilisation des acteurs locaux pour une lutte plus efficace contre cette pathologie.

Une mission auprès des Roms qui intervient sur des bidonvilles du 93 et du 95. Menée par une équipe de médecins, de pédiatres, de sages-femmes et infirmiers accompagnés de traducteurs, elle assure sur site des consultations médicales une action de périnatalité (suivi de grossesse, accès à la contraception...) et organise des séances de vaccinations.

### Un Centre d'Accueil de Soins et d'Orientations (Caso)

L'objectif du centre est de permettre l'accès aux soins des personnes en attente d'une couverture médicale vivant en banlieue parisienne en leur permettant l'accès gratuit à des consultations avec dispensation de médicaments, l'accès à des consultations de prévention en particulier des maladies infectieuses (VIH, hépatites B et C, tuberculose) et en leur offrant un accompagnement dans l'ouverture des droits à l'Aide Médicale d'État (AME). L'activité du CASO est importante, en 2007 le centre a assuré 4 945 consultations médicales, 4 683 consultations sociales, 3 095 orientations pour une ouverture des droits. Ces chiffres ont pu être atteints grâce à l'action bénévole de 18 accueillants sociaux, 12 médecins, 9 traducteurs, 9 infirmiers dédiés à l'action de prévention, 7 pharmaciens, 3 psychologues, 2 opérateurs de saisie et 2 logisticiens.

Les consultations médicales qui sont pratiquées s'inscrivent dans le cadre de soins de santé primaires. Les cas nécessitant l'accès à un plateau technique plus complexe sont orientés vers les consultations de précarité des hôpitaux (les PASS). L'objectif n'est pas de créer un système de soins parallèle à celui du droit commun, ni de fidéliser une patientèle mais de lui permettre d'intégrer le plus rapidement possible, comme tout un chacun, les réseaux de soins publics et privés.

**Aujourd'hui nos missions recrutent des médecins généralistes ou spécialistes**, sous réserve pour ces derniers de pouvoir également faire des consultations de médecine générale. Il est demandé à ces médecins de **pouvoir assurer une vacation d'une demi-journée par semaine**.

Le centre est ouvert au public du lundi après-midi au vendredi matin de 10 heures à 13 heures et de 14 heures à 17 heures.

**Médecins en activité ou retraités n'ayant pas interrompu leur activité depuis plus de 2 ans, vous souhaitez mettre vos compétences au service des Autres, les exclus. Venez participer à ce projet humanitaire : « aller vers ceux que le monde oublie peu à peu ».**



ASSOCIATION RECONNUE  
D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR  
DÉCRET DU 24.01.1989

### Médecins du Monde

Mission banlieue  
8 -10 rue des blés  
93210 La Plaine Saint-Denis  
Tél. : 01 55 93 19 29  
Email: [mdm.mission.banlieue@wanadoo.fr](mailto:mdm.mission.banlieue@wanadoo.fr)

## CRÉATION D'UNE LISTE DE DIFFUSION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT

Dans le souci de favoriser les échanges et la proximité avec les médecins du département, le Conseil départemental a mis en place un site internet ([www.cdom93.fr](http://www.cdom93.fr)). A l'appui de ce site, le Conseil met en place un outil de diffusion.

Pour réaliser cet objectif, nous souhaiterions que vous nous transmettiez votre adresse de courriel (E-mail).

Ces coordonnées permettront une interactivité efficace améliorant la qualité de nos échanges pour un meilleur exercice professionnel.

Réponse à adresser par courrier au siège du CDOM, 2 rue Adèle, 93250 Villemomble

### Le Docteur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Mode d'exercice principal :  Libéral  
 Hospitalier  
 Salarié

Précise que son adresse de courriel est la suivante : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_





## POINT ACTUEL SUR LA PERMANENCE DES SOINS EN SEINE-SAINT-DENIS

Depuis une vingtaine d'années existe en Seine Saint Denis un Centre 15 avec une régulation médicale mixte libérale et salariée hospitalière, appuyée par des effecteurs comprenant le S.U.R (association d'urgentistes domiciliée dans notre département) les médecins libéraux et, pour les urgences graves, le SMUR.

A la suite de la publication en septembre 2003 du décret sur la permanence des soins s'est organisée, dans notre département, une architecture originale qui a formalisé la situation préexistante.

Après des échanges nombreux avec l'ensemble des partenaires du département (Syndicats représentatifs, État, Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, SUR, SAMU et Association PS93) s'est mise en place une double sectorisation départementale :

- une sectorisation en cinq secteurs, calquée sur les cinq secteurs des SMUR, pour les visites à domicile (voir carte ci-dessous)

- une sectorisation en treize secteurs pour les gardes postées sur place.

Treize secteurs de gardes postées pour les consultations :

- Secteur A : Epinay-Sur-Seine, Villetaneuse, Pierrefitte, Stains
- Secteur B : Saint-Denis, Saint-Ouen
- Secteur C : Aubervilliers, La Courneuve
- Secteur D : Dugny, Le Bourget, Le Blanc Mesnil
- Secteur E : Bobigny, Drancy
- Secteur F : Aulnay-Sous-Bois, Tremblay, Villepinte, Vaujours, Sevran
- Secteur G : Livry-Gargan, Coubron, Clichy-Sous-Bois, Montfermeil
- Secteur H : Les Pavillons-Sous-Bois, Le Raincy, Gagny, Villemomble
- Secteur I : Gournay-Sur-marne, Noisy Le Grand
- Secteur J : Neuilly-sur-marne, Neuilly-Plaisance, Rosny-Sous-Bois
- Secteur K : Bondy, Noisy Le Sec
- Secteur L : Montreuil-Sous-Bois, Bagnolet
- Secteur M : Les Lilas, Romainville, Le Pré Saint Gervais, Pantin

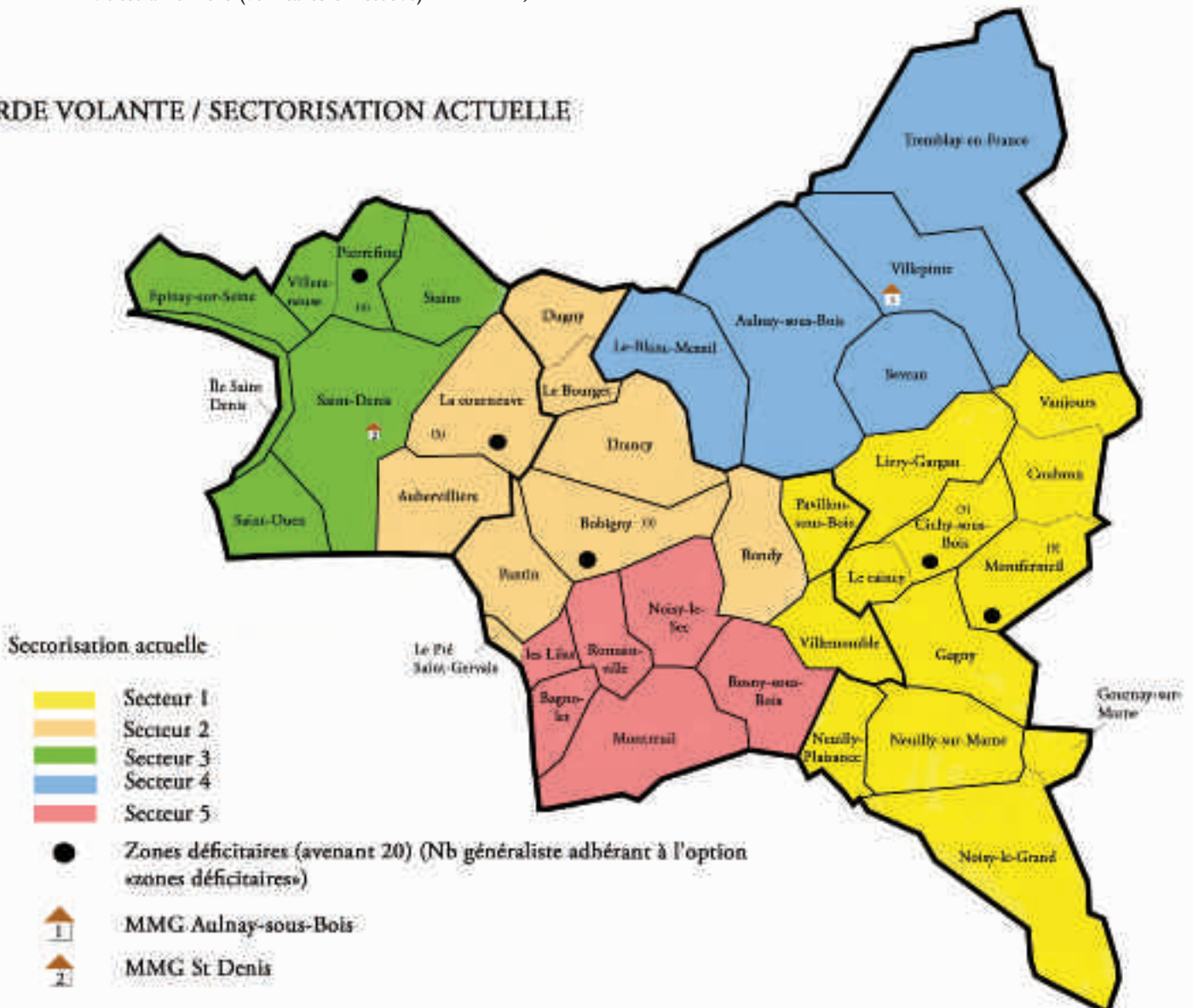
Cette sectorisation, avec comme pivot le Centre 15, a été validée par un arrêté préfectoral.

