

LOM

LOIRE Océan Médical

N° 147 - Octobre 2015

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS
DE LOIRE-ATLANTIQUE

LE MOT DU PRÉSIDENT	2
COMPTES RENDUS DES SÉANCES	4
ASSOCIATION RÉGIONALE DES MÉDECINS RETRAITÉS ET DES VEUFES ET VEUVES DE MÉDECINS DES PAYS-DE-LOIRE	6
LA CELLULE D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LOIRE-ATLANTIQUE CUMP 44	10
ACTUALITÉ SUR LE DEPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL EN LOIRE-ATLANTIQUE	12
ATTENTION À LA PUBLICITÉ	15
LES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES, POUR QUOI FAIRE ?	16
FORMATION MÉDICALE CONTINUE, DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU...	20
JOURNÉE PORTES OUVERTES MC44	25
UNE DISCIPLINE MÉDICALE NOUVELLE À L'HÔPITAL ?	26
DOSSIER PRATIQUE PROFESSIONNEL	28
L'HUMEUR DES DRUIDES PROBLÈME DE BRIDGE MOTS CROISÉS	32
PETITES ANNONCES MISES À JOUR DU TABLEAU	34



Le MOT du Président



Docteur Jean-Louis CLOUET

✉ jlclouet@orange.fr

Ouverture et Fermeté « Le médecin ne prend plus de nouveaux patients »

Le Conseil départemental reçoit régulièrement des courriers de patients demandant qu'on leur attribue un médecin traitant.

Dans la majorité des cas, il s'agit de familles qui déménagent. Dans la nouvelle commune de leur installation, ils font le tour des cabinets médicaux pour trouver un médecin qui accepterait de leur remplir un formulaire de déclaration de médecin traitant.

Commence alors pour eux un parcours semé d'embûches entre les secrétariats les informant que les médecins ne prennent plus de nouveaux patients, ou les confrères qui affichent eux-mêmes le même message, soit dans leur salle d'attente, soit sur leur site internet. Tout ceci crée un véritable état de stress chez ces personnes qui ont aussi des enfants en bas âge et s'inquiètent donc de ne pouvoir avoir recours à un médecin en cas de besoin.

S'il est fort compréhensible que des confrères ne souhaitent pas devenir « médecin traitant » pour ne pas avoir à gérer la paperasserie inévitable imposée par les Caisses, j'avoue avoir du mal à me satisfaire du refus de soins.

Si l'article 47 du code de déontologie médicale énonce que le médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il n'empêche que le serment d'Hippocrate, que je placerais largement au-dessus

en valeur absolue, rappelle que le médecin doit donner ses soins à l'indigent et à quiconque lui demandera. Qui donc peut soigner si ce n'est un médecin et en qui mettre sa confiance ? Qui d'entre nous n'a jamais eu besoin d'un confrère pour le rassurer ou lui donner un avis éclairé ?

Les médecins se plaignent régulièrement de l'apparition d'une médecine en dégradé où l'on demande à des paramédicaux de réaliser des actes de soins.

Sachons alors tenir notre place dans le système de soins et accepter de recevoir en consultation les patients qui en font la demande, quitte à gérer une certaine attente. C'est bien ce qui se passe dans le système hospitalier où nous assistons aujourd'hui à des attentes de plus en plus longues pour avoir accès à des consultations programmées.

Il nous est « proposé » d'adresser par fax notre demande de consultation argumentée afin que les patients soient convoqués. Si ce système paraît assez peu adapté à la médecine générale, on peut comprendre aisément que des renouvellements d'ordonnance ou du suivi de maladies chroniques puissent être décalés dans le temps en gardant des plages d'urgence pour assurer un minimum de couverture de soins aux patients demandeurs.

Évidemment ceci est plus facile à réaliser dans un cabinet médical de

plusieurs confrères que pour ceux qui exercent en solitaire, que ce soit en milieu urbain ou rural. Sans compter qu'il n'est pas raisonnable non plus d'adresser dans les services d'urgences des patients pouvant fort bien être pris en charge en « ville ». Il me paraît opportun que nous raisonnions en temps de présence au cabinet afin de ne pas sombrer dans le burn out ou le surmenage.

Le Conseil départemental compte vraiment sur la bonne volonté de tous les confrères de Loire-Atlantique pour faire leur possible afin de permettre à chacun de bénéficier d'un accès aux soins dans un temps raisonnable.

Article 47

(article R.4127-47 du Code de la Santé Publique)

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Serment d'Hippocrate :

*« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain
ou la recherche de la gloire. »*

« Le Conseil national a décidé de lancer une grande concertation nationale auprès des patients et des médecins »

Le projet de loi santé élaboré au printemps et voté à l'assemblée nationale a cristallisé un mécontentement général des professionnels de santé (C'est un euphémisme !...).

N'écouter personne, le gouvernement et sa Ministre de la Santé ont décidé de passer outre l'avis de la profession entière en imposant leur vision de l'avenir médical.

Le Premier Ministre, conscient des échéances électorales, a alors décidé de lancer une concertation bien tardive pour recueillir l'avis à posteriori des professionnels. Il sera l'hôte du prochain congrès de l'Ordre des médecins et si il se comporte comme le Président de la République, l'an passé, il n'y a pas grand-chose de bon à en attendre. En clair, je vous ai écouté et voilà comment vous ferez !

Toutefois, l'optimisme de notre profession étant la règle, le Conseil national a décidé de lancer une grande concertation nationale auprès des patients et des médecins

pour élaborer une nouvelle plateforme de propositions destinées à préparer notre futur.

Cette grande conférence de la santé aura lieu en janvier prochain durant 2 journées (!), elle va nécessiter une réflexion générale de tous.

Le Conseil national met en place des réunions régionales de proximité, un sondage grand public et une série de consultations au siège du Conseil national dirigées vers les acteurs du monde de la santé. Un questionnaire national, ouvert à tous les médecins, a été mis en place sur le site lagrandeconsultation.medecin.fr.

L'espoir est de pouvoir offrir aux futurs candidats à la présidence de la république de 2017 un canevas sur l'avenir de notre profession.

Nous comptons sur tous les confrères pour participer activement à ce recueil de doléances mais surtout imaginer des propositions novatrices. Les points de réflexions iront depuis les formations médicales,

les contenus des métiers et les délégations de tâches, les parcours professionnels, les rémunérations, etc... Il ne faut, à mon avis, rien s'interdire et envisager une très, très large plateforme.

Il serait un peu facile et désolant que l'on nous cantonne dans ce que quelques chefs de cabinets de ministères veulent. C'est à dire le tiers payant généralisé obligatoire, l'accès aux soins pour tout et tous, n'importe quand, n'importe comment, la suppression du secteur 2, un hôpital réduit à sa portion congrue où les financiers ont pris le pas sur les médecins, etc... Ne nous laissons pas manipuler et montrons que nous pouvons être force de propositions.

Tous les confrères attendent du Conseil national, c'est à dire des médecins, des propositions « chocs » et certainement pas un « consensus mou ».

On peut toujours rêver...

Docteur Jean-Louis CLOUET

COMPTES RENDUS

des séances plénières

du Conseil départemental
de l'Ordre des médecins
de Loire-Atlantique

Martine LONGUESPÉ

Responsable administrative du CDOM

SÉANCE DU 2 AVRIL 2015

Au cours du mois de mars 2015, le Conseil départemental a étudié 291 contrats, dont 220 contrats de remplacement.

Trois affaires disciplinaires ont été évoquées lors de cette séance. Le Conseil a transmis les plaintes à la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance des Pays-de-la-Loire en s'y associant pour non respect du devoir confraternel pour l'une et pour publicité et exercice « commercial » pour les deux autres.

Le 13 mars 2015, la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance des Pays-de-la-Loire a prononcé la sanction de l'interdiction d'exercer la médecine pendant un mois, avec sursis total, à l'encontre d'un étudiant titulaire d'une licence de remplacement, dans le cadre de la rédaction d'un certificat médical.

La Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance a également prononcé la sanction de l'avertissement à l'encontre d'un praticien suite à la plainte d'une patiente pour sa prise en charge médicale. Au vu des éléments, cette condamnation ne paraît pas justifiée au Conseil qui a donc décidé de faire appel de cette décision.

Il a été décidé la mise en place d'un suivi confraternel pour un médecin en « burn out ».

Par une décision du 20 mars 2015, la Chambre Disciplinaire nationale a rejeté les requêtes en appel de deux praticiens, confirmant la sanction du blâme pour l'un et la peine de l'interdiction d'exercer la médecine pendant trois ans pour l'autre.

Par décisions des 25 février et 18 mars 2015, le Conseil d'État n'a pas admis le

pourvoi formé par trois médecins (qui avaient été respectivement condamnés à la peine de l'avertissement, à la peine de l'interdiction d'exercer la médecine pendant un an et à la peine de la radiation).

Deux médecins ont interjeté appel d'une décision de notre Conseil en date du 6 novembre 2014 par laquelle un praticien avait été autorisé à exercer sur un deuxième site conformément à l'article R.4127-85 du Code de la Santé Publique.

Le Conseil a autorisé deux praticiens à effectuer des remplacements durant la première année de leur installation.

Trois médecins ont été autorisés à se faire remplacer sur l'astreinte de week-end par un médecin généraliste ou un interne en fin de cursus ayant sa licence de remplacement, afin de leur laisser « le temps de trouver d'autres collègues ».

Il a été décidé de proposer à l'ARS la nomination des Docteurs Nicole TOURNEMAINE et Nicolas JOSSELINE pour représenter le Conseil auprès de la CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux) et les Docteurs Bernard JOANNOT et Christian PELLERAY en tant que représentants de l'Ordre dans les conférences de territoires.

Le Conseil a donné un avis favorable à trois candidatures de médecins sur la liste des experts judiciaires près la Cour d'Appel de Rennes.

Le Docteur Pascale EVANO a soumis au Conseil quatre demandes de réduction de cotisation de confrères, en raison de leur situation financière, qui ont été accordées.

SÉANCE DU 7 MAI 2015

Au cours du mois d'avril 2015, le Conseil départemental a étudié 267 contrats dont 198 contrats de remplacement.

Trois affaires disciplinaires ont été évoquées lors de cette séance. Le Conseil a transmis deux des plaintes à la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance des Pays-de-la-Loire en s'y associant (pour publicité et exercice « commercial »). La troisième plainte (pour « refus de soins »), a été transmise sans s'y associer, le Conseil l'estimant « abusive ».

Par décisions du 5 mai 2015, la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance a sanctionné d'un avertissement un praticien (pour publicité) et d'une interdiction d'exercer la médecine pendant quinze jours deux autres praticiens (l'une, suite à une mauvaise rédaction d'un compte rendu, assortie d'un sursis total, l'autre pour défaut d'information du patient et défaut d'assurance).

Par une ordonnance du 4 mai 2015, le Président de la Chambre Disciplinaire nationale a donné acte du désistement de la requête d'une patiente dans deux affaires.

Il a été décidé de solliciter pour avis un avocat afin de juger si le Conseil départemental se portera partie civile dans un dossier pénal (d'exercice illégal de la médecine).

Le Conseil a autorisé six médecins à disposer d'un second lieu d'exercice.

Seize praticiens ont été autorisés à exercer à titre individuel en dehors de leurs sociétés.

Deux praticiens ont été autorisés à effectuer des remplacements durant la première année de leur installation et un troisième (exerçant en SEL) à effectuer

le remplacement d'un confrère, dans le cadre d'une future succession.

Suite à l'appel de dons de l'AFEM le Conseil a décidé de verser, comme les années précédentes, le montant de 2 bourses étudiantes, soit la somme de 12 000 € pour l'année scolaire 2015-2016.

Le Conseil a émis un avis défavorable à la candidature d'un praticien au grade de chevalier dans l'Ordre National du Mérite.

Le Docteur Pascale EVANO a soumis au Conseil trois demandes de réduction de cotisation de confrères en raison de leur situation financière qui ont été accordées.

Un praticien a été exempté de garde en raison de ses problèmes de santé.

SÉANCE PLÉNIÈRE DU 4 JUIN 2015

Au cours du mois de mai 2015, le Conseil départemental a étudié 224 contrats, dont 188 contrats de remplacement.

Le Conseil départemental a suivi l'avis favorable du 17 avril 2015 de la Commission nationale de 1^{ère} instance de qualification en Réanimation concernant la demande d'un praticien et a donc procédé à l'enregistrement de cette qualification.

Par ailleurs, le Conseil a suivi l'avis défavorable en date du 7 mai 2015 de la Commission nationale de 1^{ère} Instance pour l'obtention du droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante « Addictologie » concernant la demande d'un médecin.

Le Conseil départemental a décidé de solliciter le Conseil régional de l'Ordre

des médecins des Pays de la Loire pour que soit organisée une expertise conformément à l'article R.4124-3 afin de vérifier pour un praticien qu'il n'existe pas d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la médecine.

Le Conseil a autorisé deux médecins à disposer d'un second lieu d'exercice.

Quatre praticiens, associés d'une SEL, ont été autorisés à exercer une partie de leur activité à titre individuel.

Un praticien a été autorisé dans le cadre d'une succession, à se faire remplacer deux jours par semaine à son cabinet, en raison d'une surcharge de travail.

Le Conseil a accordé une dérogation à un praticien afin qu'il puisse effectuer des remplacements pendant ses périodes de repos, le but étant de préparer sa reconversion professionnelle.

Le Docteur Jérémie MOINARD a accepté le poste de suppléant qui était à pourvoir dans la catégorie « médecin généraliste » au Comité de Protection des Personnes (CPP) Ouest IV.

L'Agence Régionale de Santé des Pays-de-la-Loire a informé le Conseil des candidatures des Docteurs Marie-Thérèse LE GALL et Denis GUITTON pour être membres de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques de Loire-Atlantique.

Un praticien a interjeté appel de la décision de notre Conseil en date du 4 décembre 2014 par laquelle un confrère a été autorisé à exercer sur un deuxième site.

Le Bureau a été mandaté par le Conseil pour procéder aux inscriptions et pour régler les affaires urgentes durant les mois de juin, juillet et août 2015.

Association régionale

des médecins retraités et des veufs et veuves de médecins des Pays-de-Loire

8 rue du Cherche Midi
44200 NANTES

ASSOCIATION RÉGIONALE :

Pr J. VISET

56 avenue du Parc de Procé
44100 NANTES
☎ 02 40 69 33 89

SECTION DE LOIRE-ATLANTIQUE :

Dr Philippe HASTINGS

38 Bd Gabriel Guist'hau - 44000 NANTES
☎ 02 40 47 51 98 - 06 85 56 41 32 -
hastingsphilippe@yahoo.fr

Nantes, Septembre 2015

Chers Amis,

Je voudrais d'abord revenir sur certains points qui semblent rester imprécis.

La FARA (Fédération des Associations Régionales des Allocataires de la CARMF) est aujourd'hui la fédération représentant les médecins retraités de la CARMF et les veufs et veuves de médecins. Comme telle, ses responsables participent aux discussions concernant les retraites de la CARMF au ministère où ils sont reconnus. Les membres de la FARA sont les médecins et les veufs et veuves de médecins inscrits à l'Association de leur région (pour nous Pays-de-la-Loire). L'inscription se fait au niveau du département. Si vous êtes inscrit à l'Association départementale vous êtes automatiquement membre de la FARA. Son Conseil d'Administration est composé des présidents des 16 régions et de membres cooptés (1 ou 2 selon le nombre des adhérents de la région).

Je serai bref sur les retraites car il n'y a pas d'éléments fondamentalement nouveaux. La mensualisation est effective depuis janvier et va s'étaler sur 3 ans. Le gel du régime de base prévu jusqu'en octobre 2015 sera prolongé d'un an (inflation nulle). Le régime complémentaire, régi par la CARMF, a été augmenté de 0,5 % ce qui le maintient et le conforte au dessus du taux d'inflation. L'ASV diminue toujours (-3 % pour les retraites prises avant 2006). Un rapport d'étape est prévu en 2015. Pour éviter un gel prolongé et obtenir une indexation il faudrait une augmentation des cotisations et une réforme des retraites. Cela est lié à un accord CARMF-Syndicats.

*Je voudrais maintenant attirer votre attention sur un aspect de la partie amicale de notre association : les voyages. Le nombre de participants décroît de façon importante et il faut sans doute envisager de nouvelles formules. Le voyage musical et touristique dans une « capitale » connaît toujours du succès et peut donc être maintenu. Le voyage de 8-10 jours à l'étranger pose problème. Certains parmi nous, fatigués, voudraient un voyage plus simple moins long, moins loin. Faut-il garder un voyage de 8-10 jours pour les jeunes retraités et un voyage plus bref pour les autres ? Je vous soumetts quelques propositions en vous demandant de me répondre, sans engagement, sur ce que vous aimeriez entreprendre. Comme il semble difficile dans un grand choix de demander aux agences d'envoyer à tous **un programme complet** sur toutes les propositions, celui-ci **ne sera adressé qu'à ceux qui auront manifesté de l'intérêt pour telle ou telle destination.***

J'attire enfin votre attention sur le fait que notre Assemblée Générale se tiendra cette année à Angers. Il paraît important de nous décentraliser et de faire ainsi meilleure connaissance avec les amis des autres départements. Je vous demande instamment de venir nombreux à cette A.G. bien préparée par notre ami Christian Brégeon et qui associera A.G. et programme culturel. Adressez par retour votre inscription à C. Brégeon.

Soyez assurés de mon entier dévouement.

Pr J. VISET

Assemblée Générale de l'Association Régionale des Pays-de-Loire

Le **lundi 12 octobre** 2015 à ANGERS

- 10h Rendez-vous à l'entrée du Château (près pont-levis) :
Présentation commentée de la tapisserie de l'Apocalypse et visite du Château
- 12h Courte visite à pied de la cité
- 12h30 Déjeuner au restaurant « La Ferme » 2 Place Freppel - Tél. : 02 41 87 09 90
- Après midi A.G. au Conseil départemental de l'Ordre des médecins - Tél. : 02 41 44 43 43 et Conférence-
Débat Eric Poudelet : « Comment l'Europe cherche à contrôler la Sécurité Alimentaire »

Inscriptions à adresser en urgence (chèque de 50 € par personne) à C. BREGEON
56 Boulevard de Strasbourg – 49000 ANGERS

Composition du Conseil d'Administration 2015-2016

Présidents d'honneur : Pr Henri DUPON & Dr Michel ROCH

Membres de la Section de Loire Atlantique

Dr Michel BLINEAU : Médecin
retraité – Délégué CARMF
Mme Annick FORTUN : Veuve de
médecin – Déléguée CARMF (collège
conjoints survivants) – Trésorière L.A.
Dr Philippe HASTINGS : Médecin
retraité – Délégué CARMF – Président
de la section de L.A.
Dr Claude LECOY : Médecin retraité
Mme Christiane LEFAIVRE :
Veuve de médecin
Mme Irène PASSELANDE :
Veuve de médecin – Déléguée CARMF
(collège conjoints survivants)
Dr Anne Marie ROUILLON :
Médecin retraité
Pr Jacques VISSET : Médecin retraité –
Délégué CARMF – Président Régional
– Administrateur FARA

Membres de la Section de Maine et Loire

Dr Jacques BESSON : Médecin retraité
Pr Christian BREGEON :
Médecin retraité – Président
de la section du Maine et Loire
Mme Paulette ESTRABAUD :
Veuve de médecin
Dr Christian GILLET : Médecin
retraité – Délégué CARMF
Dr Hélène REYNOUARD : Médecin
retraité – Trésorière du Maine et Loire
Dr Colette SALQUAIN : Médecin
retraité – Secrétaire du Maine et Loire

Membres de la Section de la Mayenne

Dr Jean-Michel GILLET : Médecin
retraité – Président de la Mayenne –
Trésorier Régional

Membres de la Section de la Sarthe

Dr Patrice BARANGER : Président de
la section de la Sarthe – Administrateur
de la FARA
Mme Claire ROBLIN :
Veuve de Médecin
Dr Claude ZAKINE : Médecin Retraité
– Trésorier de la Sarthe

Membres de la Section de la Vendée

Dr Etienne BOUILLAUD : Médecin
retraité – Président de la Vendée
Dr Jean-Yves BOUTIN : Médecin
retraité – Délégué de la CARMF
Dr Louis GOURAUD : Médecin retraité
– Délégué de la CARMF
Dr Yves NEVEU-DEROTRIE : Médecin
retraité – Trésorier de Vendée
Mme Jeannine SEBILEAU :
Veuve de Médecin

Composition du bureau de l'association régionale

Président :

Pr Jacques VISSET - Nantes

Secrétaire :

Dr Patrice BARANGER - Le Mans

Trésorier :

Dr Jean-Michel GILLET - Laval

Section de Loire-Atlantique

Nantes, le 3 Septembre 2015

Mesdames, chers Confrères, chers Amis,

Nous voici donc déjà arrivés au seuil de cette nouvelle année universitaire 2015-2016 après un été qui, je l'espère, aura été agréable et profitable à toutes et à tous.

En premier lieu je voudrais remercier toutes celles et tous ceux qui l'an passé ont soutenu notre nouveau bureau par leurs actions et leur assiduité témoignant de tout leur intérêt et d'un peu d'indulgence pour l'inexpérience de son nouveau président.

Nous comptons pour cette nouvelle année sur la fidélité de votre soutien et vous demandons d'adresser sans retard à notre dévouée trésorière (Annick FORTUN - 2 rue Marceau 44000 NANTES) votre adhésion écrite accompagnée du montant de votre cotisation libellé à l' « Association des Médecins Retraités et des veuves et veufs de Médecins des Pays de Loire ». Merci de bien y préciser vos coordonnées téléphoniques et vos adresses mails.

Notre appel à nous rejoindre s'adresse tout spécialement à toutes celles et ceux qui depuis l'an dernier ont fait valoir leurs droits à la retraite de la CARMF. Il en est de même pour les conjointes et conjoints de médecins récemment décédés en espérant qu'elles (ils) trouvent chez nous un peu de réconfort et de chaleur face à la solitude d'une douloureuse séparation.

Il est important que nous fassions nombre au sein de la FARA pour nos actions de représentation et de défense de nos intérêts tant auprès de la CARMF qu'auprès des pouvoirs politiques et publics.

Je rappelle à nos consœurs et confrères salariés non libéraux (hospitaliers notamment) qu'ils peuvent également nous rejoindre dans le cadre de nos activités conviviales et culturelles. Ils y seront toujours les bienvenus dans un climat de cordiale et confraternelle camaraderie.

La moyenne d'âge de notre bureau reste encore élevée aussi je lance à nouveau un appel à nos « jeunes retraités » pour qu'ils nous y rejoignent afin de constituer une relève pleine de dynamisme et de nouvelles idées.

Nos activités pour 2015-2016 débiteront le 12 octobre par une journée à ANGERS à l'occasion de l'AG régionale. Soyons nombreux de L.A. à y participer. Le covoiturage nous a semblé la formule la plus simple pour nous y rendre. Que ceux qui auraient des places dans leur voiture me le signalent et que ceux qui en chercheraient en fassent autant.

Le travail de mise à jour des statuts régionaux et départementaux est en cours avec le concours d'une juriste expérimentée, nous en reparlerons une fois venue le moment des décisions pour les quelles tous les adhérent(e)s seront consulté(e)s.

Je vous assure, Mesdames, chers Confrères, chers Amis, du plus entier dévouement de l'ensemble du bureau.

Dr Philippe HASTINGS

Composition du bureau de section de Loire-Atlantique 2015-2016

Membres Honoraires : Pr Henri DUPON, Dr Marie José LEROUX, Dr Michel ROCH (Délégué CARMF)

Membres en exercice : Dr Michel BLINEAU (Délégué CARMF), Mme Annick FORTUN (Trésorière, Déléguée CARMF), Dr Alain GAILLARD (Vice-Président), Dr Philippe HASTINGS (Président), Dr Claude LECOY,

Mme Christiane LEFAIVRE, Mme Irène PASSELANDE (Déléguée CARMF), Dr Anne Marie ROUILLON, Pr Jacques VISSET (Président Régional, Délégué CARMF, Administrateur FARA).

Programme 2015-2016

Lundi 12 octobre 2015	Pour mémoire : AG de l'Association Régionale à Angers	Se référer à la feuille des activités régionales
Vendredi 20 novembre 2015	9h30 Messe à la mémoire des adhérents décédés depuis un an suivie d'un petit déjeuner convivial	Chapelle des Franciscains de Canclaux
Janvier 2016	Repas annuel de l'association Inscriptions en décembre	A l'Atlantide dans le nouveau site de Sainte Anne
Mai 2016	Journée du Trésorier à La Rochelle	En cours d'organisation
Printemps ou septembre	Voyage de 4 à 5 jours de la section 44 Pérennité actuellement en débat	Que les adhérents disent leurs souhaits...

Conférences

Pour 2015-2016 : conférences mensuelles du lundi (novembre à avril inclus) à 14h30 au Conseil de l'Ordre des Médecins de L.A. (8 rue du Cherche Midi - 44200 NANTES) suivies d'un goûter convivial (2^{ème} ou 3^{ème} lundi du mois selon dates des congés scolaires en L.A.).

Lundi 12 octobre 2015
à Angers, (pour mémoire)
par Eric POUDELET
« Comment l'Europe cherche à protéger la Sécurité Alimentaire ».

Lundi 16 novembre 2015
par le Dr Louis GOURAUD
« Deux paquebots frères aux tragiques destins ».

Lundi 14 décembre 2015
par M. Olivier SAUZEREAU
« La famille CASSINI, une dynastie italienne d'astronomes à l'observatoire royal de Paris ».

Lundi 18 janvier 2016
par Mme TARDY
« Le Président Harry TRUMAN »

Lundi 22 février 2016
par M. Jacques BRANGER
« La guerre de l'opium ».

Lundi 21 mars 2016
par M. Jean-Claude EMPEREUR
« L'Europe, Ukraine, Russie ».

Lundi 18 avril 2016
par M. TULASNE
« L'escadrille NORMANDIE-NIEMEN : une page de Gloire de la France ».

Bulletin d'adhésion 2015-2016

NOM et PRENOM :

Adresse complète :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

Adresse e-mail :

TARIF de la COTISATION :

- ☐ Médecin seul : 20 euros
- ☐ Couple de médecins : 40 euros
- ☐ Couple avec conjoint non médecin : 36 euros
- ☐ Veuf ou veuve non médecin : 14 euros

Cocher le tarif vous concernant. Rédiger le chèque à l'ordre de l'« association des médecins retraités ».
Adresser ce bulletin et le chèque correspondant au trésorier de votre département (Voir adresse ci-contre).

Formalités à effectuer avant décembre pour faciliter le travail du trésorier

Adresse des trésoriers départementaux

LOIRE ATLANTIQUE :
Madame A. FORTUN
2 rue Marceau - 44000 NANTES

MAINE ET LOIRE :
Docteur Hélène REYNOUARD
8 rue du Quinconce - 49100 ANGERS

MAYENNE :
Docteur Jean-Michel GILLET
5 impasse de la Cordelle - 53810 CHANGE

SARTHE :
Docteur Claude ZAKINE
97 avenue Olivier Heuzé - 72000 LE MANS

VENDEE :
Docteur Yves NEVEU-DEROTRIE
36 rue Gambetta - 85300 CHALLANS

La cellule d'urgence médico- psychologique

de Loire- Atlantique CUMP 44

CUMP en Loire-Atlantique

Toute demande d'intervention de la
CUMP 44 se fait par appel au centre 15

Pour les autres échanges :
CHU de NANTES,
CUMP/Consultation de victimologie,
85 rue Saint-Jacques, 44 093 NANTES CEDEX 1
☎ 02.53.48.25.12
✉ cump@chu-nantes.fr
Psychiatre référent départemental
et coordonnateur régional : Dr Olivier BODIC

Dr Olivier BODIC

Historique de la création des CUMP

Les catastrophes ou les accidents de grande ampleur occasionnent non seulement des blessures physiques mais aussi des traumatismes psychiques tant chez les victimes que chez les sauveteurs. La détection et la prise en charge précoce des personnes atteintes psychologiquement est susceptible de limiter les conséquences psychotraumatiques ultérieures de ces événements sur les impliqués.