Les accords conventionnels entre les Syndicats Représentatifs et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ont mis en place des indemnisations pour les médecins qui participent, dans le cadre du volontariat, à ces permanences de soins.

Ces valorisations, astreintes de présence additionnées à des tarifs spécifiques pour les actes effectués en permanences de soins avec supplément de régulation, ont répondu aux demandes des médecins et de leurs représentants.

L'avenant conventionnel N° 27 les récapitule.

### GARDE VOLANTE / SECTORISATION ACTUELLE



## AVENANT N° 27 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

Vu l'article L 162-5 du code de la sécurité sociale ;  
Vu la convention nationale organisant les rapports  
entre les médecins libéraux et l'assurance maladie  
signée le 12 janvier 2005, ses avenants et  
annexes ;

Vu le décret n° 2006-1686 du 22 décembre  
2006 relatif aux modalités d'organisation de la  
permanence des soins ;

Le décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006  
relatif aux modalités d'organisation de la perma-  
nence des soins étend les plages horaires du dispo-  
sitif de permanence des soins en médecine  
ambulatoire. Ainsi, ces dernières peuvent s'éten-  
dre désormais aux samedis à partir de midi, aux  
lundis ouvrés lorsqu'ils précèdent un jour férié,  
ainsi qu'aux vendredis et aux samedis lorsqu'ils  
suivent un jour férié, en fonction des besoins de  
la population.

Afin de prendre en compte ces modifications régle-  
mentaires, les partenaires conventionnels convien-  
nent de compléter l'avenant n° 4 à la convention  
nationale, signé le 22 avril 2005 et publié au Jour-  
nal officiel du 1<sup>er</sup> juin 2005.

A cet effet, ils réitèrent leur engagement d'ap-  
porter à la permanence des soins une réponse  
organisationnelle adaptée aux besoins de soins  
de la population, en fonction des périodes et des  
territoires.

Ils conviennent également d'accompagner l'ex-  
tension des plages horaires d'une restructuration  
de l'offre de soins, en privilégiant en priorité une  
régulation libérale des appels.

L'avenant n° 4 à la convention nationale des  
médecins libéraux est complété comme suit :

### Article 1<sup>er</sup> Champ d'application

En application des dispositions du décret du

22 décembre 2006, le préfet peut étendre les  
périodes de permanence des soins, pour tout ou  
partie des secteurs arrêtés dans le département :

- aux samedis à partir de 12 heures ;
- aux lundis ouvrés de 8 heures à 20 heures lors-  
qu'ils précèdent un jour férié ;
- aux vendredis de 8 heures à 20 heures et same-  
dis de 8 heures à 12 heures, lorsqu'ils suivent  
un jour férié.

Le préfet prend cette mesure en fonction des  
besoins de la population évalués à partir de l'ac-  
tivité médicale constatée et de l'offre de soins  
existante et l'inscrit dans le cahier des charges  
départemental.

Les partenaires conventionnels définissent dans  
le présent avenant la participation de l'assurance  
maladie au financement des majorations spéci-  
fiques et de l'astreinte.

Les partenaires conventionnels précisent que ces  
mesures ne s'appliquent qu'aux médecins libé-  
raux inscrits sur le tableau de garde pendant l'une  
ou plusieurs de ces périodes.

Les partenaires conventionnels définissent égale-  
ment dans le présent avenant les modalités de  
rémunération des médecins régulateurs libéraux  
pour les nouvelles périodes de permanence des  
soins, selon les mêmes conditions que celles déter-  
minées dans l'avenant n° 4.

### Article 2 Participation de l'assurance maladie au financement de la permanence des soins

#### 2.1. Majorations spécifiques

Les majorations spécifiques définies à l'article 3  
de l'avenant n° 4 sont appliquées pendant les  
nouvelles périodes de permanence des soins dé-  
finies à l'article 1<sup>er</sup> du présent avenant au montant  
et dans les conditions prévues à l'article 3 de  
l'avenant n° 4.

#### 2.2. Astreinte

Le montant de la somme versée au médecin libé-  
ral d'astreinte sur les nouvelles périodes de perma-  
nence des soins telles que définies à l'article 1<sup>er</sup>  
du présent avenant est le suivant :

- samedi de 12 heures à 20 heures : 100 € ;
- lundi ouvré de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il  
précède un jour férié, et vendredi de 8 heures  
à 20 heures, lorsqu'il suit un jour férié : 150 € ;
- samedi de 8 heures à 12 heures lorsqu'il suit  
un jour férié : 50 €.

L'astreinte est versée dans les conditions définies  
à l'article 4 de l'avenant n° 4.

#### 2.3. Régulation

Le montant versé au médecin libéral pour sa  
participation à la régulation organisée en lien  
avec le SAMU pendant les nouvelles périodes de  
permanence des soins telles que définies à l'ar-  
ticle 1<sup>er</sup> du présent avenant est de 3C de l'heure.  
Cette rémunération est versée dans les condi-  
tions définies à l'article 2 de l'avenant n° 4.

### Article 3 Mise en œuvre

Compte tenu des engagements pris par le Gouver-  
nement dans le courrier de la ministre de la santé,  
de la jeunesse et des sports en date du 12 décem-  
bre de poursuivre la re-sectorisation de la perma-  
nence des soins, les mesures définies dans le  
présent avenant interviendront, dans chaque  
département, dès qu'un arrêté préfectoral portant  
organisation de la permanence des soins et  
conforme à ces orientations a été pris.

Dans l'attente, la permanence des soins sera assu-  
rée les 24 et 31 décembre 2007, d'une part, par  
un médecin de permanence inscrit sur le tableau  
tenu par l'ordre et, d'autre part, par le médecin  
régulateur libéral intervenant au sein du centre  
de régulation en lien avec le SAMU- centre 15.  
Elle sera rémunérée sur l'ensemble du territoire  
sur la base de l'avenant n° 4 précité et confor-  
mément à l'article 2 du présent avenant.

### Article 4 Évaluation

Les partenaires conventionnels s'entendent pour  
suivre et évaluer la mise en œuvre du présent  
avenant. Un premier bilan d'étape sera réalisé  
trois mois à compter de sa date de publication.

Fait à Paris, le 19 décembre 2007.

Au fur et à mesure de la réflexion, il apparaît  
que, dans notre département, le besoin le plus  
aigu concerne les périodes du samedi après-  
midi et toute la journée du dimanche.

En effet l'analyse de ces plages horaires et des  
appels au centre 15 montrent des « flux  
tendus » entre les demandes de médecins et  
les offres malgré une présence forte des  
urgentistes, et une optimisation de l'organi-  
sation.

C'est pourquoi aidé et soutenu par le conseil  
départemental de l'Ordre des Médecins un  
certain nombre de praticiens de différents  
secteurs ont décidé de mettre en place pour  
les dimanches et jours fériés, des gardes  
postées.

Ces gardes postées fonctionnent avec une  
certaine souplesse.

En effet, le médecin peut effectuer sa garde  
soit dans son cabinet, soit dans une structure  
à laquelle il a accès (Clinique, Centre Médi-

cal). Il informe le Centre 15 de sa présence  
sur le secteur où il effectue cette garde.  
Il peut, s'il le souhaite, informer d'autres acteurs  
(Pharmaciens, Commissariat, Pompiers).

Actuellement, cinq secteurs de gardes postées  
(sur treize) ont totalement ou partiellement  
mis en place une garde du samedi après-midi  
et/ou du dimanche et/ou des jours fériés.

#### • Secteur E : Bobigny, Drancy :

Médecin coordonnateur Dr Jacques DAVID  
(01 48 35 22 66)

#### • Secteur G : Livry-Gargan, Coubron,

Clichy-Sous-Bois, Montfermeil :  
Médecin coordonnateur Dr Xavier MARLAND  
(01 43 02 09 86)

#### • Secteur I : Gournay-Sur-marne, Noisy Le Grand :

Médecin coordonnateur Dr Dominique BLON-  
DEL (01 43 03 73 78)

#### • Secteur L : Montreuil-Sous-Bois, Bagno- let :

Médecin coordonnateur Dr Christian VIALLE  
(01 48 58 43 19)

#### • Secteur C : Aubervilliers- La Courmeuve Médecin coordonnateur Dr Khalid BOUHISSEN (01 48 35 22 66)

En dehors de ces gardes postées, fonction-  
nent dans notre département, depuis plus  
d'un an, deux maisons médicales :

- La maison médicale d'Aulnay-sous-Bois -  
Villepinte qui est intra-muros dans l'Hôpi-  
tal Robert Ballanger et qui assure une  
consultation postée tous les soirs ainsi que  
le week-end pendant les horaires de perma-  
nence de soins.