Une demande latente existait depuis les accidents de la gare de Lyon en 1989 et du stade Furiani en 1992 au cours desquels les médecins réanimateurs avaient constaté que non seulement les victimes impliquées ne nécessitant pas de soins somatiques mais aussi nombre de jeunes sauveteurs s'étaient trouvés dans l'impossibilité de faire face aux scènes insoutenables provoquées par le contact avec les victimes dans le contexte de la catastrophe.

La création des cellules d'urgences médico-psychologiques a été initiée par le Président de la République et Monsieur Xavier Emmanuelli, alors secrétaire d'Etat à l'Action Humanitaire, au lendemain de l'attentat du RER Saint-Michel survenu le 25 juillet 1995. A l'issue d'un travail d'élaboration coordonné par le médecin général Louis Crocq, ce réseau a été formalisé par deux circulaires parues en 1997 et 2003. La publication du décret du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux urgences sanitaires abrogeant ces premières circulaires a institutionnalisé dans le Code de la Santé Publique l'existence des CUMP.

Leur fonctionnement est fondé sur les principes perfectionnés au fil du temps, en milieu militaire par la psychiatrie de l'avant des services de santé des armées de nombreux pays d'une part, et en milieu civil sur des initiatives de services de secours tels que le Critical Incident Stress Debriefing de Jeffrey Mitchell pour le soutien des pompiers aux USA d'autre part.

Les CUMP sont intervenues depuis leur création dans les grandes catastrophes tant en France (crash du Concorde, explosion de l'usine AZF, inondations du Gard), qu'à l'étranger (événements de la Côte d'Ivoire, tsunami, tremblement de terre d'Haïti). Elles ont été intégrées dans la réflexion sur les plans de secours qu'ils soient locaux (plan blancs, dispositif ORSEC départemental) ou nationaux.

En Loire-Atlantique, la CUMP 44 a été mise en place en 1997 par le Dr ORIO qui a été aussi coordonnateur national durant plusieurs années. Depuis 2009 elle est animée par le Dr BODIC.

Une organisation pyramidale calquée sur celle des autres services de secours

L'étage de base des cellules d'urgence médico-psychologiques est le niveau départemental que l'ARS est chargé d'organiser et de superviser. Le réseau est animé et coordonné par un psychiatre référent départemental désigné par arrêté de l'ARS. Le dispositif repose sur des volontaires tant psychiatres que psychologues ou infirmiers qui se sont formés et ont donné leur accord pour être sollicités en tant que de besoin pour intervenir dans le cadre d'une urgence médico-psychologique. La liste des volontaires membres de la CUMP est établie par arrêté de l'ARS sur proposition du psychiatre référent. Ce vivier fait l'objet d'une convention inter-hospitalière conclue entre l'établissement de santé siège du SAMU et les autres établissements de santé du département. La convention précise notamment le schéma-type de déclenchement, les conditions d'alerte et d'engagement des volontaires, les règles d'intervention, les modalités de prise en compte du temps de travail, les champs de responsabilités... Les professionnels libéraux pourront désormais participer au dispositif par convention approuvée par le directeur général de l'ARS et passée entre le professionnel, l'établissement siège du SAMU et les instances départementales des organisations nationales représentatives.

Le niveau régional est le seul qui comprend un budget dédié pour des professionnels permanents avec un mi-temps de psychiatre, un mi-temps de psychologue et un mi-temps de secrétariat. Ce niveau a pour mission de fournir un appui et une coordination auprès des CUMP de la région ne possédant pas de moyens affectés.

A l'étage de la zone de défense, la CUMP du chef-lieu de zone assure la coordination et la référence sur son territoire.

Enfin, au niveau national, la coordination est assurée par un psychiatre référent national en lien avec l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) dont les commissions consultatives sont chargées d'élaborer des doctrines d'emploi et un référentiel

pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles qui sont définies comme la survenue d'événements émergents inhabituels et/ou méconnus qui dépassent le cadre de la gestion courante des alertes au regard de leur ampleur, de leur gravité ou de leur caractère médiatique et pouvant aller jusqu'à la crise.

La CUMP est chargée d'assurer la prise en charge médico-psychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison de leur nature. Elle est déclenchée par le SAMU et s'intègre aux éléments d'intervention du SAMU. Elle a pour mission de mettre en place un Poste des Urgences Médico-Psychologiques (PUMP) à proximité du Poste Médical Avancé (PMA), de prodiguer des soins immédiats aux victimes et à toute personne impliquée dans l'événement y compris les sauveteurs, de faire évacuer les victimes nécessitant une hospitalisation vers les établissements de santé après régulation par le SAMU, de dispenser des soins post-immédiats aux personnes le nécessitant, et enfin d'assurer la traçabilité des soins. L'ARS est systématiquement informée de la mobilisation de la CUMP.

L'activité de la CUMP 44

En Loire-Atlantique, la CUMP 44 comprend une cinquantaine de volontaires répartis sur les 4 établissements de santé ayant des services de psychiatrie (CHU de Nantes, CH Daumezon, CH de Saint-Nazaire, CH de Blain). La convention inter-hospitalière de 2011 est en cours de révision pour intégrer les changements induits par le décret de 2013 et ses textes d'application publiés en 2014.

La CUMP 44 participe régulièrement aux exercices de secours organisés dans le département. Elle a notamment été intégrée dans l'organisation des secours pour les exercices annuels de l'aéroport, pour l'exercice en partenariat avec la SNCF dans le tunnel de Chantenay en novembre 2010 ou pour l'exercice d'accident routier à Sainte Pazanne en 2014.

Une journée annuelle de formation continue à destination des volontaires du département est organisée traditionnellement fin janvier.

Un travail de réseau est poursuivi auprès des partenaires potentiels : associations de secourisme, associations de victimes (notamment l'ADAVI), parquet, rectorat, médecins du travail, ordres des professions de santé...

Parmi les actions les plus importantes de la CUMP 44, on retrouve l'envoi d'équipes de renfort en Vendée au moment de la tempête Xynthia en 2010, une intervention au moment du décès d'une élève dans un accident devant les collèges de Vertou en 2011, un déclenchement après l'incendie du passage de la Châtelaine à Nantes en 2012, et plus récemment sa mise en action lors de l'accident du marché de Noël de Nantes en décembre 2014 ou encore au moment du meurtre d'un salarié de l'association de protection de l'enfance à Nantes début 2015.

En dehors de sorties en pré-hospitalier, la CUMP participe à la régulation des demandes d'interventions pour tenter de maintenir la gestion des événements dans le dispositif courant des soins par la proposition de solutions alternatives : conseils aux responsables de structures impactées par les événements, orientation vers les consultations existantes, proposition de recours à des psychologues du travail dans les situations de souffrance en entreprise... Lorsque les responsables font appel à la CUMP pour leurs collaborateurs dans un esprit de précaution, il est utile de leur rappeler que l'expérience d'événements comme l'explosion d'AZF ou la tempête Xynthia qui ont donné lieu à des suivis épidémiologiques a montré que seulement 10 à 20 % des personnes impactées avaient besoin d'un recours à un soutien sur le plan psychique. En corrélat, on peut retenir que 80 à 90 % de la population possède suffisamment de capacités de résilience pour ne pas avoir besoin de soutien psychiatrique ou psychologique.

L'exemple de l'accident du marché de Noël le 22 décembre 2014 a montré l'intérêt de la CUMP qui a été mise en alerte très rapidement. Il a été possible de trouver des volontaires disponibles en cette période où nombre de professionnels sont en congés et où les services de soins ont peu de marge de manœuvre pour libérer des soignants en vue d'une intervention CUMP. Des victimes ont été reçues le soir même. Un PUMP a pu être organisé à proximité du lieu de l'accident et fonctionner durant 48 heures. Un lien a été établi entre la CUMP et le gestionnaire du marché de Noël qui a ainsi pu orienter les personnes demandeuses de soins. Les commerçants et les impliqués ont pu bénéficier de consultations individuelles sans qu'il soit nécessaire de les accueillir en groupe. Des conseils téléphoniques ont pu être prodigués aux parents qui s'inquiétaient des conséquences pour leurs enfants.

Les commerçants qui résidaient dans d'autres départements ont pu obtenir les coordonnées des services susceptibles de leur donner des soins à proximité de chez eux. Les communications avec le SAMU, les directions des hôpitaux et les autorités ont fonctionné. Le fonctionnement normal des services de psychiatrie du département n'a pratiquement pas été perturbé. Des consultations de suivi ont pu être organisées sur une période de quelques semaines pour les personnes restant en état de stress aigu. Au total ce sont essentiellement les personnes qui étaient sur le trajet du véhicule et dans le périmètre direct du lieu d'impact qui ont demandé à être reçues alors que le public plus éloigné a peu recouru aux soins.

Le maintien dans la durée de la motivation du groupe des volontaires CUMP doit être soutenu. Ce groupe doit être suffisamment étoffé pour que l'on puisse mettre en œuvre une réponse à tout moment en cas de sollicitation. La rareté des déclenchements ne permet pas le maintien d'un niveau d'entraînement optimal et induit souvent des questionnements sur le sens de l'engagement pour certains.

Perspectives

L'organisation nationale reste hétérogène ce qui ne facilite pas la visibilité pour les requérants et le public. Si certaines CUMP départementales limitent leurs interventions au strict cadre de l'action immédiate au cours de plans de secours préfectoraux, d'autres sont déclenchées pour des événements plus proches de la vie quotidienne et poursuivent leur activité sur une période plus ou moins longue de post-immédiate. L'organisation des secours au décours de la tempête Xynthia constitue un bon exemple de cette hétérogénéité, la CUMP de Charentes Maritimes ayant fonctionné durant quelques jours alors que la CUMP de Vendée est restée en activité plusieurs mois.

Comme toute organisation en construction, la CUMP crée elle-même au fil du temps les règles de son propre fonctionnement pourvu qu'elle reste dans le cadre du Code de la Santé Publique. Les interactions avec les partenaires (urgentistes, pompiers, psychiatres des urgences, associations de secourisme, associations de victimes, justice) sont à perfectionner. Le travail de création d'un référentiel engagé à l'EPRUS permettra peut-être une meilleure harmonisation sur l'ensemble du territoire national à l'avenir.

Actualité sur le dépistage organisé

du cancer colorectal en Loire- Atlantique

Passage au test immunologique

Docteur Corinne POGU

Médecin coordinateur

Cap Santé Plus-44

Structure de gestion
du dépistage organisé des cancers
CS 96531 ; 44265 NANTES Cedex 2
☎ 02 51 79 80 17
☎ 02 90 92 71 26
✉ cpogu.csp44@orange.fr
Site web : www.capsanteplus-44.fr

En France, deux programmes de dépistage organisé (DO) de cancers sont actuellement déployés sur l'ensemble du territoire : cancer du sein et cancer colorectal. Ils s'adressent à la population âgée de 50 à 74 ans, à qui le dépistage est proposé tous les 2 ans. Un 3^{ème} programme, concernant le cancer du col de l'utérus, est conduit depuis 2010 à titre expérimental dans 13 départements.

Dans chaque département, une structure de gestion (SG) est chargée localement de l'organisation et de l'évaluation des DO. En Loire-Atlantique, il s'agit de Cap Santé Plus-44, où travaillent 12 personnes, dont 2 médecins coordinateurs. Son statut juridique est celui d'une « association de Loi 1901 », permettant de rassembler tous les acteurs impliqués, que ce soient des professionnels de santé, des financeurs ou des institutions.

Les modalités de dépistage sont définies dans un cahier des charges national.

Les examens sont pris en charge par l'assurance maladie sans avance de frais pour les personnes.

En lien avec les médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les laboratoires d'anatomopathologie, Cap Santé Plus-44 organise le suivi des personnes avec dépistage positif, afin de recueillir les résultats histologiques des biopsies et/ou des interventions chirurgicales. Une collaboration étroite avec le Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée permet de compléter les données du dépistage.

L'Institut de Veille Sanitaire collige les résultats de tous les départements et peut ainsi publier l'évaluation nationale, régionale et départementale en termes d'impact (participation), de qualité (détection de cancers) et d'efficacité (proportion de cancers de bon pronostic).

Le cancer colorectal

Le cancer colorectal reste un cancer fréquent et grave.

Avec plus de 42 000 nouveaux cas par an, il est le troisième cancer en termes d'incidence, après les cancers de la prostate et du sein (3^{ème} cancer chez l'homme après le cancer de la prostate et du poumon, 2^{ème} cancer chez la femme après le cancer du sein).

En termes de mortalité liée au cancer, il se situe au second rang après le cancer du poumon, avec un peu plus de 17 700 décès par an.

Son pronostic est essentiellement corrélé au stade du développement tumoral au moment du diagnostic. Le taux de survie relative à 5 ans lorsque le diagnostic est fait au stade 1 de la classification TNM est supérieur à 90 %.

Dans la majorité des cas, le cancer colorectal survient après 50 ans, et se développe progressivement à partir d'une lésion précancéreuse bénigne: le polype adénomateux ou adénome.

Compte tenu de son évolution naturelle, le cancer colorectal est souvent diagnostiqué à un stade tardif.

On distingue dans la population trois niveaux de risque pour le cancer colorectal, qui déterminent le mode de dépistage.

Le Dépistage Organisé du Cancer Colorectal (DOCCR) concerne en France 18 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans. Il s'adresse aux personnes sans symptômes ni antécédents ou facteurs

Niveau de risque	Moyen	Elevé	Très élevé
Personnes concernées	Population générale : • 50/74 ans, • sans symptôme	Antécédent d'adénome « avancé » (AA) ou de CCR : • personnel • un patient 1^{er} degré < 65 ans ou deux parents 1^{er} degré (quel que soit l'âge) Antécédent personnel de MICI (maladie inflammatoire chronique intestinale) : • maladie de Crohn • rectocolite hémorragique	Prédisposition héréditaire : • polypose adénomateuse familiale • cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)

de risque particulier de maladie affectant le côlon ou le rectum (les patients à risque élevé ou très élevé de cancer nécessitent une prise en charge spécifique).

La population cible en Loire Atlantique est de 358 436 hommes et femmes avant considération de tout motif d'exclusion au DOCCR.

Le DOCCR permet le diagnostic et le traitement de lésions précancéreuses et de lésions cancéreuses peu évoluées ; il a donc un impact direct sur l'incidence et sur la mortalité de ce cancer.

Pour obtenir une diminution de la mortalité de 20%, il est nécessaire d'atteindre un taux de participation de 50%.

Modalités du DOCCR

Chaque personne dans la tranche d'âge concernée est invitée par courrier de Cap Santé Plus 44 à consulter son médecin traitant pour vérifier son éligibilité au dépistage organisé, et recevoir le test le cas échéant. Elle réalise le prélèvement de selles à son domicile, et adresse ce prélèvement au laboratoire référencé.

Le test de dépistage est basé sur la recherche de sang occulte dans les selles. Si le test est positif, il doit être suivi d'une coloscopie. Si le test est négatif, la personne est réinvitée à refaire ce test 2 ans plus tard. Suite à une coloscopie normale et complète, l'invitation à refaire un test de dépistage est reportée à 5 ans.

Si la personne ne consulte pas son médecin, elle est relancée une première fois par courrier 4 mois après son invitation initiale (relance 1), puis une seconde fois 8 mois après cette invitation (relance 2). Sans réalisation de test, elle sera réinvitée à une échéance de 2 ans.

Les critères d'exclusion médicale au DOCCR sont définis dans le cahier des charges national. On distingue les exclusions définitives (ATCD personnel de cancer ou d'adénome, de MICI, ATCD familiaux de cancer ou d'adénome au premier degré avant 65 ans, ou au second degré quel que soit l'âge), et les exclusions temporaires (coloscopie (5 ans), coloscanner seul (2 ans), rectosigmoïdoscopie (2 ans), maladie intercurrente (2 ans)).

Le DOCCR en Loire-Atlantique bilan d'activité 2014. (avec test Hemoccult II®)

301 455 courriers d'invitation et relances ont été édités.

1 253 médecins de Loire-Atlantique ont remis des tests.

52 230 tests ont été analysés.

Le **taux de participation est de**

39%, supérieur au taux national (29,8%), mais reste inférieur à l'objectif de 50%.

La participation est très variable selon les cantons.



2,2 % des tests sont positifs, (1 155 patients), 96,6% des tests sont négatifs (les 1,2% restants sont des tests non analysables n'ayant pu être refaits en 2014).

90,6 % des tests positifs ont été suivis d'une coloscopie

(le recueil de ces données n'est pas exhaustif pour l'année 2014 car il se fait sur 2 ans, le pourcentage habituel est aux alentours de 93%) ; le taux national est de 86,6%.

69 cancers ont été diagnostiqués, soit 6,6 % des coloscopies, et 6 % des tests positifs.

80 % de ces cancers sont diagnostiqués à un stade précoce (59 % in situ, 22 % stade I TNM).

357 adénomes ont été diagnostiqués, soit 34 % des coloscopies et 31 % des tests positifs.

Ces résultats sont provisoires, le recueil de ces informations se faisant également sur 2 ans.

Le test immunologique



L'année 2015 a été marquée par l'introduction du test immunologique en remplacement du test au Gaïac Hémoccult II® : le test OC SENSOR® a été choisi par la CNAMTS après un appel d'offre Européen.

Basé sur le même principe de recherche de sang occulte dans les selles, ce test présente plusieurs avantages en termes de sensibilité, fiabilité, ergonomie.

Le délai entre la réalisation du test et son analyse au laboratoire doit être inférieur à 6 jours

Test au gaïac	Test immunologique
Non spécifique de l'Hémoglobine humaine	Spécifique de la globine de l'Hémoglobine humaine
Lecture visuelle Résultats qualitatifs sur réaction colorée	Lecture automatisée Résultats quantitatifs avec un seuil de positivité réglable
Sensibilité cancer : ≈ 35-40 % Sensibilité AA* : ≈ 10 %	Sensibilité cancer : ≈ 65-75 % Sensibilité AA* : ≈ 25 %
Spécificité : ≈ 98 %	Spécificité : ≈ 96-98 %
Taux de positif : 2,2 % (InVS 2013-2014)	Taux de positivité cible : 4 % (→ plus de coloscopies)

AA = Adénome Avancé (lésion précancéreuse)

Plus performant

- Au seuil de 150ng Hb/ml :
- ≈ 2 fois plus de cancer détectés
- ≈ 2 fois plus d'adénomes avancés détectés

Plus simple

- 1 seul prélèvement de selles
- 1 test plus ergonomique, plus simple et rapide d'utilisation

Mise en place du test immunologique

AU NIVEAU NATIONAL

La mise en place du test immunologique est organisée et pilotée par les instances nationales DGS, CNAMTS, INCa.

Initialement envisagée pour la fin de l'année 2014, elle a été différée au printemps 2015.

L'arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été publié au JO le 4 octobre 2014.

La notification du marché par la CNAMTS pour l'introduction du test immunologique dans le DOCCR s'est faite le 19 Décembre 2014, suite à un appel d'offre Européen comportant un cahier des charges précis. Le prestataire retenu est le laboratoire CERBA.

Ce prestataire gère la production des tests, l'approvisionnement des médecins et des structures de gestion, l'acheminement des tests vers le laboratoire référencé (deux sites en Ile de France), l'analyse des tests et la transmission des résultats aux patients, médecins, et structures de gestion.

Un groupe de suivi national composé de représentants des instances nationales et des médecins coordinateurs des structures de gestion a été créé en janvier 2015, afin de coordonner au mieux cette transition avec le « terrain ».

Sur décision des tutelles nationales, la lecture des tests Hémocult II® s'est arrêtée au 31 janvier 2015.

Les courriers d'invitation et relance ont été interrompus à partir du 1^{er} novembre 2014.

Une interruption complète du DOCCR a eu lieu entre février et mai 2015, sans aucun test disponible.

Quelques modalités organisationnelles ont été modifiées avec l'introduction du test immunologique :

- Les commandes de tests par les médecins libéraux doivent se faire préférentiellement via l'Espace Pro du site Ameli.fr. Un délai de 3 semaines est nécessaire pour la réception des tests suite à une commande. Les structures de gestion sont censées n'intervenir qu'en « dépannage ».

- Les médecins salariés doivent toujours solliciter la structure de gestion de leur département pour commander des tests.

- Il n'y a plus d'envoi systématique du test au domicile du patient avec les courriers de relance 2. La consultation avec le médecin traitant est préconisée pour obtenir un test de dépistage.

- La transmission des résultats aux médecins par le laboratoire se fait par courrier ; l'utilisation d'une messagerie sécurisée se met en place progressivement.

- Le dépistage organisé du cancer colorectal est exceptionnellement étendu pour l'année 2015 jusqu'à la veille des 76 ans (au lieu des 75 ans), compte tenu de l'interruption prolongée des courriers d'invitation.

EN LOIRE ATLANTIQUE

- Les tests Hémocult II® ne sont plus analysés depuis le 31 janvier 2015 mais la liste nominative des patients concernés nous est adressée régulièrement (à ce jour : 1885 patients sont dans ce cas).

- Tous les patients qui ont eu un test Hémocult II® non lu entre le 31/01/2015 et le 18/05/2015 ont été destinataires d'un courrier d'invitation auquel a été joint le nouveau test. Les patients ayant un test Hémocult II® non lu après le 18/05/2015 ont reçu ou vont recevoir un courrier d'invitation (sans test) pour aller consulter leur médecin traitant.

Les courriers d'invitation et relance ont été repris progressivement depuis le mois de juin.

Le retard des courriers non édités depuis fin 2014 va être récupéré progressivement ; nous serons à jour des invitations en décembre 2015, des relances 1 en avril 2016, des relances 2 en août 2016.

Nous éditons parallèlement les courriers d'invitation selon les demandes individuelles émanant des médecins et des patients.

ACTIVITÉ 2015 TEST IMMUNOLOGIQUE LOIRE-ATLANTIQUE

6 853 tests OC SENSOR® ont été réalisés en Loire-Atlantique entre le 1/06/2015 et le 30/09/2015.

266 se sont avérés positifs, soit 3,9%, chiffre qui correspond au pourcentage attendu.

Conclusion

La transition vers le test immunologique dans le dépistage organisé du cancer colorectal s'est avérée initialement difficile sur certains aspects pratiques (difficultés de commande des tests pour les médecins, délais d'approvisionnement initiaux très longs, anomalies dans certains kits de dépistage (en particulier au niveau des fiches d'identification patient - médecin), difficultés dans les normes d'échange entre CERBA et les structures de gestion, difficultés de la gestion des résultats par les structures de gestion, difficultés de coordination entre les instances nationales et les structures de gestion). Toutes les problématiques ne sont pas encore totalement résolues.

Au-delà de ces difficultés, ce test est une avancée réelle dans le dépistage organisé du cancer colorectal, de par sa plus grande sensibilité et son ergonomie.

Il devrait favoriser une augmentation de la participation au dépistage organisé de 10 à 15 %, ce qui permettrait alors d'obtenir une baisse de l'incidence du cancer colorectal de 20 %, et de la mortalité liée à ce cancer de 40 %.

Le médecin traitant est renforcé dans son rôle « pivot » au sein de l'organisation du DOCCR.

Cap Santé Plus 44 reste bien sûr à la disposition des professionnels de santé pour toute information ou tout accompagnement nécessaire.

Docteur Corinne POGU

Les sites utiles

INCa : www.e-cancer.fr

InVS : www.invs.sante.fr

ORS Pays de la Loire : www.santepaysdelaloire.com/ors

Registre de cancers Loire atlantique vendée : www.santepaysdelaloire.com/registre-des-cancers

Attention à la Publicité



Dr Elisabeth MAICHE

Thème redondant s'il en est mais toujours d'actualité si l'on considère les affaires traitées par le Conseil départemental.

C'est la raison de cet article qui fait référence aux articles 13, 19 et 20 du Code de déontologie médicale. Un article fort complet a déjà été écrit dans le L.O.M. de janvier 2013 par les Docteurs ALLARD, CARLIER, MANSAT et CLOUET.

Nous mettrons ici l'accent sur deux points récurrents qui nous occupent beaucoup.

Tout d'abord, en ce qui concerne les articles dans les journaux, nous ne pouvons que vous inviter à la plus grande prudence et vous référer au bulletin ordinal précédemment cité. Cependant, à chaque fois que nous recevons les collègues les mêmes explications sont avancées :

- par exemple, le prétexte d'une nouvelle technique (mais il ne suffit pas d'un remboursement sécurité sociale ou d'une ancienne technique remise au goût du jour),
- l'impossibilité de relire l'article avant parution.

En effet, sachez que les journalistes ne veulent jamais que vous relisiez leurs articles, cela fait partie de la liberté de la presse. Et l'interprétation et la mise en page des journalistes peut-être ennuyeuses car elles ne répondent pas à nos critères déontologiques. Sous prétexte d'information, souvent les journalistes cherchent à « vendre leur journal ». Nous n'ignorons pas non plus les pressions des directeurs de cliniques et d'hôpitaux et de leurs services de communication mais nous vous invitons à la plus grande prudence quand vous êtes sollicités par un journaliste. Même si le fond de l'information peut être fort intéressant, la forme peut être sujette à caution et vous amener à avoir une plainte de confrères, voire du Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Autre problème, les plaques qui ressemblent plus à des enseignes qu'à celles réglementairement autorisées. L'exemple de la photo ci-jointe est caricaturale (il s'agit d'une enseigne bien réelle, photo prise dans une petite ville du sud ouest). Certes, le petit nounours, c'est fort joli, très mignon mais indiquer un praticien sur un totem au milieu « des fruits et légumes », de la banque, de l'assurance n'est pas du tout autorisé ! De même, si vous exercez par l'intermédiaire d'un contrat de location avec une SARL,

cette dernière n'a pas le droit de mettre une enseigne à caractère publicitaire. Vous êtes soumis aux mêmes règles. Toute indication supplémentaire pour indiquer vos locaux doit être soumise à l'accord du Conseil. Ces quelques précisions nous ont semblé utiles à reformuler afin de vous éviter des déboires et un petit tour au Conseil de l'Ordre...

Nous vous avons remis les trois articles du code de déontologie médicale concernés.

Bonne lecture.

Article 13

article R.4127-13 du Code de la Santé Publique)

Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Article 19

(article R.4127-19 du Code de la Santé Publique)

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

Article 20

(article R.4127-20 du Code de la Santé Publique)

Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations.

Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle.



Les réunions de concertation pluridisciplinaires

Pour quoi faire ?



Dr Dominique BONNARD

1/ Définition

Dans l'article publié par la Haute Autorité de Santé en Mai 2014 concernant l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, on peut lire en préambule explicatif de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire :

« Cette fiche décrit la réalisation d'une RCP dans un programme de DPC conforme à une orientation nationale ou régionale et mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC** et évalué positivement par la CSI de la profession correspondante ou la CS du HCPP***. Elle complète la fiche 'Méthodes et modalités de DPC'. »*

Au-delà d'un amour immodéré porté aux acronymes qui confère généralement à la lecture d'un texte une aveuglante clarté, il est possible d'analyser simplement une RCP à travers son déroulement et sa finalité pour en tirer sur le plan pratique un certain nombre d'enseignements, et c'est ce qui intéresse au premier chef le médecin au-delà des contraintes administratives qu'elle impose.