- Une deuxième maison médicale existe à Saint Denis dans un local attenant à l'Hôpital Delafontaine et qui exerce une activité les samedis et dimanches ainsi que les jours fériés pendant les horaires de permanence de soins.

Un travail en harmonie et dans la confraternité entre ces deux maisons médicales de gardes et l'hôpital voisin permet une fluidité des patients venant aux urgences hospitalières vers ces maisons médicales de gardes. Il existe, également, dans notre département des centres d'urgences agréés dans certaines structures hospitalières privées :

- Aubervilliers : Hôpital privé Européen de Paris La Roseaie
- Bagnolet : Clinique Floréal
- Le Blanc Mesnil : Hôpital privé du Nord Est parisien

- Saint-Denis : Hôpital privé de la Seine Saint Denis
- Stains : Clinique de l'Estrée
- Tremblay en France : Clinique du Vert Galant

Enfin, des gardes sont assurées par des confrères dans des structures hospitalières, bien qu'ils n'aient pas l'agrément d'urgence.

L'Association P.S.93 qui regroupe l'ensemble des médecins impliqués, assure le partenariat avec le SAMU 93 au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels - Centre 15. Tout ce dispositif permet à la population séquano-dyonisienne d'avoir une réponse médicale, en cas de demande de soins non programmée, en dehors des horaires habituels de consultations et de visites.

L'implication de tous les médecins doit permettre une égale répartition de cette permanence de soins et des avantages prévus

dans le cadre des dispositions conventionnelles.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins y agit, conformément à sa mission, en liaison avec les syndicats représentatifs et l'Association PS 93, pour renforcer et optimiser ce système.

Il ne peut qu'inciter, dans un souci d'éthique et d'équité, à ce que l'ensemble des praticiens participe peu ou prou à cette activité qui fait partie de notre mission, ceci dans le respect des contraintes personnelles ou professionnelles. Le Conseil, soutien de l'ensemble des praticiens, est disponible pour apporter son expertise et favoriser le maillage optimal de notre département.

Il reste, également, à la disposition des confrères pour tout appui logistique dans la mise en place des gardes postées dans les secteurs non encore pourvus.

## DIFFICULTÉS DE L'EXERCICE MÉDICAL : UNE APPROCHE ORIGINALE

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Saint-Denis a toujours été à votre écoute (permanences de conseillers dans ses locaux qui peuvent vous recevoir ou répondre à vos questions par téléphone).

Les difficultés que nous rencontrons dans notre exercice s'aggravent depuis plusieurs années. La presse professionnelle, voire grand public, s'en fait l'écho et vous êtes de plus en plus nombreux à venir dans les locaux de l'Ordre exprimer ce malaise. Nous parlons maintenant de burn out.

Une première réunion, organisée par le Conseil de l'Ordre et animée par les Docteurs Landrin et Fournier, s'est tenue à la Domus Medica en avril 2008 sur ce thème, au cours de laquelle vous avez été nombreux à manifester vos angoisses, votre désenchantement, votre sensation d'avoir des difficultés à surmonter le quotidien professionnel et à faire des propositions.

Le tour de table a permis d'évaluer et de hiérarchiser les difficultés, les contraintes, les agressions réelles ou ressenties.

En premier lieu figurent les contraintes administratives de plus en plus envahissantes, le poids ressenti des rapports avec les caisses, les exigences des patients concernant les imprimés et les questionnaires à remplir. Viennent ensuite les agressions diverses des patients, qu'elles soient verbales ou physiques, de la simple exigence exprimée aux menaces et aux dégradations.

Dans ce chapitre sont à placer les difficultés de gestion des appels téléphoniques ressentis par certains comme un harcèlement.

De façon caricaturale « les médecins n'ont plus que des devoirs et les patients que des droits ».

Des consœurs ont signalé des problèmes de traduction concernant des patientes ne parlant pas le français et ayant recours à leur enfant comme interprète (non respect du secret médical et de l'intimité lors de consultation gynécologique par exemple).

Des propositions ont été faites :

- comment apprendre à dire non lors de cours de communication,
- envisager des « groupes de thérapie »,
- combattre la solitude des médecins ; les confrères exerçant en groupe ou dans des communes avec une amicale active présentent moins de difficultés et sont plus sereins.

Il a été convenu :

- de réunir un « groupe d'écoute », régulièrement tous les mois ou tous les deux mois, selon les souhaits et les présences, ouvert à tous les médecins du département. Le

besoin d'être écouté fait l'unanimité.

- d'organiser avec les associations de FMC des formations à la communication.
- que l'Ordre se fasse votre porte parole auprès de la Direction Départementale de la Sécurité (les incivilités, les agressions verbales voire physiques nous concernent tous).
- qu'il le fasse aussi auprès des syndicats représentatifs, dans le cadre conventionnel, auprès de la CPAM (la première de vos plaintes est en rapport avec les charges administratives).
- d'étudier les possibilités de mettre sur pied une médecine du Travail pour les médecins libéraux.

La première réunion du « groupe d'écoute » aura lieu

**Le mercredi 14 janvier 2009 à 21 h  
À la Domus Medica**

Nous publierons le compte-rendu de cette réunion dans le prochain numéro du bulletin et sur le site internet du Conseil départemental.

De par ses missions définies par la Loi, l'Ordre reste à votre disposition.

**Dr Patrice Fournier, Conseiller Ordinal  
Président de la Commission Exercice  
Professionnel**



### CENTRE 15

Dans le cadre de son développement, le CENTRE 15

**recherche des médecins  
régulateurs libéraux**

dans le cadre de la Permanence des Soins :

- formation assurée • travail en équipe
- régulation médicale des appels de médecine générale provenant au Centre 15

Pour tout renseignement, s'adresser au 01 48 96 44 95 (secrétariat de la Permanence des Soins).

La tenue d'une seconde réunion a été décidée et elle a eu lieu le 16 octobre dernier. Elle a regroupé un noyau de confrères prêts à travailler avec nous sur ce sujet.

Tous médecins libéraux, leur répartition était homogène sur l'ensemble du département, 25 % de femmes, 80 % de généralistes.

## CERTIFICAT DE DÉCÈS : QUELQUES RAPPELS

### QUE DIT LA LOI ?

Selon la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, article L2223-42 du code général des collectivités territoriales : « L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la santé, précise la ou les causes de décès, aux fins de transmission à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et aux organismes dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce même décret fixe les modalités de cette transmission, notamment les conditions propres à garantir sa confidentialité... » Ce texte fixe les caractéristiques principales de la certification des décès en France : la certification est obligatoire, le certificat doit être établi par un médecin et les causes du décès sont confidentielles.

C'est le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, service de l'Inserm) qui centralise l'ensemble des certificats médicaux des décès survenus sur le territoire.

Le CépiDc code les causes médicales de décès selon les règles de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS. Cette procédure garantit la comparabilité internationale des pratiques de codification de la cause médicale de décès dont les missions sont :

- la production des statistiques nationales sur les causes médicales de décès,
- la diffusion de ces statistiques,
- la conduite d'études et de recherches sur les données de mortalité.

Le CépiDc est également Centre Collaborateur OMS pour la Famille des Classifications Internationales en Santé pour la langue française. Le site internet du CépiDc présente les méthodes utilisées et met à disposition un grand nombre de données (<http://www.cepiddc.vesinet.inserm.fr/>)

### QUEL CERTIFICAT RÉDIGER ?

L'arrêté du 24/12/1996 institue à compter du 01/01/1997 deux certificats de décès. Le premier concerne les décès néonataux jusqu'à 27 jours de vie (mort-nés exclus), pour les enfants d'âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 g à la naissance. Le second concerne les décès à partir du 28<sup>e</sup> jour. Seul le volet médical (partie basse confidentielle) est propre à chacun des deux certificats. Ces 2 modèles sont disponibles auprès des DDASS. Le certificat habituellement utilisé doit être conforme à l'arrêté du 24 décembre 1996 relatif aux deux modèles du certificat de décès (JO du 5 février 1997).

Certaines dispositions ont été modifiées par l'arrêté du 24 novembre 2006 (JO du 20 décembre 2006), pour autoriser le certificat de décès électronique (cf. infra).

Les établissements de santé sont à l'origine de 70 % des certificats de décès et les médecins libéraux de 30 %.

### QUE DEVIENT LE CERTIFICAT RÉDIGÉ ?

Prenons le cas du certificat « papier » que nous connaissons tous. Le médecin remplit les deux parties du certificat (figure 1) et clôt la partie médicale (partie inférieure). Le certificat est transmis à la mairie. La mairie rédige alors deux documents : l'avis 7 bis et le bulletin 7. L'avis 7 bis comporte le nom de la personne décédée et les informations d'état civil qui permettront à l'Insee de mettre à jour le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP). Le bulletin 7 comprend les mêmes informations individuelles sur la personne décédée mais sans le nom. La mairie envoie l'avis 7 bis à l'Insee et le bulletin 7, accompagné de la partie inférieure du certificat toujours close, à la DDASS du département. Le médecin de la DDASS ouvre le certificat et prend connaissance des causes du décès (dans un contexte de surveillance des causes de décès). Le certificat est ensuite envoyé à l'Inserm toujours accompagné du bulletin 7.