L'HAS précise :

« Les réunions de concertation pluridisciplinaires regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment ». « En oncologie la RCP s'impose pour la prise de décision de TOUS les malades et se déroule dans un établissement ou un groupe d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des centres de coordination en cancérologie (3C)... »

Arrêtons-nous quelques instants sur ces deux phrases :

- la cancérologie est par essence même multidisciplinaire, elle regroupe -

de facto - des compétences variées aussi indispensables l'une que l'autre à la prise en charge thérapeutique, depuis celles de l'anatomo-pathologiste (pivot de la discussion), en passant par celles du spécialiste d'organe et de l'imagerie (incontournable dans le cadre du diagnostic et du bilan d'extension), pour 'finir' par celles des thérapeutes chirurgiens ou oncologues.

Mettre tous ces gens autour d'une table est une évidence...

MAIS CETTE EXIGENCE N'EST PAS NOUVELLE ET ELLE S'EST IMPOSÉE SPONTANÉMENT CAR VÉCUE COMME UNE NECÉSSITÉ, BIEN AVANT SA FORMALISATION

Les 'staffs' (comme on les appelait il fut un temps) ont été initiés aussi bien dans des établissements publics que privés... il y a plus de 35 ans !

La complexification croissante des techniques tant sur le plan diagnostique que thérapeutique a rendu incontournable cette démarche de mise en commun des connaissances :

- sur le plan anatomo-pathologique ; au-delà de la distinction 'très basique' entre le carcinome bronchique à petites cellules et les autres dont la prise en charge diffère radicalement, celle un peu plus 'subtile' entre carcinome lobulaire et canalaire infiltrant du sein pourra impliquer une stratégie différente (sans parler de celle des 'triples négatifs') et sans évoquer maintenant de 'l'irruption' dans bons nombres de localisations tumorales des méthodes de détermination d'expression oncogéniques dont la première et la plus éclatante a été la surexpression d'HER2 dans les carcinomes mammaires et son implication avec l'utilisation de l'Herceptine ;
- sur le plan des méthodes d'investigation ; qui pourrait maintenant traiter un

carcinome rectal sans l'apport de l'écho-endoscopie, un carcinome ORL sans TDM voire IRM, d'un carcinome bronchique ou d'un lymphome sans TEP SCAN ?

On pourrait multiplier les exemples... ce qui en ressort EST LA NÉCESSITÉ D'UNE MISE EN COMMUN DE FAÇON SIMULTANÉE D'UN NOMBRE CROISSANT ET DE PLUS EN PLUS COMPLEXES DE DONNÉES AYANT POUR OBJECTIF UNE PRISE EN CHARGE OPTIMISÉE POUR NE PAS DIRE PERSONNALISÉE :

- et c'est à partir de celles-ci que s'ouvre la discussion thérapeutique : elle repose sur une réflexion qui s'appuie :

- Sur des référentiels émis par les réseaux régionaux de cancérologie (cf. Onco Pays-de-la-Loire) ou nationaux (recommandations de l'Institut National du Cancer) ou enfin par certaines sociétés savantes (ex. Association Française d'Urologie) régulièrement actualisés en fonction de l'évolution des connaissances et ayant fait l'objet d'un consensus.

- Sur des moyens techniques ; la projection numérique des données TDM ou IRM sur écran permet leur accessibilité à tous les intervenants ; l'utilisation des moyens télévisuels autorise une discussion inter-établissements ; elle a débouché notamment sur la constitution des « 3C » : centre de coordination en cancérologie permettant à des collègues travaillant au sein d'établissements de santé éloignés des pôles de cancérologie de participer activement aux décisions thérapeutiques de leurs patients.

- Sur un partage d'expérience inter-disciplinaire et intra-disciplinaire ; lequel d'entre nous au décours de ces séances n'a pas vécu :

- la discussion entre radiothérapeute et chirurgien (l'un penchant parfois et ce qui est loin d'être rare - pour la technique de l'autre !),

- entre chirurgiens, le débat sur différents modes opératoires,

- ou enfin la discussion sur l'optimisation d'une séquence thérapeutique entre chimiothérapeute et radiothérapeute ?

Ce qui était possible au début du XX^{ème} siècle où l'on délivrait quelques séances de rayons X sur un cancer du sein (dont la certitude anatomo-pathologique n'était parfois pas formellement établie) ne l'est plus au XXI^{ème} !

Au-delà de ce tableau idéal quelques réserves s'imposent :

- avoir pour objectif de discuter de TOUS les dossiers en RCP apparaît une gageure incompatible en terme de contrainte de temps : elle revient à 'transformer' la RCP en 'chambre d'enregistrement' et la vider de tout son sens ; certains dossiers doivent être simplement enregistrés par rapport aux référentiels thérapeutiques en vigueur dont c'est d'ailleurs le principal intérêt ;

- une RCP NE DISCUTE PAS DE DOSSIERS MAIS DE PATIENTS ; et c'est là où réside toute la 'limite' de la démarche ; car au-delà d'une présentation 'techniquement' très complète peuvent s'ajouter un certain nombre d'éléments subjectifs 'intraduisibles' pouvant influencer fortement sur la prise de décision ; qui d'entre nous n'a pas en effet éprouvé un jour ou l'autre de difficulté à présenter le dossier d'un collègue ou des critères ont pu remettre en cause le bien - fondé d'une décision, certes argumentée, mais inapplicable en pratique ?

Est-il utile de rappeler que ce ne sont pas les techniques qui soignent des maladies mais des médecins qui prennent en charge des malades ?

Trois enseignements peuvent être tirés de cette constatation :

- seul - au final - le médecin prenant en charge le patient reste décideur de la meilleure prise en charge et peut se trouver en droit de contester la décision de la RCP A CONDITION DE L'ARGUMENTER (à l'expérience une telle situation s'avère somme toute exceptionnelle),

- une décision de RCP n'abroge donc en rien la responsabilité du médecin vis-à-vis de son patient ; ceci est en tout point en accord avec l'article 8 du code de déontologie « *...dans les limites fixées par la loi et compte-tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* »,

- la présence du médecin traitant à la RCP serait donc idéale (mais l'Idéal n'est-il pas une Utopie - à l'image de la société décrite par Platon dans son traité sur la RÉPUBLIQUE ?) et lui rajouter cette contrainte - pour intellectuellement séduisante qu'elle soit - s'avère incompatible avec sa surcharge de travail, ses contraintes d'horaires, de temps et parfois d'éloignement.

La tutelle nuance d'ailleurs cet impératif :

« Pour être jugée valable une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins trois médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Dans le cas contraire, le dossier doit être présenté avec le spécialiste manquant dans les plus brefs délais. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée mais n'est pas obligatoire. »

« Les RCP ne sont pas exclusives de l'oncologie et peuvent être utilisées dans d'autres spécialités notamment pour des prises en charge complexes. Dans ce cas, il est nécessaire que soient représentées toutes les disciplines indispensables pour le diagnostic et le traitement. »

2/ Description

« Pour que la participation régulière à des RCP dans le cadre de l'activité clinique du professionnel, puisse valider son obligation de DPC, elle doit nécessairement correspondre à une présence régulière aux RCP au cours desquelles il présente des cas de patients. »

Remarques :

On rappelle que le DPC (Développement Professionnel Continu) est un dispositif de formation créé par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) en 2009, effectif depuis le 1^{er} janvier 2013, et dédié aux professionnels de santé de France (au sens du code de santé publique chapitre IV).

Lier une activité de RCP au DPC est une évidence puisqu'il s'agit d'une d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles ; la participation à une RCP ne peut donc se passer d'une actualisation des connaissances.

« 1-) Les RCP sont organisées selon le principe suivant :

L'organisation de la RCP doit être formalisée selon un rythme clairement établi, adapté à la spécialité et à l'activité (mais doit être d'au moins 2 fois /mois en oncologie) et doit comprendre :

- un coordonnateur dont le rôle est d'établir la liste de patients dont le dossier doit être analysé à la prochaine réunion, d'en avertir les professionnels membres 'permanents' de la RCP ainsi que le médecin référent des patients et de convoquer le cas échéant les représentants de disciplines utiles pour les discussions envisagées,
- un secrétariat,
- la traçabilité systématique de toutes les décisions dont au moins un exemplaire doit être placé dans le dossier du malade (papier ou électronique),

- l'indication des références scientifiques utilisées ou de l'essai thérapeutique qui serait proposé au patient,

- le nom du médecin/professionnel référent qui doit assurer le suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge). »

Remarques :

- la traçabilité de la décision revêt une valeur médico-légale ;

- autant l'indication de l'essai thérapeutique proposé nous apparaît une évidence ; autant celle des références scientifiques sous-tendant la décision est plus sujette à caution dans la mesure où :

- elles sont implicites dans la prise de décision ; il est donc inutile de les rappeler,
- elle alourdit 'le travail secrétariat' au sein de réunions parfois très chargées,
- et encore une fois - il n'est pas inutile de le souligner - les décisions de RCP peuvent parfois être éloignées des référentiels en vigueur.

« 2-) Analyse des dossiers de patients

Au cours de la RCP, le dossier de chaque patient est présenté à tour de rôle et la prise en charge est définie collectivement sur la base des référentiels retenus. Sur cette base un avis de la RCP est rédigé.

La RCP doit procéder régulièrement à l'évaluation :

- de la pertinence des classements entre simple présentation et demande de discussion ;
- de l'adéquation des décisions avec les recommandations ;
- de la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

L'appropriation des recommandations ou des référentiels utilisés lors de la RCP peut faire l'objet d'une action de formation spécifique »

Remarques :

- si par définition l'action de recommander est de « conseiller vivement quelque chose à quelqu'un ; vérifier l'adéquation entre une décision et une recommandation reviendrait en quelque sorte à vouloir imposer la prééminence de la seconde sur la première ce qui nous apparaît en contradiction avec l'activité d'une RCP dont le but n'est pas d'appliquer à la lettre une recommandation mais de s'en servir comme référence et l'adapter à une situation donnée ».

La médecine n'est jamais comme dans les livres ! et quel oncologue - de quelque obédience qu'il soit - irait appliquer une thérapeutique agressive, non dénuée d'effets secondaires, sans tenir compte des facteurs de comorbidités parfois nombreux ?

- enfin vérifier la concordance entre la proposition thérapeutique et le traitement effectivement délivré nous apparaît peu fondé pour au moins trois raisons :

- elle reviendrait à vouloir faire de la RCP un organisme de contrôle ; ce qui ne nous semble pas relever de sa vocation initiale et lui imposer une prérogative supplémentaire inutile et contraignante au sein d'une activité déjà bien 'fournie',
- elle reviendrait à remettre en cause la responsabilité médicale et donc l'article 8 du code de déontologie,
- et surtout elle ne tiendrait pas compte des modifications thérapeutiques fréquentes induites par des événements intercurrents survenus au cours de la séquence thérapeutique... ces derniers sont loin d'être rares en cancérologie, ils modifient la proposition initiale... et nécessitent parfois une nouvelle décision de RCP !

Quel sens et quel intérêt vouloir alors donner à un « rétro-contrôle » ?

Monsieur X. présente un carcinome laryngé classé T3 N1 Mo ; à l'issue d'un

bilan exhaustif, la décision de la RCP est de lui proposer un protocole dit de 'préservation d'organe' qui consiste à débiter une chimiothérapie première et à évaluer la réponse à l'issue de deux cures :

- cette dernière satisfaisante ; autorisera la poursuite d'un traitement conservateur notamment par radiothérapie ;
- dans le cas contraire une laryngectomie totale s'avérera indispensable.

Cette proposition ainsi que l'éventualité d'une chirurgie mutilante lui sont clairement expliquées à la fois par l'ORL et le chimiothérapeute AVANT la mise en œuvre du traitement... et le bilan d'évaluation réalisé après la chimiothérapie confirme malheureusement une régression partielle incompatible avec un traitement conservateur... Monsieur X refuse alors le geste chirurgical !

Cette situation est loin d'être rare en cancérologie ORL ; elle imposera une nouvelle décision de RCP au cours de laquelle sera MAINTENUE la décision de laryngectomie, mais - si le patient, de son côté maintient son refus - on s'orientera vers la réalisation d'une RADIOCHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE APRÈS LUI AVOIR CLAIREMENT EXPLIQUÉ QU'IL NE S'AGIT PAS - ET DE LOIN - DE LA MEILLEURE OPTION THÉRAPEUTIQUE.

« 3-) Avis de la RCP

L'avis de la RCP comporte la date, la proposition thérapeutique ainsi que les noms et qualification des participants. Il est intégré au dossier des patients »

La réalisation d'une RCP devra être complétée par un temps explicite de formation qui peut être :

- soit intégré à la démarche au moment de l'appropriation des recommandations ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser ;
- soit externalisé en complément de la RCP et articulée avec elle. »

3/ Traçabilité

« Les documents requis pour une RCP sont :

- *une chartre ou procédure ou un règlement intérieur de RCP qui en précise l'organisation ou le fonctionnement ;*
- *un compte-rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants.*

Il est demandé au professionnel de santé une démarche explicite permettant :

- *de décrire son implication dans le programme de DPC en renseignant chaque année un bilan individuel d'activité notamment à la traçabilité de l'application des décisions de la RCP pour les patients dont il a la charge (ou la raison argumentée de sa non-application) ;*
- *d'assurer la traçabilité de ses actions en conservant auprès de lui tous les documents justificatifs susceptibles de lui être demandés. Par exemple : compte-rendu de réunions avec nom des participants, fiche de suivi des actions d'amélioration, attestation de présence à une formation, résultats d'évaluation, nouvelles procédures de prise en charge, suivi d'indicateurs... ».*

Remarque :

S'il existe une inter-relation évidente entre RCP et DPC ; la première ne dispense pas d'actions de formation médicale continue puisqu'elle constitue la base même de l'actualisation des connaissances.

Conclusion

- La RCP est un outil indispensable à l'activité cancérologique.