En cas de mort suspecte, le corps est transféré dans un Institut médico-légal qui rédige le certificat médical de décès définitif. Nous allons y revenir.

Ce circuit relativement complexe a pour objectif de garantir la confidentialité des causes de décès.

### QUI PEUT RÉDIGER UN CERTIFICAT DE DÉCÈS ?

Le médecin qui remplit ce certificat est celui qui a constaté le décès.

A noter qu'un interne ne peut pas rédiger un certificat de décès. En effet, bien que l'interne en médecine exerce des fonctions par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève (article R 6153-3 du Code de la santé publique), pour avoir le droit d'exercer la médecine en France, il faut, à côté des conditions de diplôme et de nationalité, être inscrit à un tableau départemental de l'Ordre des médecins (article L 411 1-1 du Code de la santé publique) ce qui n'est pas le cas d'un interne. Un interne, non inscrit à l'Ordre, n'est alors pas un « médecin » sauf dans le cadre d'un remplacement autorisé en médecine libérale. Selon la circulaire n° 322 DGS-OD/DH du 2 octobre 1992 : « seuls les médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins peuvent établir des certificats dont la rédaction est prescrite par les textes législatifs et réglementaires ».

### COMMENT RÉDIGER UN CERTIFICAT DE DÉCÈS ?

La rédaction d'un certificat de décès est un acte médical important du point de vue administratif et judiciaire

En effet, ce certificat est nécessaire :

- pour que l'officier d'État civil délivre le permis d'inhumation,
  - pour obtenir les autorisations nécessaires à diverses opérations funéraires (crémation, soins de conservation, transfert de corps),
  - pour signaler que, dans un intérêt sanitaire, le corps doit être mis en bière immédiatement,
  - pour s'opposer à l'inhumation immédiate ou à la crémation en cas de mort suspecte.
- Dans sa version papier traditionnelle (figure 2), le volet administratif comprend trois feuillets, dont deux autocopiants. Le premier est destiné à la mairie du lieu de la chambre funéraire, le second au gestionnaire de la chambre funéraire et le troisième est conservé par la mairie du lieu de décès.

### LE CERTIFICAT ÉLECTRONIQUE

L'arrêté du 24 novembre 2006 (JO du 20 décembre 2006) stipule que le médecin constatant le décès peut établir le certificat de décès sur support électronique. Dans ce cas, après s'être authentifié au moyen d'une carte de professionnel de santé ou d'un système équivalent, il accède aux formulaires de certificats de décès par le réseau internet à l'adresse <http://sic.certdc.inserm.fr>. Le médecin complète le certificat sur l'ordinateur. Le volet administratif du certificat est imprimé en trois exemplaires. Le premier feuillet est destiné à la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire, le second au gestionnaire de la chambre funéraire si besoin et le dernier est conservé par la mairie du lieu de décès.

Le volet médical est transmis par voie électronique et ne fait l'objet d'aucune édition papier. Depuis la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000, l'écrit sous forme électronique est admis comme preuve au même titre que l'écrit sur support papier sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité (article 1316-1 du Code civil).

Le premier objectif de ce nouveau système est de permettre une transmission très rapide des causes de décès afin d'améliorer la veille sanitaire et le système d'alerte. Le nouveau système permet d'alimenter en temps réel un serveur accessible aux organismes de recherche et de veille sanitaire. Le système fonctionne sur la base de l'identification de la carte de professionnel de santé (CPS). Mais étant donné que tous les médecins (en particulier les médecins hospitaliers !) n'ont pas encore de carte CPS, la connexion est autorisée avec un authentifiant et un mot de passe. Les pouvoirs publics ont annoncé la généralisation du certificat de décès sur support électronique. Rappelons que le décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 précise que tous les médecins, qu'ils exercent en cabinet libéral, en établissement public ou privé, devront disposer d'une carte de profession-



## ARRETS DE TRAVAIL : RAPPELS POUR UNE BONNE PRATIQUE

Quelques rappels afin de bien prescrire et rédiger un arrêt de travail à un patient relevant du Régime Général.

### 1 / LA DURÉE

Elle est laissée à la juste appréciation du médecin avec la seule limite de l'article 28 du code de déontologie qui souligne que « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ». Un rapport du CNOM précise toutefois que le médecin doit fonder ses décisions « sur les données acquises de la science et en faisant appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents ».

### 2/ LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL :

Les médecins sont tenus de mentionner sur le 1<sup>er</sup> volet de l'avis d'arrêt de travail destiné au médecin-conseil les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail qui donne lieu à l'octroi d'indemnités journalières (article L. 162-4-1 du CSS). Afin de garantir le respect du secret médical, cet imprimé doit être adressé au service médical de la caisse d'affiliation de l'assuré sous enveloppe portant la mention « secret médical », à l'attention du médecin conseil. Le plus simple est d'utiliser l'enveloppe bleue fournie avec les arrêts de travail fournie par la Caisse.

### 3/ LES HEURES DE SORTIE :

Depuis le 15 septembre 2007, les obligations des patients en cas d'arrêts de travail pour maladie et accidents du travail ont changé. Désormais le médecin doit préciser si l'état de santé de son patient autorise des sorties. Si c'est le cas, le patient doit être présent de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examen. Par dérogation, le médecin peut autoriser des sorties totalement libres. Il doit alors indiquer sur l'avis d'arrêt de travail les éléments d'ordre médical justifiant cette autorisation. Le patient est tenu de respecter ces heures de présence au domicile pendant toute la durée de son arrêt de travail, y compris

les samedis, dimanches et jours fériés. S'il doit séjourner en dehors de son département, il lui faut demander au préalable l'accord de sa caisse.

### 4/ LES CONTRÔLES :

Ils sont systématiques sur les arrêts de longue durée et diligentés par la caisse d'Assurance maladie. Depuis août 2007, tous les arrêts de plus de 45 jours sont contrôlés (depuis 2005, le contrôle avait lieu au 60<sup>e</sup> jour au lieu du 90<sup>e</sup> auparavant). Les médecins-conseils de l'Assurance maladie évaluent l'état de santé du patient et la justification médicale de l'arrêt de travail en rencontrant le patient ou en prenant contact avec son médecin traitant. Par ailleurs, les contrôles sont également renforcés sur les arrêts de courte durée et répétitifs. Ils concernent les personnes qui ont eu un ou plusieurs arrêts de courte durée au cours des 12 derniers mois. La fréquence des arrêts, les motifs médicaux, le lien entre la durée de l'arrêt et le motif médical, ou l'absence de motif permettent de déclencher un contrôle de la justification de l'arrêt.

Des contrôles privés pratiqués à la demande des employeurs, depuis la loi sur la mensualisation du temps de travail existaient déjà, ce qui permettait aux employeurs en cas d'absence du patient ou d'arrêt de travail jugé injustifié par le médecin contrôleur, de suspendre le versement de la part patronale des indemnités journalières. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a prévu un nouveau dispositif de contrôles privés des arrêts de travail. Depuis la publication de son décret d'application au JO du 13 juin 2008, des expérimentations sont en cours dans 11 départements. Ce dispositif permet à la Caisse de suspendre le paiement des IJ lorsqu'un médecin contrôleur mandaté par un employeur qui a des doutes sur le bien-fondé médical d'un arrêt de travail, estime que l'arrêt n'est pas médicalement justifié. Dans ce cas le médecin contrôleur, après examen de la personne en arrêt, avise en parallèle l'em-

ployeur et le médecin conseil de la Caisse. Si au vu de ces informations, le médecin conseil estime lui aussi que l'arrêt n'est pas justifié médicalement, la Caisse d'Assurance maladie suspend le paiement des IJ, sans avoir à convoquer systématiquement l'assuré, comme c'est le cas actuellement.

Le CNOM a exprimé de fortes réserves sur ce dispositif pour 2 raisons majeures :

Il permet au service médical de suspendre les IJ sans s'être assuré par ses propres moyens de l'absence de justification médicale de l'arrêt de travail.

Il apparaît anormal que lorsqu'un nouvel arrêt de travail est prescrit à la suite d'une décision de suspension des IJ, il ne produise pas d'effet dans l'attente de l'avis du service médical. Le CNOM a fait donc connaître aux sociétés de contrôles spécialisées la nécessité de compléter dans ce sens les contrats avec les médecins contrôleurs.

La décision de généraliser ou non ce dispositif interviendra à l'issue de l'évaluation que recevra le Parlement fin juin 2009

### 5/ CAS DE PRESCRIPTION ABUSIVE :

Pour les médecins concernés (ceux qui se distinguent en prescrivant jusqu'à 20 fois de plus d'indemnités journalières que la moyenne nationale), des procédures de mise sous accord préalable de toutes leurs prescriptions d'arrêt de travail sont en cours et le ou les médecins concernés qui ne respectent pas ce dispositif peuvent être sanctionnés sur le plan financier.

### 6/ PROLONGATION OU REPRISE DE TRAVAIL :

La seule personne habilitée à prolonger l'arrêt de travail est le médecin qui a prescrit l'arrêt initial ou le médecin traitant. Si ces deux médecins sont absents, la prolongation peut être le fait de leurs remplaçants respectifs. Si la prolongation émane d'un autre praticien,

## Association regroupant les **CO**njoins des **PRO**fessionnels de **SANTÉ** (**ACOPSANTE/UNACOPL**)

Courrier : **ACOPSANTE-UNACOPL**, Maison des Professions Libérales,  
7 rue de la Comète - 75007 PARIS  
Tél 01.43.78.17.79 - Fax 02.37.30.85.29  
Email: [acopsante@free.fr](mailto:acopsante@free.fr) - Site Internet : [www.acopsante.org](http://www.acopsante.org)



les règles sont strictes : l'arrêt de travail ne sera pas indemnisé par l'Assurance maladie. A partir de six mois d'arrêt de travail, les patients passent en arrêt de longue maladie. Il n'y a alors pas de nouvelles modalités de prescription possibles. Le médecin peut prescrire une reprise du travail à temps partiel « pour motif thérapeutique » lorsqu'il estime que cette reprise progressive pourrait être de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de son patient. Suite à l'avis du médecin du travail, le patient doit obtenir un accord

du service du contrôle médical, puis l'accord de son employeur. Cette reprise à temps partiel pour motif thérapeutique fait obligatoirement suite à un arrêt de travail à temps complet.

Attention : le formulaire de prescription d'avis d'arrêt de travail a changé (n°S3116). Les anciens n'ont plus cours et en les utilisant « pour finir le stock » le médecin risque de pénaliser son patient qui ne sera pas réglé de ses I.J. par l'Assurance maladie.

**Docteur Guislain Ruelland,  
Vice-président du Conseil  
départemental de l'Ordre des médecins**



## QUALIFICATION EN GERIATRIE : COMMENT L'OBTENIR ?

*Un certain nombre de confrères souhaitent orienter leur activité vers la prise en charge des personnes âgées. Tout naturellement, ils songent à demander leur qualification en gériatrie au Conseil de l'Ordre. Le Dr Faucher, Vice-président d'Honneur du Conseil départemental, est membre de la commission nationale de première instance. Il nous informe sur les critères habituellement retenus pour motiver la décision.*

Les critères de qualification en Gériatrie ont été déterminés par les membres titulaires et suppléants de la commission nationale de première instance. Ils suivent les critères de formation demandés pour le nouveau DESC gériatrique.

- La capacité est nécessaire
- Des DU ou DIU de formation gérontologique sont souhaitables lorsque la formation de base hospitalière n'est pas très importante.

- 3 ans à temps plein ou 5 ans à temps partiel, avec responsabilité médicale dans des services gériatriques sont nécessaires pour s'assurer qu'il y a de la pratique en plus de la formation (attaché, assistant, praticien hospitalier)
- Une admission au concours de praticien hospitalier dans la spécialité, est bien sûr très favorable, mais il faut pour s'y inscrire être soit capacitaire en Gériatrie, soit qualifié, donc ce titre de praticien hospitalier concerne les médecins déjà en place.
- Travaux, participation aux commissions de l'hôpital, publications, cours donnés, sont des plus qui peuvent aider à qualifier lorsque formation ou pratique sont limitées. Le soutien de ses chefs de service antérieurs, est aussi la bienvenue.

Nous avons des demandes de généralistes devenus ou voulant devenir Médecin

Coordonnateur. Ils ont le plus souvent des dossiers qui ne comportent pas les éléments cités ci-dessus. Certains autres ont travaillé depuis longtemps dans des hôpitaux locaux ou des maisons de retraite et font valoir leur expérience gériatrique. Nous en avons qualifié quelques-uns parce qu'ils avaient des vacances hospitalières gériatriques ou des activités gérontologiques en relation avec des services hospitaliers formateurs. Il y a effectivement des Généralistes assez compétents en gériatrie, mais ce ne sont pas des Gériatres à exercice exclusif. La capacité de Gériatrie ou le DU de médecin coordonnateur suffit pour exercer en EHPAD.

**Docteur Daniel Faucher,  
Vice-président d'Honneur  
du CDOM**

### AFEM

L'A.F.E.M. (Association d'Entraide aux Femmes et Enfants de Médecins) qui a soutenu 300 familles dans la détresse, recueille des dons

**“MERCİ D'AGIR AVEC NOUS PAR VOS DONs”**

Adressez vos dons exclusivement à :

**L'A.F.E.M.  
168, rue de Grenelle 75007 PARIS  
C.C.P. 8162-82 U Paris**

## PRÉCISIONS SUR LE COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES (CPP)

C'est la circulaire DGS/SD1C/2006/259 du 14/06/2006, en référence à la loi 2004-806 du 09.08.04 qui a redéfini la composition et la compétence des CPP (ex CPPRB).

Une recherche biomédicale ne pourra plus être désormais mise en œuvre qu'à la double condition d'avoir reçu un avis favorable d'un comité de protection des personnes et d'une autorisation de l'autorité compétente AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) ou ministère, en fait AFSSAPS.

La France a été découpée en 7 inter régions : I de F, NO, O, E, SO et Outre Mer, SE, Sud méditerranéen. En Ile de France, 11 comités dont la numérotation est basée sur l'éloignement du centre de Paris, le I est le plus près, le 11 le plus lointain.

Les dossiers examinés sont d'une grande diversité. Ils doivent être examinés au plus tard 35 jours après leur date de réception.

**LA COMPOSITION DES COMITÉS**  
14 titulaires, 14 suppléants, répartis en 2 collèges.

Le collège 1 : 4 personnes qualifiées au titre de leur compétence en matière de recherche dont deux médecins minimum et au moins une personne qualifiée au titre de ses compétences en bio statistique ou épidémiologie, 1 généraliste, 1 pharmacien hospitalier, 1 Infirmier.

Le collège 2 : 2 personnes qualifiées en éthique, 1 Psychologue, 1 travailleur social, 2 personnes qualifiées pour leur compétence juridique et 2 représentants des associations des usagers.

**LES DOSSIERS DOIVENT ÊTRE  
ADRESSÉS AU CPP ET À L'AFSSAPS**

**Il y a un coût :**

Entre 2 000 et 4 000 euros en première

instance pour les demandeurs privés, suivant le type de recherche et la phase. Entre 200 et 400 euros pour les institutionnels.

En appel [en effet, s'il y a avis négatif d'un CCP, le promoteur peut faire appel : l'avis d'un deuxième CPP (d'une autre région) est alors demandé] le coût est de 2000 euros et de 200 euros respectivement. Pour les modifications substantielles (autrefois appelées « amendements »), le coût s'élève à 250 et 500 euros selon qu'ils sont adressés à une des institutions (CPP ou AFSSAPS) ou au deux, et comme toujours dix fois moins pour les institutionnels (25 ou 50 euros).

### LES PROTOCOLES DE RECHERCHE SONT CLASSÉS EN 4 PHASES

**En phase I** on étudie la tolérance du produit, notamment pour établir la fourchette de doses utilisables sans risque inadmissible de toxicité. Le plus souvent, l'investigation porte sur des volontaires sains rémunérés (sauf pour les produits anticancéreux, où les essais ont lieu, au contraire, chez des malades n'ayant plus de ressource thérapeutique possible). Ces Phases I arrivent, bien sûr après les études in vitro et in vivo chez l'animal. Des recherches antérieures, sur les effets du produit sur les cultures cellulaires humaines et sur la toxicité du produit donné à des doses prolongées et de plus en plus élevées chez différentes espèces animales permettent de déterminer une fourchette de doses que l'on appliquera aux volontaires sains. L'étude de phase I consiste le plus souvent à faire une escalade de doses soit dans la même cohorte soit dans différentes cohortes à la recherche d'effets indésirables, en plus de la pharmacocinétique.

**En phase II**, c'est à peu près les mêmes processus, mais avec des patients porteurs de la maladie. Cette fois, le but est de vérifier qu'il y a bien une efficacité et de défi-

nir les doses où elle s'observe. Petites cohortes (mais plus importantes qu'en phase I), dont l'effectif doit être soigneusement prévu par les études statistiques, doses croissantes, recherche des effets indésirables, et déjà action du médicament sur la pathologie (phase II b).

**En phase III**, ce sont les grandes études sur de nombreux patients où l'on note l'efficacité et la sécurité d'emploi du produit testé, comparativement à un produit de référence (ou, dans les cas où il n'existe pas, un placebo), en monothérapie ou en association thérapeutique. Il s'agit de situer le produit dans la stratégie de traitement.

**En phase IV** Il s'agit d'études sur des médicaments ayant déjà une AMM dans l'indication thérapeutique. C'est une étude de plus long terme qui permet parfois de révéler des toxicités rares et méconnues par les essais cliniques pré-AMM. S'il s'agit d'une autre indication que celle de l'AMM on repasse en phase III, parfois II.

### LES PROTOCOLES À ÉTUDIER PORTENT SUR :

- **Les médicaments**, allant de la cosmétologie aux thérapies complexes des cancers associant, anticancéreux classiques, anticorps monoclonaux, antiangiogéniques par exemple.
- **Les compléments alimentaires, les régimes**
- **Des techniques** souvent chirurgicales par exemple collage ou agrafage des plaques dans les interventions pour hernies, avantage d'une technique par rapport à une autre.
- **Des nouveaux types de thérapie** par exemple les champs magnétiques dans le traitement des dépressions réfractaires.
- **De nouveaux types d'appareils, de prothèses.**
- Parfois il peut y avoir une nouvelle technique avec un matériel nouveau et un produit non encore utilisé.