- Vouloir la formaliser est une bonne chose... vouloir en faire à tout prix un organisme d'enregistrement et de contrôle risque :

- d'entraver une certaine souplesse indispensable à son bon fonctionnement,

- de la transformer en « usine à gaz »,

- et surtout de lui faire perdre sa finalité première qui la met d'abord et avant tout au service des malades.

- Elle constitue un évident outil de formation nécessaire à la pratique oncologique mais non suffisant.

- Si elle n'est pas obligatoire au sens légal du terme, elle est néanmoins fortement recommandée car les décisions qu'elle prend revêtent une valeur médico-légale indéniable même si, en définitive, le médecin référent reste seul juge sur le plan décisionnel et responsable vis-à-vis de son patient.

- Rappelons, au passage, que le patient doit être prévenu et d'accord pour que son dossier soit soumis à la RCP.

« La vie est courte, la technique longue à acquérir, le moment propice fugitif, l'expérience personnelle trompeuse, la décision difficile. Le médecin ne doit pas se contenter d'agir lui-même comme il convient : mais il doit faire en sorte que le malade, son entourage et même les influences extérieures concourent à sa guérison. »

Cette réflexion d'Hippocrate vieille de 20 siècles conserve toute son actualité !

Dr Dominique BONNARD

* Développement Professionnel Continu

** Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

*** Haut Conseil des Professions Paramédicales

Formation médicale continue,

Dévelop- pement professionnel continu...



Dr Nicole TOURNEMAINE

1^{ère} partie : où en est-on ?

Le Développement Professionnel Continu (DPC), créé le 1^{er} janvier 2012 vient de faire l'objet d'un nouvel « ajustement ». Dans un amendement en date du 27 mars 2015 ⁽¹⁾ l'obligation faite aux professionnels de santé (dont les médecins) de réaliser une action de DPC, d'annuelle devient « triennale ».

DPC 2016-2018 Art 28

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mesure a pour objet de modifier l'article 28, suite à la concertation qui a continué à se dérouler avec les professionnels de santé sur l'actuel dispositif de développement professionnel continu afin de proposer une réforme qui :

- Propose une nouvelle définition du DPC :

- * Le DPC est une démarche globale comprenant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques, de gestion des risques qui peuvent être réalisées soit distinctement soit couplées au sein de programmes dit intégrés ;

- * Il constitue une obligation triennale pour les professionnels de santé qui doivent rendre compte tous les trois ans via un outil de traçabilité adapté (port-folio) de leur engagement dans la démarche ;

- * Il porte sur le cœur de métier : le processus de prise en charge, dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

- * Il a un contenu scientifique validé ;

- * Il s'inscrit dans des priorités pluri-annuelles de trois ordres : des priorités par profession et/ou discipline, des priorités nationales de santé, des priorités fixées dans le cadre du dialogue conventionnel.

- Prévoit une gestion scientifique et pédagogique par la profession via les

conseils nationaux professionnels de spécialité (priorités, parcours, méthodes) ;

- Réaffirme le rôle d'expertise pédagogique des universités dans la dimension scientifique du développement professionnel continu ;

- Renvoie à un décret en CE :

- * la gouvernance en conservant une gestion juridiquement sécurisée au sein du Groupement d'intérêt public État/Assurance maladie redénommé ANDPC ;

- * le processus d'évaluation des organismes et des programmes et le dispositif de sanction en cas de manquements ;

- Prévoit une déchéance biennale en lieu et place de la déchéance quinquennale pour les créances dues au titre du développement professionnel continu.

Cet amendement est la énième modification des textes concernant la formation continue, au terme d'une « saga » législative commencée en **1996**. Il est l'occasion de rappeler les multiples péripéties législatives, fruits des attentions de nos gouvernants successifs sur le berceau de la formation post universitaire des médecins.

A l'origine, la formation continue des médecins est une obligation déontologique qui trouve ses origines dans le serment d'Hippocrate :

« Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés ».

De fait, conscients de l'obsolescence rapide des connaissances acquises au cours de leur formation initiale, beaucoup de médecins n'ont pas attendu la parution de textes contraignants pour assurer eux-mêmes leur formation permanente, soit de façon classique en assistant à des congrès ou conférences, soit, de façon plus autonome et interactive, au sein des associations locales de FMC qu'ils créent et animent. Les années 70 voient la naissance et le développement du mouvement associatif. Ce mouvement, va d'abord être généraliste, sur la base de quelques principes élémentaires : petites structures de proximité, réunissant des voisins ou des amis, formation « vraiment » continue tout au long de l'année, personnalisée et diversifiée selon les besoins des participants. Ce mouvement commence à mettre en œuvre les principes de la pédagogie d'adulte (formulation des objectifs, adaptation des méthodes, évaluation des résultats), selon les principes notamment développés à l'OMS par J.J. GUILBERT.

La reconnaissance de ces actions se matérialise en 1978, par la création de l'Unaformec (union nationale des associations de formation continue) qui regroupe à son origine 300 associations. Elle permet dès 1981 une définition consensuelle des objectifs généraux de la FMC.

- Entretenir, actualiser, améliorer les connaissances et les comportements ;
- Permettre l'adaptation des praticiens à tout objectif particulier du système de santé (prévention, épidémiologie, éducation sanitaire...) ;

- Participer à l'élaboration et à l'évaluation des connaissances et des filières de soins (recherches cliniques, recherches épidémiologiques ...) ;
- Former le praticien à l'exercice de ses responsabilités individuelles et collectives (par exemple dans l'enseignement et l'auto-évaluation des connaissances et des comportements ».

Mais **en 1990**, l'assurance maladie soucieuse d'orienter les actions de FMC des médecins vers des objectifs de santé publique et d'efficacité sur des pathologies à lourde charge financière pour la collectivité, signe avec les syndicats médicaux une convention créant le dispositif de FM conventionnelle. Des orientations prioritaires sont définies par les Conseils Nationaux de Formation Continue. Des programmes de FMC proposés aux médecins, répondant à un cahier des charges stricts (thème, méthodologie, contenu pédagogique) sont élaborés par les organismes de formation (soit indépendants soit émanation des syndicats médicaux), et soumis à l'agrément de l'OGC. L'originalité de ce dispositif est « l'indemnisation » des médecins selon un barème basé sur un nombre de consultations forfaitaire tenant compte de la perte d'activité engendrée par la participation à la FMC. Le financement est assuré par les caisses d'assurance maladie. L'organisation, la gestion administrative et financière sont confiés à l'OGC, qui verse les indemnités aux médecins.

En 1995 la formation médicale continue devient une obligation déontologique :

En France, le code de déontologie médicale est publié sous forme de décret en Conseil d'Etat, conformément à l'article L.4127-1 du Code de la Santé Publique. Ce code indique aux médecins leurs obligations, et sert de référence à la juridiction professionnelle. Les dispositions du code s'imposent à tous les médecins inscrits au tableau (article 1).

L'article 11 du code de déontologie médicale stipule ⁽²⁾ : « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

FMC « obligatoire »

En 1996, dans le cadre des « ordonnances Juppé » l'obligation déontologique devient une obligation légale, avec institution de la FMC obligatoire pour tous les médecins, et pour 5 ans ⁽³⁾. « Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du conseil régional de la formation médicale continue .../... soit auprès de la commission médicale d'établissement .../.... Ces organismes délivrent tous les cinq ans à chaque médecin, après examen de son dossier, une attestation dont ils transmettent un exemplaire au Conseil départemental de l'Ordre des médecins et, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral, un exemplaire au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice. Cette attestation peut, le cas échéant, être assortie d'observations et de recommandations. »

C'est aussi à cette date qu'apparaît pour la première fois l'idée de « sanctions » : « La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Le conseil régional de la formation médicale continue et la commission médicale d'établissement saisissent à cet effet le Conseil régional de l'Ordre des médecins. »

Le texte ne prévoyait ni la nature, ni les conditions d'applications de ces « sanctions »...

En 1998, apparaît l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) volontaire, non sanctionnante pour les médecins libéraux, cogérée entre les URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux) et l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

En 2002 le ministre de la santé Bernard Kouchner dans la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » chapitre II article 59 redéfinit dans son article L 4133-1 « l'obligation » des ordonnances de 1996 : ⁽⁴⁾

« La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique.

Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'Ordre des médecins .../... L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au Conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. »

La loi du 13 Aout 2004 confirme l'obligation de FMC et y ajoute une obligation d'Evaluation des Pratiques Professionnelles, distincte de la FMC « classique ». La mise en œuvre de l'EPP est confiée à l'HAS (qui remplace l'ANAES) ⁽⁵⁾ :

« L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins .../... et les médecins

exerçant dans les établissements de santé privés.

Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret. »

Le texte prévoit des sanctions en cas de non respect, dont les modalités seront fixées par décret...

En 2006 les incohérences du (des) système(s) sont pointées dans premier rapport de l'IGAS ⁽⁶⁾ qui relève, entre autres, l'absence d'un cadre clair de pilotage, l'omniprésence des conflits (ou liens) d'intérêts, la fragilité conceptuelle des fondements du dispositif de FMC, la distinction fragile entre EPP et FMC (pourtant gérées par des dispositifs distincts) et le manque de données sur les pratiques de FMC et EPP. Le rapport propose de créer un support de gestion logistique des CNFM, définir l'origine et la gouvernance des fonds destinés à la FMC, mieux garantir la transparence de l'utilisation des financements de la FMC et assurer le pilotage du dispositif de FMC, et prévoir une mise en œuvre progressive.

Il souligne en outre les incohérences des actions menées et écrit :

« Le domaine de la formation continue est marqué par la fréquence des textes qui restent lettre morte, le plus souvent abrogés ou modifiés avant même d'avoir connu un début de mise en œuvre. » et conclut :

« Force est de souligner la faiblesse problématique du rendement du service public dans le domaine, et le gaspillage des ressources investies dans l'élaboration de ces textes législatifs et réglementaires. »

En 2009, l'essentiel de ces préconisations paraît avoir été entendu, au sein de la Loi HPST (Hôpital Santé Territoire), n° 2009-879 du 21 juillet, dite Loi Bachelot, lorsqu'est créé

le Développement Professionnel Continu (DPC).⁽⁷⁾ Le DPC crée une nouvelle architecture de la formation continue des professionnels de santé, en regroupant EPP et FMC, pilotée par une structure unique l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu, l'OGDPC. Le DPC s'applique à toutes les professions de santé (médicales et paramédicales).

Le mécanisme en est le suivant :

- Chaque professionnel de santé ouvre un compte personnel auprès de l'OGDPC via un site informatique.
- Les organismes de formation, de leur côté, se font enregistrer, après une évaluation scientifique indépendante, auprès du même organisme.
- Les programmes disponibles sont enregistrés en ligne par les organismes de formation.
- Les professionnels accèdent et s'inscrivent aux programmes enregistrés sur le site de l'OGDPC.
- L'OGDPC finance les formations et indemnise les professionnels.

Les décrets d'application, en date du 30 décembre 2011, sont publiés au JO du 1^{er} janvier 2012 ⁽⁸⁾ L'obligation imposée à chaque praticien est annuelle. Le texte précise la constitution de l'OGDPC et les sources de financement, de fonctionnement, de rémunération des organismes dispensateurs de DPC et d'indemnisation des professionnels :

« Art. R. 4021-9. - Les programmes de développement professionnel continu suivis par les professionnels de santé libéraux conventionnés et les professionnels de santé exerçant dans les centres de santé conventionnés sont pris en charge par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, dans la limite d'un forfait.../... Sont pris en charge dans la limite de ces forfaits les frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de développement professionnel continu, les pertes de ressources des professionnels libéraux ainsi que les frais divers induits par leur participation à ces programmes. »



Pour les médecins le budget initial annuel alloué est de 3 700 € par médecin (qui comprend la rémunération de l'OADPC (Organisme Agréé DPC) et l'indemnisation du praticien (sur la base de 172,50 € par demi journée).

L'article R. 4127-11 du Code de la Santé Publique est modifié pour tenir compte de cette nouveauté ⁽⁹⁾ : « **Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu.** »

L'année 2012 est appelée pudiquement « année de transition » par Mme Monique Weber directrice de l'OGDPC. Ce n'est en effet qu'un an plus tard, en décembre 2012, que l'HAS précise les outils du DPC dans un communiqué de presse ⁽¹⁰⁾ qui présente la liste des méthodes et des modalités retenues pour réaliser les actions de DPC.

« Le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. »

Pour satisfaire à l'obligation de DPC, les professionnels de santé devront s'inscrire dans un programme annuel ou pluriannuel de DPC qui comporte deux activités : l'analyse des pratiques, l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou compétences. Un programme de DPC doit :

- s'avérer conforme à une orientation nationale ou régionale du DPC,
- comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS après avis de la commission scientifique indépendante,
- être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré auprès de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) et évalué positivement par la commission scientifique indépendante (CSI) de la profession correspondante ou par la commission scientifique du Haut Comité pour les professions paramédicales (HCPP). »

Les méthodes sont développées dans une plaquette qui expose la liste des méthodes et des modalités de DPC et les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective des professionnels à un programme de DPC. ⁽¹¹⁾

Le démarrage est pour le moins chaotique : loin de la mise en œuvre progressive préconisée par le rapport de l'IGAS, les décrets publiés au JO du 1^{er} janvier 2012 sont d'application immédiate ! Les organismes de formation ont quelques mois (semaines) pour proposer des programmes de DPC. Les organismes élaborant et proposant les DPC sont divers, la seule formalité étant d'être « enregistrés » par l'OGDPC, l'agrément de celui-ci se faisant... a posteriori ! L'OGDPC peine à assurer les missions qui lui sont confiées.

En Avril 2014 un nouveau rapport de l'IGAS dresse un bilan peu flatteur du dispositif ⁽¹²⁾ : y sont pointés les multiples vices de conception et défauts de fonctionnement qui ont émaillé la mise en route du DPC et de son organisme gestionnaire. Entre autres, l'absence de précisions quant à d'éventuelles sanctions envers les médecins ne remplissant pas leurs obligations... et notamment la définition du critère « d'insuffisance professionnelle » liée au défaut de DPC ? Le rapport écrit : « ainsi traitée, la question de la sanction, au mieux, apparaît comme ne devant pas se poser réellement, au pire, génère un sentiment d'insécurité. »

L'année 2014 se solde par une coupure brutale des crédits en septembre : ne sont admis à s'inscrire que les praticiens n'ayant pas encore fait de DPC... L'enveloppe initiale de 2 700 € disparaît.