### Association des **CO**njoints de **ME**Decins

(Loi de 1901 – J.O. du 13.11.71)

120, Avenue Charles de Gaulle 92522 NEUILLY-SUR-MARNE Cedex

Téléphone : 01.46.40.38.85 - Télécopie : 03.85.48.58.94

Site Internet : <http://www.ordmed.org>

E-mail : [acomed.fr@europost.org](mailto:acomed.fr@europost.org)



# INFORMATIONS PRATIQUES



- **L'utilisation de collections récoltées** antérieurement pour un autre usage.
- **Les études sur les produits dérivés du corps humain** (notamment des études qui se multiplient aujourd'hui en biologie moléculaire et dans la recherche de marqueurs génétiques permettant de prédire l'efficacité d'un traitement).
- **Enfin, depuis peu, recherches sur « soins courants »** : il s'agit d'études faites à partir de médicaments, de stratégies thérapeutiques ou de moyens d'exploration (biologiques ou d'imagerie) dont l'usage est reconnu scientifiquement dans la pathologie en question, mais où l'on décide de faire une évaluation

(ces recherches sont expertisées dans le cadre d'une procédure allégée)

Pour résumer, tout ce qui en recherche porte sur des cohortes de personnes, sur un thème non encore étudié, dans un but de résultats, avec possibilité de publications...

## LES REFUS D'ACCORDER UN AVIS FAVORABLE SONT DE TROIS ORDRES :

- Refus pour des considérations éthiques (emploi d'un placebo alors qu'il y a un traitement de référence, pour une phase III, utilisation d'explorations nécessitées uniquement par le protocole et

dont le rapport bénéfice/risque paraîtrait inacceptable, information incomplète minimisant les risques de façon inacceptable).

- Refus parce que le comité estime que le rapport bénéfices/risques est insuffisant.
- Refus parce que le protocole ne comporte pas une rigueur scientifique satisfaisante (et donc ne permettrait pas de répondre aux questions posées).

**Docteur Daniel Faucher,  
Vice-président d'Honneur  
du CDOM**

## LE BAIL DU PROFESSIONNEL LIBÉRAL Le bouleversement apporté par la loi du 4 Août 2008

### RAPPEL HISTORIQUE :

Le bail du professionnel libéral a toujours été le parent pauvre entre toutes les autres catégories de baux.

- Le législateur a manifesté une volonté certaine de protection du commerçant en prenant dès 1953 (décret du 30 septembre 1953) des mesures protectrices dérogatoires du droit commun, organisant un véritable statut des baux commerciaux. Le but était de promouvoir le commerce, l'industrie et l'artisanat en permettant aux commerçants d'exercer leur activité pendant 9 ans assurant donc la pérennité de leur exercice sans craindre de recevoir un congé à tout moment, sans subir des aggravations de loyer non prévisibles et éviter que leur fonds de commerce ne subisse une importante diminution voire soit totalement perdu.

Ce statut particulièrement protecteur est d'ordre public ce qui signifie qu'il est impossible d'y déroger par dispositions contractuelles.

- La même bienveillance s'est manifestée envers les preneurs de baux d'habitation et mixte (c'est à dire pour une occupation à la fois bourgeoise et professionnelle).

Au fil des réformes (loi du 1<sup>er</sup> septembre 1948) puis en 1981, 1986 puis 1989 pour résoudre à chaque fois des problèmes spécifiques liés au logement, le législateur a cherché à encadrer les baux des locaux d'habitation. Ainsi, les baux ont été fixés à 3 ou 6 ans renouvelables, avec limitation pour le bailleur des possibilités de donner congé, réglementation des loyers afin d'éviter leur dérapage (création d'un observatoire des loyers), établissement de listes de charges récupérables, droit au logement opposable...

- Pour les baux purement professionnels c'est-à-dire pour les locaux occupés par des professionnels non commerçants donc des professionnels libéraux tels que médecins, avocats, architectes, etc., le législateur a consenti une seule mesure par l'instauration de l'article 57 A de la loi du 23 décembre 1986 modifiée le 6 juillet 1989, qui prévoit que le contrat de location d'un local affecté à un usage exclusivement professionnel est conclu pour une durée au moins égale à 6 ans. A son terme, celui-ci est reconduit tacitement pour la même durée sauf possibilité par chaque partie de dénoncer le bail 6 mois auparavant, le locataire pouvant, par contre, donner congé à tout moment dans un délai de prévenance également de 6 mois.

Mais il n'y avait pas à proprement parler de statut particulier de baux à usage exclusivement professionnel.

De nombreux syndicats de professionnels libéraux ont œuvré depuis environ vingt ans pour assurer à leurs adhérents une meilleure protection. D'éminents juristes (professeurs de droit, praticiens) ont tenté de proposer la mise en place « d'un bail de l'entreprise » mais jusqu'à présent les pouvoirs publics avaient refusé d'accepter cette notion.

Comme parade, certains professionnels libéraux ont souhaité opter conventionnellement pour un bail commercial plutôt qu'un bail professionnel.

Était-ce une bonne idée ? Jusqu'à la loi du 4 août 2008, la réponse se devait être mitigée :

souscrire un bail commercial avait pour avantage, pour le médecin libéral, d'acquiescer la certitude de demeurer dans les lieux pendant

9 ans avec une révision triennale du loyer outre la possibilité reconnue par la Cour de Cassation en décembre 2002 de donner congé à tout moment comme le prévoient les dispositions d'ordre public de l'article 57A énoncé ci-dessus.

Mais beaucoup de bailleurs incluaient dans leurs contrats de bail l'engagement du preneur de renoncer à cette faculté préjudiciable au bailleur.

- Par contre, souscrire un bail commercial avant la loi du 4 août 2008 comportait de nombreux inconvénients. Cela ne signifiait pas que le médecin libéral soit assimilé à un commerçant.

Il ne bénéficiait donc pas de la protection du statut des baux commerciaux réservé expressément aux seuls commerçants inscrits au registre du commerce (article 145.1 du Code du Commerce).

Il ne pouvait donc prétendre à aucun droit à renouvellement, ni au loyer plafonné, ni à une indemnité d'éviction en cas de congé donné par le bailleur.

C'est pourquoi jusqu'à présent, le choix d'un bail professionnel article 57A restait sans doute la meilleure des solutions pour le médecin libéral.

### L'IMPORTANT BOULEVERSEMENT DE LA LOI DU 4 AOÛT 2008 :

L'article 145-2 du Code du Commerce qui définissait les cas d'application du statut des baux commerciaux a été complété par un septième cas pour les professionnels libéraux.

Dans ces conditions, depuis le mois d'Août

dernier, un médecin libéral qui désire louer un local professionnel pour y installer son cabinet a le choix entre un bail professionnel soumis au droit civil pour une durée de 6 ans renouvelable une fois avec possibilité de donner congé à tout moment (article 57A de la loi du 6 juillet 1989) ou entre un véritable bail commercial pour une durée de 9 ans renouvelable obligatoirement à son terme sauf congé donné par le bailleur.

Le droit à renouvellement est essentiel car le bailleur doit proposer le versement d'une indemnité d'éviction s'il refuse de renouveler le bail.

Cette indemnité est destinée à indemniser le preneur de la perte de son fond libéral, le professionnel libéral se voit ainsi reconnaître un véritable droit à la propriété libérale.

S'il y a désaccord sur le calcul de cette indemnité, le juge des baux commerciaux tranchera en fixant son montant au besoin après une expertise pour déterminer la valeur du fonds libéral.

Lors de la révision, tous les trois ans ou lors du renouvellement, le loyer est plafonné selon un indice trimestriel des loyers commerciaux (article L 145-34 nouveau du Code de Commerce).

Cet indice défini dans la loi du 4 août 2008 remplace la référence antérieure à l'indice du coût de la construction dont l'évolution était défavorable au preneur.

Par contre, le congé du preneur ne peut intervenir qu'à l'occasion des périodes triennales c'est-à-dire par un congé délivré par huissier 6 mois auparavant ce qui signifie sur le preneur sera redevable des loyers jusqu'à son départ. Il y a là un seul inconvénient puisque le médecin ne pourra changer de local à tout moment, il devra patienter jusqu'à expiration de chaque période triennale.

Cette modification constitue une profonde mutation dans l'exercice des professionnels libéraux.

Ceux qui ont déjà souscrit un bail commercial avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi peuvent ils d'ores et déjà se prévaloir du statut protecteur de 1953 ? On peut le penser à la lecture de la nouvelle rédaction de l'article 145-2 du Code de Commerce qui est rédigé en termes généraux.