L'année 2015 démarre dans l'incertitude... jusqu'au dernier amendement à la loi de santé du 27 mars 2015, qui fait passer l'obligation légale d'annuelle à triennale. Chaque professionnel de santé devra justifier qu'il a suivi pendant cette période de trois ans une démarche de DPC comprenant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation des pratiques et de gestion des risques (l'accréditation vaut DPC).

INFO DE DERNIÈRE MINUTE :

L'OGDPC vient d'annoncer le 23 septembre que le budget DPC des médecins était épuisé. Aucune action ne sera plus rémunérée avant la fin de l'année !!!

Les médecins devront retracer l'ensemble des actions réalisées dans un document (portfolio) accessible en ligne. Afin de recentrer le DPC sur les principaux besoins de santé publique, des priorités nationales pluriannuelles seront fixées par les pouvoirs publics, et dans le cadre conventionnel, pour chaque profession.

La gouvernance du DPC évolue également. Une agence nationale du développement professionnel continu devrait remplacer l'actuel organisme gestionnaire (OGDPC), très décrié. Elle pilotera le dispositif pour tous les métiers de santé, quels que soient leurs statuts ou conditions d'exercice. Les professionnels seront davantage associés aux décisions opérationnelles (organisation, choix des orientations mais aussi gestion de l'enveloppe de DPC).

Les règles du financement du DPC sont révisées. La limitation de prise en charge à hauteur d'un seul programme avait été levée à partir du 1^{er} avril. Les médecins libéraux retrouvent donc la possibilité d'être indemnisés au-delà de la première action dans la limite de leur forfait annuel de 3 700 €.

Mais le budget se réduit comme peau de chagrin : initialement estimé à 150 millions d'euros (75 provenant des fonds alloués à la FPC et 75 provenant de l'industrie pharmaceutique), il était en fait de 100 millions en 2014 et a été fixé à 85 millions d'euros pour 2015.

L'obligation reste toujours sans sanction : le projet de loi Touraine ne prévoit aucune mesure explicite contre les médecins qui ne rempliraient pas l'obligation de DPC. Et aucun texte ne mentionne pour l'instant la place et le rôle de l'Ordre des Médecins.

En revanche, des pénalités financières sont prévues pour les organismes de DPC « en cas de manquements constatés dans la mise en œuvre des programmes ».

Pour conclure,

Que retenir de tout cela ?

La formation continue s'impose à nous avec d'autant plus d'acuité que l'évolution des connaissances s'accélère et que ces dernières diffusent, via les nouvelles technologies, de façon plus ou moins pertinente et contrôlée à toutes les couches de la société, dont nos patients.

Si les politiques, par leur inertie et leur incapacité à conduire un projet cohérent sur le long terme, se révèlent inaptes à relever le défi de cet enjeu stratégique, il est de la responsabilité de chaque médecin de maîtriser les moyens de tenir ses connaissances à jour. Les sanctions ne sont certes pas la préoccupation majeure de la profession, malmenée par le surmenage, les problèmes créés par la crise de la démographie médicale, les strates successives de réglementation de toute nature, quand ce ne sont pas les exigences croissantes d'une société de plus en plus consumériste et impatiente.

Au niveau hospitalier et institutionnel, les programmes de DPC vont s'inscrire dans les plans de formation continue.

De leur côté, les médecins libéraux, s'ils parviennent à s'affranchir de la lassitude de ces multiples évolutions et réglementations, et de la réaction de rejet suscité par « l'obligation légale », peuvent en se familiarisant avec les outils du DPC et en se les appropriant, les utiliser pour adapter les actions menées au sein des associations de FMC, que le « DPC obligatoire » n'exclut pas. Accompagnées d'organismes compétents et reconnus pour leur indépendance et leur expertise, les médecins des FMC « locales » peuvent intégrer les formations qu'ils mènent dans le nouveau dispositif. La rémunération des heures passées à la formation continue est une reconnaissance du travail effectué. Elle permet aussi aux acteurs locaux de prendre en charge le coût de l'organisation matérielle, indépendamment des supports jusqu'ici proposés par l'industrie pharmaceutique, en limitant les liens d'intérêt.

D'autres possibilités existent, via les sociétés savantes et les organismes agréés pour le DPC.

Dans un prochain article nous ferons le point sur les différentes façons de réaliser un DPC, les modalités pratiques, les critères disponibles pour choisir un programme ou un organisme agréé.

Réf (consultées le 17/09/2015)

1. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/2673/AN/2373.asp>
2. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235#article>
3. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000742206&categorieLien=id>
4. <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo#JORFARTI000001849143>
5. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/loi_2004_810_du_13_août2004.pdf
6. <http://www.reseausprosan.fr/files/santepublique/Mission-relative-a-l-organisation-juridique-administrative-et-financiere-de-la-formation-continue-des-professions-medicales-et-paramedicales.pdf>
7. <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFARTI000020879577>
8. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/decret_dpc_30122011-ogdpc.pdf
9. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/decret_7_mai_2012_modifiant_code_deontologie.pdf
10. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1348527/fr/developpement-professionnel-continu-des-professionnels-de-sante-la-has-presente-la-liste-des-methodes-et-des-modalites?portal=r_1482172
11. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
12. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013-126R_controle_OGDPC.pdf
13. http://www.emb-i.com/251.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=238&chash=15c4ca5033ccfc52ff31f07dcb44852

A consulter aussi : FMC un peu d'histoire et de décodage www.unaformec-idf.org/documents/FMC_histoireT.pdf

FMC et législation : www.unaformec.org/-01-FMC-et-Legislation-.html

Dr Nicole TOURNEMAINE



Journée portes ouvertes

pour la
présentation
de MC44
à l'attention
des médecins
du département

MC44

20 rue Paul Ramadier
44200 Nantes

☎ 02 40 47 82 44
✉ contact@mc44.fr
www.mc44.fr

Magali ABRAM-WINER

Médecin coordinateur MC44
(branche diabète)

Jeudi 5 novembre de 19h à 22h 20 rue Paul Ramadier, 44200 Nantes

Au 1^{er} avril 2015 les réseaux de santé connus sous le nom de RESOADIAB 44, ASTHME-BPCO, RESPECTICOEUR ont fusionné pour donner naissance à un dispositif d'appui autour du malade chronique nommé MC44.

Ces trois réseaux financés par L'ARS étaient jusqu'à présent destinés à proposer aux patients des programmes d'éducation thérapeutique et jouaient aussi un rôle dans la coordination des soins, notamment pour le patient insuffisant cardiaque.

Aujourd'hui ce **dispositif reste financé par L'ARS et il s'agit d'un dispositif unique expérimenté en Loire Atlantique.**

L'objectif est de donner un appui aux médecins (généralistes et spécialistes) dans la prise en charge de ces patients malades chroniques afin d'améliorer le confort de vie du malade, de diminuer le risque de complications et d'hospitalisations à répétition.

MC44 ne se positionne en aucun cas en effecteur et ne se substitue pas aux spécialistes des trois domaines concernés (cœur, diabète, poumon).

L'éducation Thérapeutique reste l'outil principal avec des programmes autorisés par L'ARS portant sur l'asthme, la BPCO, le diabète, le risque artériel, l'insuffisance cardiaque.

Les séances d'ETP collectives sont organisées sur le site à Nantes mais peuvent également avoir lieu sur d'autres sites du département (Clisson, Saint Nazaire, Nozay, Ancenis, Loroux-Botttereau, Pornic, Corsept, Chateaubriand, Machecoul).

Pour les patients réticents aux séances collectives ou ne pouvant pas se déplacer pour y assister, MC 44 propose des séances individuelles.

Ce dispositif peut également aider les médecins de tout le département

à élaborer des programmes d'ETP, co-animer leurs séances d'ETP, à mener des actions grands public de prévention, de dépistage, de sensibilisation à la maladie chronique.

MC 44 est aussi une équipe pluridisciplinaire mobile pouvant accompagner les médecins pour la coordination des soins des patients complexes : complexité d'équilibre de la maladie, sortie d'hospitalisation (insuffisance cardiaque, pied diabétique...), complexité sociale, précarité.

L'offre d'appui, qu'il s'agisse d'éducation thérapeutique ou d'aide à la coordination des soins de ces patients, peut être faite si besoin au domicile du patient et ceci dans tout le département.

Pour contacter MC44 il y a un guichet unique. Il suffit d'appeler au 02 40 47 82 44 ou de joindre l'équipe par mail sur contact@mc44.fr.

Le patient adhère au réseau sur l'avis de son médecin traitant. En cas de contact direct par le patient renseigné sur l'existence du dispositif, le médecin sera contacté par un des médecins coordinateurs ou un membre de l'équipe.

MC44 est particulièrement attentif à la charge de travail que demande la prise en charge des malades chroniques et ne demandera donc aucune charge administrative aux médecins !!! (Documents à remplir ou à renvoyer...).

L'équipe vous attend avec plaisir dans une ambiance conviviale le :

JEUDI 5 NOVEMBRE de 19h à 22h.

Une discipline médicale nouvelle

à l'hôpital... ?

Olivier RODAT

Après avoir fermé une dernière fois la porte du bureau à l'hôpital promis à l'exil sur une île et à la faculté soumise depuis si longtemps à des soins d'une réanimation architecturale proches de l'obstination déraisonnable, il n'est pas illégitime de regarder dans le rétroviseur d'autant qu'un nombre grandissant d'étudiants fraîchement admis dans la filière de médecine générale affiche dès le début de leur internat une appétence bien connue d'eux seuls pour s'investir dans cette discipline et y dresser leur plan de carrière.

Il y a trente cinq ans les choses étaient à l'évidence bien différentes !

Entrer en religion dans cette discipline procédait le plus souvent d'une rencontre initiatique soit fortuite soit opportune.

Le compagnonnage était la règle et tressait des liens particuliers entre le maître et l'élève et permettait d'enrichir un sérieux bagage médical initial de connaissances nouvelles, originales mais si précieuses au quotidien dans la pratique de tous les aspects de la médecine.

Les adeptes d'Aesculape et de Thémis étaient peu nombreux, à peine un exemplaire dans un CHU mais ils venaient d'horizons très variés, force et surtout faiblesse d'une discipline un peu confidentielle, tant il est vrai que le secret médical leur servait de bréviaire.

Ils se retrouvaient avec plaisir rue des Saints Pères ou rue de l'Ecole de Médecine plusieurs fois par an dans des locaux désuets faute de pouvoir disposer de la générosité éphémère de l'industrie pharmaceutique pour organiser des séminaires héliotropiques (néologisme de circonstances...).

Localement l'impétrant avait de ses collègues la reconnaissance au sein de l'institution d'une activité de soins utile pour faire tourner « la baraque » et avait en plus cette aura de conseiller discret en cas de coups durs ; il était actif dans sa discipline hospitalière de rattachement et ne constituait aucun obstacle pour des ambitions personnelles de promotion.

Les héritiers de Tardieu, Balthazard, Simonin, Piedelièvre et autres poursuivaient l'enseignement de leurs maîtres et à la fin d'un cours entraînaient parfois de rares étudiants, subjugués par les mystères de la strangulation et de la pendaison, dans des locaux bizarres y découvrir la mouche calliphora ou stimuler leur nerf olfactif.

Tout cela n'aurait pu être qu'un rêve en raison d'un coup de semonce terrible puisque le seul examen où j'ai échoué pendant les études de médecine correspond précisément à la discipline qui m'a ensuite accueilli, acte manqué ou défaillance prémonitoire probablement.

Ayant suivi pendant des années le conseil avisé de mon maître : parler *Géronte à Thémis* et *Thémis à Géronte*, l'évidence s'imposait car l'alliance des deux constitue l'alchimie subtile d'une ouverture d'esprit et d'un enrichissement de pratiques professionnelles toujours très appréciés surtout à l'heure où le Droit découvrait la maltraitance des personnes âgées.

L'émergence de la gériatrie a permis d'organiser, avec des collègues choisis, une filière complète de soins grâce à la volonté et au sens politique très exceptionnel du Directeur Général de l'époque et ces sans abandonner Thanatos et ses affidés mais la soixantaine presque atteinte la réalité gériatrique imposait un peu de recul...

Cette euphorie existentielle ne pouvait pas durer parce que les situations

devenaient de plus en plus disparates d'une ville à l'autre et les directeurs des hôpitaux n'ont jamais été très enclins à investir dans des activités n'émargeant pas au financement de l'assurance maladie même si à l'époque la réorganisation de la médecine pénitentiaire a offert l'opportunité d'y affecter des légistes hospitaliers.

Une réforme était nécessaire et il faudra attendre bien des rapports, des commissions et un légiste député pour qu'à la fin de l'année 2011 la médecine légale, puisqu'il faut la nommer, soit une activité émergeant officiellement dans le service public hospitalier.

L'intérêt est évident car c'est permettre à la médecine légale d'utiliser clairement et ouvertement tous les moyens modernes d'explorations et d'investigations qu'offrent la radiologie, la biologie, la toxicologie et bien sur la génétique.

C'est permettre de centraliser sur un plateau technique des pratiques donnant des garanties de qualité et de pertinence scientifiques eu égard aux conséquences judiciaires considérables. Il suffit de se souvenir de l'arrivée des empreintes génétiques au service de la justice pour constater que pour la première fois la médecine s'appropriait la prérogative de l'établissement de la preuve jusqu'à attribut exclusif du juge.

C'est aussi offrir à l'autorité judiciaire un centre de ressources d'accès aisé et inscrit dans la permanence.

Les financements sont mêmes arrivés permettant des recrutements parfois un peu rapides mais on peut, malgré toutes ces initiatives bénéfiques, avoir le sentiment que le légiste a perdu, dans cette mutation, un peu de son âme et de son originalité.