Cet évènement va sans doute bouleverser la vie juridique des médecins libéraux qui ne seront plus à la merci des bailleurs pour des augmentations considérables de loyers à l'occasion du renouvellement du bail, qui pour-

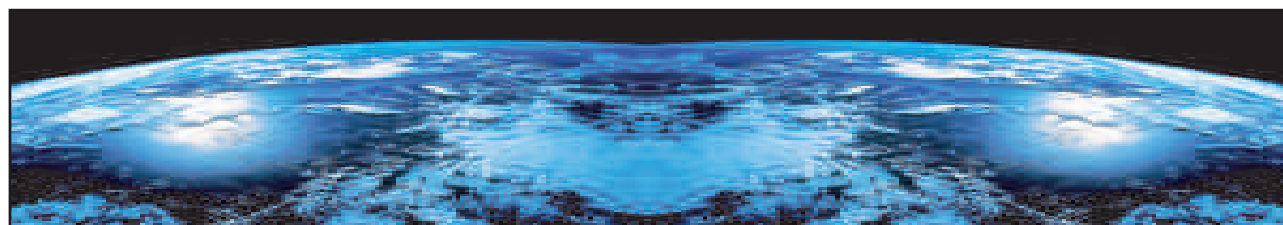
ront bénéficier du droit à renouvellement et surtout pourront être indemnisés en cas d'éviction.

Cette législation constitue une spécificité française puisque aucun autre pays de la Communauté Européenne ne connaît un tel statut aussi protecteur.

Il convient de s'en féliciter en espérant que les directives européennes n'aligneront pas la France sur ses proches voisins ce qui ferait alors perdre aux professionnels libéraux les avantages qu'ils viennent tout juste d'acquérir.

Il faut demeurer optimiste car il est fort à parier qu'une telle réforme susciterait un tollé général chez tous les agents économiques du commerce et de l'industrie de sorte qu'un tel projet aurait sûrement beaucoup de difficultés à entrer en application.

**Sylvie WARET,**  
**Avocat à la Cour**



**UN CONSEIL ?**

**UN PROJET ?**

**L'équipe d'ENER-RA est à votre service**



**01 60 95 45 00**

**Visitez notre site**  
**www.ener-ra.com**



Photovoltaïque



Thermique



Climatisation



Pompe à chaleur

**Nos énergies à votre service**



**S.A.S ENER-RA**  
56, Bd de Courcerin 77183 Croissy Beaubourg  
Tél.: 01 60 95 45 00 Fax: 01 60 95 11 11  
Capital 37.000 euros  
SIRET : 505 182 212 00017 APE : 4322B





# TABLEAU DÉPARTEMENTAL

## INSCRIPTIONS - Séance du 26 Juin 2008

### Docteurs

ARRAULT Laurent	11121	NGANDO ELESSA Elong	11129
ACKER Pierre	11122	PINES Anne	11130
CHAUX Marie	11123	ROSE Alban	11131
CREUSVAUX Hervé	11124	TCHEUTCHOUA	11132
FRAINAIS Christophe	11125	TYRANT Marc	11133
HELLE Jean-Pierre	11126	ZEIERSKI Domonique	11134
JOETS Elodie	11127	ZIOUECHE Ali	11135
JOMAAH Nabil	11128		

## INSCRIPTIONS - Séance du 24 Juillet 2008

### Docteurs

VIGNES STÉPHANE	11136	MARIE-SAINTE JESSICA	11145
CASTAGNE CÉSAR	11137	RIO BÉATRICE	11146
CATALAN PATRICIA	11138	SEMERANO LUCA	11147
COHEN JOHAN	11139	VARRON FRANCIS	11148
ELLA-MEYE EMMANUEL	11140	AMMOUIAL-BRANDENBUSCH CHRISTINE	11149
FEDDAL TOUKIF	11141	FOUCARD AURÉLIE	11150
HAIM DAVID	11142	GARNIER LUDOVIC	11151
KABOUB FAYCAL	11143	BONNIN CHRISTINE	11152
KERITA HOURIA	11144		

## INSCRIPTIONS - Séance du 4 Septembre 2008

### Docteurs

BOUTON PASCAL	11153	SEGUIN AGATHE	11158
BOURDAIS MONIQUE	11154	TAZI ABDELLATIF	11159
ENJAUME FRÉDÉRIC	11155	THAMBOO PUVANESWARYAMMAH	11160
LESALLES CÉDRIC	11156	VIGIER VIRGINIE	11161
POULAIN JEAN LUC	11157		

## INSCRIPTIONS - Séance du 25 Septembre 2008

### Docteurs

ALONSO ELIANA	11162	IZZILLO REYNALD	11167
BOUMEDIENE MOHAMMED	11163	JEANTY JULIEN	11168
CHAUX FRANÇOIS	11164	KAMGANG SEMEU PROCHORE	11169
COUADAU THOMAS	11165	MOUNIR FOUZIA	11170
GALAUP KARINE	11166	ROLLAND CHRISTOPHE	11171

## INSCRIPTIONS - Séance du 23 Octobre 2008

### Docteurs

AZMY CHARAF	11172	RANGON CLAIRE-MARIE	11181
BAGE HECTOR	11173	RENOUX JÉROME	11182
BENIL NATHALIE	11174	SATOURI-MAHIOUS SAMAH	11183
BRISACIER ANNE-CLAIRE	11175	SOUSSAN MICHAEL	11184
DE BANDT MICHEL	11176	VERZEROLI-SANTOS MYRIAM	11185
LAMDAOUI ZINE-LABIDINE	11177	BAILLON OLIVIER	11186
LEBAS MAUD	11178	BELIEN-PALLET VALÉRIE	11187
LUCAS DANIELE	11179	CHANELLES OLIVIER	11188
MIRRE ELSA	11180		

## QUALIFICATIONS - Séance du 10 Juin 2008

### Docteurs

ABBOSH-EDERY	9788	REANIMATION MEDICALE
BERCESSIO-NGUON NATACHA	10967	MEDECINE GENERALE
DENAT PHILIPPE	3051	MEDECINE GENERALE
JUBE-SOUQUES JEANINE	4073	MEDECINE GENERALE
MUNCH CIESLAK CHRISTINE	4293	MEDECINE GENERALE
PAQUET VERONIQUE	6425	MEDECINE GENERALE
RAMES ODILE	6588	MEDECINE GENERALE
RODRIGUEZ ALAIN	6805	MEDECINE GENERALE
TROALEN PHILIPPE	3890	MEDECINE GENERALE
TYRANT MARC	11133	MEDECINE GENERALE
VALENTE PATRICK	3891	MEDECINE GENERALE

---

## QUALIFICATIONS - Séance du 24 Juillet 2008

### Docteurs

HENAOUI SIDI MOHAMMED	10029	ANESTHESIE-REANIMATION
KORRI HATEM	11075	NEUROLOGIE
KERITA HOURIA	11144	MEDECINE DU TRAVAIL
SEMERANO LUCA	11147	RHUMATOLOGIE

---

## QUALIFICATIONS - Séance du 4 Septembre 2008

### Docteurs

TAZI ABDELLATIF	11159	ANESTHÉSIE RÉANIMATION
THAMBOO PUVANESWARYAMMAH	11160	GÉRIATRIE

---

## QUALIFICATIONS - Séance du 25 Septembre 2008

### Docteurs

JEANTY JULIEN	11168	MEDECINE GENERALE
---------------	-------	-------------------

---

## QUALIFICATIONS - Séance du 23 Octobre 2008

### Docteurs

BAILON OLIVIER	11186	NEUROLOGIE
BRISACIER ANNE-CLAIRE	11175	PRATIQUES MEDICO-JUDICIAIRES
GHANEM MOUNIR	11090	RHUMATOLOGUE
LAMDAOUI ZINE-LABIDINE	11177	OPHTALMOLOGIE
LEBAS MAUD	11178	OPHTALMOLOGIE
MIRRE ELSA	1180	MEDECINE GENERALE
NICOLAS SERGE	3581	MEDECINE DU TRAVAIL
SOUSSAN MICHAEL	11184	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDIALE
TRIEU THANH-VAN	10893	PEDIATRIE

# TABLEAU DÉPARTEMENTAL

## MEDECINS ayant demandé leur transfert ou mutation

MAISSIAT Emmanuele	9519	Rhône	22/05/08	WEPIERRE Jean Luc	9113	Hauts de Seine	19/09/08
FISZENSON Olivier	8576	Hauts de Seine	23/05/08	PETROV Youriy	11103	Somme	19/09/08
KIM TRIANA Bopha	9159	Paris	30/05/08	KABOUB Faycal	11143	Essone	19/09/08
ETIENNE Eloise	10661	Aude	30/05/08	EPSTEIN Patrick	3393	Val de Marne	19/09/08
HAECK Dominique	9123	Paris	4/06/08	COLIN GORSKI Anne Marie	9327	Val d'Oise	24/09/08
HOUENOU Marie-Ange	10417	Hauts de Seine	5/06/08	DALMON Cécile	11029	Paris	24/09/08
POUJOL Philippe	6279	Paris	5/06/08	LAM Soyphen	8962	Hauts de Seine	1/10/08
MAHIEU Eduardo	10694	Paris	11/06/08	KLOUCHE Mohamed	10182	Val de Marne	1/10/08
SASPORTES Jacky	972	Yvelines	11/06/08	LEYER François	10557	Somme	1/10/08
CIENNIK Adam	8983	Oise	11/06/08	CHARLEZ Céline	10859	Seine et Marne	8/10/08
HABIB Elias	6917	Essonne	11/06/08	BURGET Pascale	10899	Val de Marne	8/10/08
SAINTIGNY Pierre	9967	Liste spéciale	18/06/08	AIT MANSOUR Nacéra	8908	Etranger	8/10/08
MARTINOV Borislav	10787	Seine et Marne	20/06/08	GARNIER Françosisie	3764	Val de Marne	8/10/08
BELLOC Jeanne	9945	Val de Marne	25/06/08	ANASTASIU Andréa	10946	Paris	8/10/08
BASLY Maher	10468	Vienne	25/06/08	VIGNES Stéphane	11136	Paris	8/10/08
BISMUTH Martine	9769	Val de Marne	30/06/08	OLLIER Marie Christine	3753	Finistère	8/10/08
BEDDOK Robert	1703	Paris	3/07/08	JALLADE Sandrine	10458	Essone	8/10/08
FRANCO Marie-José	10842	Val d'Oise	3/07/08	LACHKAR Ilana	10716	Paris	8/10/08
QUI Alain Tuan	5709	Eure et Loir	3/07/08	BENSMALI Mustapha	8691	Seine et Marne	13/10/08
MOYAL Nadine	4146	Paris	9/07/08				
FASSIN Clotilde	10399	Paris	10/07/08				
LATIL François	9454	Paris	16/07/08				
KHIAMI Frédéric	10930	Paris	17/07/08				
DJELLAL Malika	11072	Val de Marne	19/07/08				
MARIEL David	10290	Hérault	24/07/08				
LACOSTE-RENARD Nathalie	10754	Hauts de Seine	31/07/08				
AMMOUIAL-BRANDENBUSCH Nathalie	11149	Paris	6/08/08				
SULPIS Daniel	3449	Deux-Sèvres	11/08/08				
VILLETTE Louis	9734	Nord	14/08/08				
AMMOUIAL Frédéric	8295	Seine et Marne	18/08/08				
ROSE Alban	11131	Seine Maritime	19/08/08				
REGIS Béatrice	10632	Bouches du Rhône	20/08/08				
GROUT-REBOURS Gwenaëlle	10928	Val d'Oise	29/08/08				
ADRIE Christophe	8850	Paris	29/08/08				
DENNO Fadel	8700	Essonne	29/08/08				
BUCHER-THIZON Monique	8396	Paris	29/08/08				
SANCET Isabelle	9981	Charente Maritime	3/09/08				
ABDOU Adam	10393	Calvados	3/09/08				
OKBA Mohamed	11012	Essonne	3/09/08				
DUMUIS Marie-Laure	7232	Val de Marne	3/09/08				
LUSTIG Sophie	8120	Paris	3/09/08				
RENVOIZE Philippe	3801	Loire Atlantique	5/09/08				
GOUIN Maud	11060	Loire Atlantique	5/09/08				
IODACHE Laura	10904	Val de Marne	10/09/08				
AFIFEH Alaa Eddin	10567	Charente Maritime	10/09/08				
LEPRETRE Anne-Claire	10827	Paris	12/09/08				
BALLU-BENITO Olivia	10898	Yvelines	12/09/08				
TISON Caroline	10993	Val de Marne	12/09/08				
DONY Jean Pierre	9022	Paris	17/09/08				
FOULON-CARREZ Françoise	9771	Paris	17/09/08				
DONY Jean Pierre	9022	Paris	17/09/08				
MARTEL Philippe	10560	Alpes Maritime	19/09/08				

## MEDECINS - Changements d'adresse

HAKKA MUSTAPHA	CMLS LES ORMES 13 PLACE JEAN MERMOZ	93370	MONTFERMEIL
YILDIZ JOSEPH	SUR 93 17 AVENUE HENRI VARAGNA	93140	BONDY
GARNIER LUDOVIC	LABORATOIRE COLOPLAST 6 RUE DE ROME		93110 ROSNY SOUS BOIS
FOUCARD AURÉLIE	32 AV DE LA RÉSISTANCE	93100	MONTREUIL
BONNIN CHRISTINE	S.I.F.S.A.T. 8-10 RUE AMPÈRE	93400	ST OUEN
COIGNARD ELISABETH	5 RUEVOLTAIRE	93000	BOBIGNY
AMMOUIAL-BRANDENBUSCH CHRISTINE	UNIVERSITÉ DE PARIS 8 2 RUE DE LA LIBERTÉ	93200	ST DENIS
CHANLIAU THOMAS	128 RUE PAUL DE KOCK	93230	ROMAINVILLE
FONTY PIERRE	ACMS 36 AVENUE JEAN JAURES	93350	LE BOURGET
GHEMRANI LARBI	56 RUE DES CARRIÈRES	93800	EPINAY SUR SEINE
LESALLES CÉDRIC	201 ALLÉE DE MONTFERMEIL	93390	CLICHY SOUS BOIS
JALLOT MALLIGA-ANNE	BD ROBERT BALLANGER	93600	AULNAY SOUS BOIS
RODET PHILIPPE	105 BD DE CHANZY	93100	MONTREUIL
LECHAT LE MAGOAROU MIREILLE	67 BD D'ALSACE LORRAINE	93110	ROSNY SOUS BOIS
JEANTY JULIEN	56 BD DE L'HOTEL DE VILLE	93600	AULNAY SOUS BOIS
LIBERMAN MAURICE	117 AVENUE JEAN JAURÈS	93300	AUBERVILLIERS
DAUCHEZ CAROLINE	3 RUE EDGAR QUINET	93300	AUBERVILLIERS
THREAX TOULOUSE LAUTREC	RUE MICHEL ANGE	93600	AULNAY SOUS BOIS

## MEDECINS Retraités

BAILLOT ALAIN	HOERNER FRANCK	ROUILLEAULT PHILIPPE
BINISTI JEAN-PIERRE	INGRAND JEAN CLAUDE	SOUSSI ALLAIN
COLAS CLAUDE	LHUILIER JACQUES	THUIN DANIEL
COUTION JACQUES	LIMNIOS IRÈNE	VALTIN BERNARD
ERAMA MARIE GHISLAINE	LONG MICHELE	
GARNIER FRANÇOISE	NEUMAN DOMINIQUE	
GILLES FRANÇOISE	NGUYEN SON HUNG	
HANNOUN SYLVIANE	QUESTEL ROLAND	

## MEDECINS Décédés

MAZEN BERNARD	24/04/06
MAMAN ANDRE	15/01/07
PENICHON VICTOR	19/07/07
ICKOVIC BERNARD	25/10/07
HUGUET DANIELLE	19/12/07
DAVENNE YVONNE	7/02/08
HOANG THE DAN PHILIPPE	1/06/08
FAYAD FAWAZ	14/08/08
CRIMONT MICHEL	29/08/08
VALTIN BERNARD	21/09/08
COLLIGNON BERNARD	22/09/08
ROBERT ANDRÉ	1/11/08



### DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Le Président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine Saint Denis  
Docteur **Edgard FELLOUS**

### DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :

Docteur **Jacques PIQUET**

### RÉGIE PUBLICITAIRE :

**Impressions Digitales**

Tél. : 01 49 88 45 70 - Fax : 01 49 88 45 80

### CONCEPTION RÉALISATION IMPRESSION :

**Impressions Digitales**

216, rue de Rosny - 93100 MONTREUIL

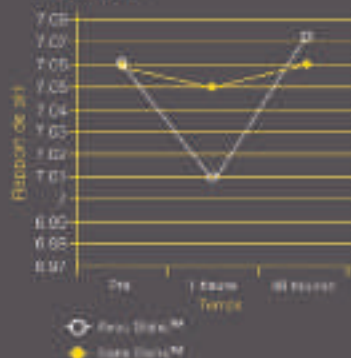
Tél. : 01 49 88 45 70 - Fax : 01 49 88 45 80



# Skiez plus longtemps

Il a été prouvé que la compression de gradient intégrée aux vêtements Skins™ Neige offre un maintien supérieur des muscles, une accélération de la circulation sanguine et de l'élimination de l'acide lactique réduisant ainsi la fatigue et les blessures. Skins™ Neige permet aussi de garder vos muscles chauds, d'évacuer la transpiration, vous maintenant au chaud et confortable. Pendant les temps de repos ou même de sommeil, Skins™ Neige accélère la récupération, afin d'envoyer du gros le lendemain.

L'effet de Skins™ sur la récupération des blessures musculaires provoquées par l'exercice excentrique.



\*M. Trondzi, Rolling Medical Research Institute, Sydney, NSW

Pendant un exercice intense, les changements du pH musculaire et des substrats d'énergie sont des indicateurs importants du stress métabolique et des blessures musculaires. Porter les vêtements de compression Skins™ offre un pH musculaire et un équilibre des substrats d'énergie plus stable, réduisant au minimum le risque de blessures musculaires et accélérant la récupération. Pour avoir accès à l'étude complète, rendez vous sur [skins.net/au/en/research](http://skins.net/au/en/research)

**SKINS**  
BEYOND REASON

Recommandé et approuvé par



Skins™ Neige est disponible sous forme de collants et hauts manches longues, dans les tailles adultes et juniors. Pour trouver votre détaillant le plus proche rendez vous sur [skins.net](http://skins.net)