Bien évidemment le légiste continue son terrible ministère pour faire parler les corps mais l'activité « soignante » du légiste à l'hôpital est devenue routinière et, c'est un euphémisme, moins excitante



© Otis Historical Archives of "National Museum of Health & Medicine"

intellectuellement: examiner des victimes de coups et blessures en seconde main pour délivrer la fameuse ITT, apprécier l'âge d'un adulte de préférence migrant qui veut se faire passer pour un mineur, conseiller des victimes, répondre aux interrogations médicales parfois inattendues des magistrats, ce sont, certes, des activités utiles socialement et qui font parties à la fois des obligations déontologiques et des missions du service public mais que dire des examens médicaux des gardés à vue, de si peu d'intérêt médical qu'une circulaire de la chancellerie suggérait récemment de confier à des auxiliaires médicaux !

Il n'y a pas de prix Nobel en médecine légale mais il faut être vigilant, ouvert sur les progrès de la médecine et se prémunir d'un risque d'étiollement de la curiosité médicale et de son corollaire la grande difficulté de revendiquer l'excellence du soins, de la recherche et de l'enseignement, seul viatique pour maintenir la discipline dans sa double acception hospitalière et universitaire.

Il faudra faire l'autopsie d'une réforme mais la médecine légale continuera à vivre si elle sait se rendre indispensable.

La porte n'est pas fermée bien au contraire !

Questionnaires de santé, certificats et assurances

Au mois d'avril 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins a mis en ligne un nouveau rapport sur ce thème dont nous vous proposons une synthèse. Les sollicitations de la part des compagnies d'assurance auprès des médecins sont telles qu'une mise à jour s'imposait.

Généralités

1. A aucun moment et même si cela semble aller dans son intérêt, le patient ne peut délier son médecin du secret médical.
2. Du vivant du patient aucun certificat ne doit être adressé à un tiers mais doit être remis en main propre au patient qui en fait lui-même la demande.
3. Après le décès, seuls les ayants droit peuvent être les destinataires d'informations médicales ou se voir remettre un certificat médical ; le médecin doit s'assurer de leur qualité d'ayants droit.
4. Le médecin doit se garder de favoriser des fraudes ou de fausses déclarations aux dépens des assurances. Il doit au contraire, lorsqu'un conseil lui est demandé, insister sur la nécessité de déclarations complètes et sincères.

Cas du questionnaire de santé en vue d'une souscription d'un contrat d'assurance

Le questionnaire de santé simplifié

S'il peut aider son patient à remplir le questionnaire, ce n'est pas au médecin mais bien au candidat à l'assurance de prendre la responsabilité des réponses apportées. Le médecin traitant n'a pas non plus à le contresigner.

Les examens complémentaires

Le médecin-conseil de la compagnie peut parfois estimer devoir prescrire

des examens complémentaires au candidat à l'assurance. Les résultats de ces examens (non-remboursés par la Sécurité Sociale) doivent être adressés, par le patient, exclusivement sous pli confidentiel au médecin-conseil de l'assurance.

Lorsque son patient sollicite la communication de certains éléments de son dossier médical, le médecin traitant doit lui rappeler ces règles de transmission.

Cas particulier des patients ayant déclaré un risque aggravé de santé

La convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) s'applique aux personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé qui souhaitent contracter une assurance.

Lorsque le patient a déclaré sa maladie dans le cadre de cette convention, on admet que le médecin qui le prend en charge réponde au questionnaire concernant (et uniquement) la pathologie déclarée.

C'est ensuite au patient, de l'adresser lui-même à l'attention exclusive du médecin-conseil de l'assurance nommément désigné.

Cette procédure permet de faciliter l'accès à l'assurance à des personnes qui ne peuvent espérer obtenir des conditions standards (garanties et tarifs) en raison de leur histoire médicale.

Carole JOSSE

Juriste du CDOM

Cas du questionnaire de santé ou du certificat post-mortem

Les médecins sont très souvent sollicités par les ayants droit après le décès de leurs patients pour remplir un questionnaire ou rédiger un certificat détaillant la cause du décès, les éventuels antécédents, la date des premiers symptômes...

Or, le médecin ne peut, sans enfreindre ses obligations déontologiques, remplir ces questionnaires ou rédiger ces certificats.

Il est admis que le médecin qui a constaté le décès rédige un certificat indiquant que la mort est naturelle, due à une maladie ou un accident ou, si cela est conforme à la réalité, il peut attester que la mort est étrangère aux clauses d'exclusion du contrat d'assurance dont il a pris connaissance.

Contrairement à ce qui est souvent soutenu par les compagnies d'assurance, l'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique ne permet pas au médecin de remplir ces questionnaires, il permet simplement aux ayants droit, à des conditions bien précises, de demander l'accès à certaines informations contenues dans le dossier médical.

Dans le cas de suicides et de homicides, le médecin ne pouvant répondre à aucune question, il pourra conseiller aux ayants droit de se tourner vers la police ou la gendarmerie pour obtenir le procès verbal rédigé au moment

de l'intervention et éventuellement l'adresser à la compagnie d'assurance.

Enfin, il paraît utile de rappeler qu'il n'existe pas de secret partagé avec le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance, le médecin qui a pris en charge le patient ne peut lui transmettre aucune information.

Cas des assurances annulation de voyage

Dans ce cas, l'assuré est celui qui a réservé le voyage. Il se prémunit contre un problème de santé, le touchant lui ou l'un de ses proches, et l'empêchant de partir.

La situation est différente selon que l'annulation du voyage est le fait de la santé de l'assuré ou de celle d'un proche et, dans ce dernier cas selon que ce proche est vivant ou décédé.

1/ Dans le cas où le malade est l'assuré : il a légalement accès à son dossier médical. Il peut donc s'il le souhaite communiquer au médecin de l'assurance les éléments médicaux nécessaires.

2/ Dans le cas où un proche de l'assuré décède : si l'assuré est un ayant droit, et dans ce cas seulement, il peut là aussi demander communication des éléments du dossier médical nécessaires pour faire valoir ses droits.

3/ Dans le cas où le proche malade n'est pas décédé : l'assuré n'a aucun droit d'accès au dossier médical de la personne malade et l'assureur ne peut

exiger la communication de données médicales concernant un tiers, que ce soit au travers d'un certificat ou de la communication d'éléments du dossier.

Conformément à un arrêt de la Cour de cassation du 18 mars 1986, un certificat d'hospitalisation ou de traitement en cours est suffisant et la compagnie d'assurance ne peut exiger davantage. En cas d'hospitalisation, un bulletin de situation peut être demandé à l'administration hospitalière.

Cas des assurances prévoyance prenant en charge l'incapacité de travail ou l'invalidité

Le patient qui s'est engagé à justifier médicalement son arrêt de travail ou son invalidité auprès du médecin de l'assurance doit demander communication des éléments de son dossier médical car son médecin traitant ne peut là non plus remplir, signer ou contresigner un questionnaire de santé ou rédiger un certificat médical détaillé.

A charge ensuite au patient de transmettre, s'il le souhaite, ces éléments à l'attention exclusive du médecin de l'assurance.

L'intégralité de ce rapport est consultable sur le site internet du conseil national de l'Ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr

Rappel sur les conditions de remplacement d'un étudiant en médecine ?

Un médecin peut se faire remplacer :

- soit par un confrère, titulaire de la même qualification, inscrit au Tableau de l'Ordre ou enregistré comme prestataire de service, conformément à l'article R.4112-9-2 du Code de la Santé Publique ;
- soit par un étudiant en médecine remplissant les conditions légales (article L.4131-2 du Code de la Santé Publique : voir ci-après) et titulaire d'une « licence de remplacement » dans la discipline exercée par le médecin remplacé.

Le médecin étudiant doit demander au Conseil départemental de l'Ordre du lieu de la Faculté ou de l'établissement de santé où il assure des semestres de stage, une licence de remplacement.

Celle-ci est délivrée aux étudiants ayant validé le 2^{ème} cycle des études médicales en France ou dans un Etat Européen, qui sont inscrits en 3^{ème} cycle des études médicales en France et qui répondent aux conditions de niveau d'études fixées par décret.

Pour obtenir une licence de remplacement, l'étudiant doit :

- 1 - remplir le questionnaire qui lui sera remis par le Conseil départemental ;
- 2 - fournir une attestation d'inscription en 3^{ème} cycle des études médicales ;
- 3 - justifier de remplir les conditions de niveau d'études telles qu'elles figurent à l'annexe 41-1 du Code de la Santé Publique en produisant une attestation de l'enseignant coordonnateur ou de l'ARS comportant le détail des semestres accomplis avec les agréments des services, dates et lieux.

Cette licence de remplacement est une simple attestation prouvant que l'intéressé se trouve dans les conditions légales requises pour être autorisé à effectuer un remplacement. Elle ne constitue pas une autorisation de remplacement. Seule l'autorisation habilite l'étudiant à faire le remplacement d'un médecin.

CAS PARTICULIERS de l'interne et du SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé):

Nous vous rappelons qu'un interne ne peut remplacer son maître de stage pendant son stage. En outre, il ne peut faire des remplacements que sur des jours de congés légaux déclarés à l'administration du CHU.

L'article 2 de la convention-type de SASPAS rappelle que les actes sont réalisés « *en autonomie supervisée* », et doivent être ceux dont le « *maître de stage a la pratique habituelle* ».

Qu'en est-il lorsque le maître de stage est en congés ? Le stagiaire ne peut en aucun cas exercer sous la supervision du remplaçant de son maître de stage dès lors que celui-ci n'est pas lui-même maître de stage.

L'interne en SASPAS en cabinet de groupe où d'autres associés sont maîtres de stage peut, si l'un de ces associés nominativement désigné accepte d'assurer la supervision du stage, poursuivre son activité pendant les vacances de son maître de stage.

Elodie PIGEON-AVERTY

Juriste du CDOM

Peuvent être autorisées à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'Etat dans le département, les personnes remplissant les conditions suivantes :

1° Avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou titulaires d'un titre sanctionnant une formation médicale de base équivalente, délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

2° Avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie, par le décret mentionné au dernier alinéa ;

Ces autorisations sont délivrées pour une durée limitée par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins qui en informe les services de l'Etat.

Lors du remplacement d'un médecin salarié, le directeur de l'établissement de santé respecte les obligations liées à la formation universitaire ainsi qu'à la formation pratique et théorique du remplaçant.

Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté pris, sauf en cas d'extrême urgence, après avis des Conseils de l'Ordre intéressés, habilitier pendant un délai déterminé les représentants de l'Etat dans le département à autoriser, pour une durée limitée, l'exercice de la médecine par des étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

Les personnes appartenant à la réserve sanitaire prévue à l'article L. 3132-1 ou requises en application des articles L. 3131-8 ou L. 3131-9 et ayant validé le deuxième cycle des études médicales sont autorisées à exercer la médecine au titre des activités pour lesquelles elles ont été appelées.

Un décret, pris après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins, fixe les conditions d'application des quatre premiers alinéas du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien remplacé, la durée maximale des autorisations et les conditions de leur prorogation.

Un médecin collaborateur salarié peut-il exercer en secteur 2 ?

Selon l'article 11 du contrat-type de médecin collaborateur salarié élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins : « (...) Le Docteur (employeur), lorsque sa situation conventionnelle lui permet de fixer librement ses honoraires, détermine les fourchettes d'honoraires applicables aux patients, avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur (...) Le Docteur (salarié), peut adapter les honoraires demandés au patient, conformément aux règles déontologiques sus-évoquées. »

L'article 31 de la convention médicale du 26 juillet 2011 s'impose donc au médecin collaborateur salarié : « Le médecin salarié par un praticien libéral ne peut adhérer personnellement à la convention médicale des médecins libéraux. Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'étant pas adhérent lui-même à la convention, il applique les tarifs opposables (...) quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur. Toutefois, lorsque le collaborateur salarié d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents détient lui-même les titres ouvrant l'accès à ce secteur, il peut appliquer les tarifs correspondants au dit secteur. »

Si le médecin collaborateur salarié peut faire valoir les titres ouvrant droits au secteur à honoraires différents, et que son employeur est conventionné dans ce secteur à honoraires différents, le praticien salarié peut appliquer des honoraires différents dans le cadre de son activité salariée.

En bref.



3^{ème} conférence annuelle

« Le risque dans tous ses états »

Le principe de précaution, application au monde de la santé, conférence organisée par le Comité de coordination des Vigilances et des Risques associés aux soins (CoViRis) dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients.

Le **jeudi 26 novembre** 2015 de 14h à 18h
à l'Amphithéâtre Kernéis
1 rue Bias - 44000 NANTES.

Renseignements au 02 40 08 70 87

Entrée gratuite

Inscription recommandée avant
le 20 novembre sur le site internet
du CHU de Nantes :

www.chu-nantes.fr - rubrique actualité

L'HUMEUR DES DRUIDES



Provocatif
M. CHUPIN

Deux controverses pré estivales : « Les Républicains », et Gérard Maudrux

Dans le courant du printemps, on a assisté à un très amusant débat sur le fait de savoir si l'actuelle opposition avait le droit de se baptiser « républicains »... Mais reste à savoir à quel type de « républicains » fait référence cette nouvelle dénomination :

- Est-ce aux « Bleus » de 1793, qui ont ravagé nos campagnes de l'Ouest ? Tout à fait invraisemblable... Ou alors Bruno Retailleau serait devenu l'héritier du général Turreau !
- Est-ce aux Républicains américains ? Plus que probable, ne serait-ce que par américano-manie. Mais, alors, lesquels : les nordistes de la guerre de Sécession qui, depuis, ont viré à droite ? (à l'inverse des Démocrates qui, eux, ont fait le chemin inverse, de la droite vers la gauche !). A priori, ce doit être par référence aux Républicains actuels, c'est-à-dire de droite.

Quant aux démocrates (qu'ils soient sociaux, chrétiens, ou autres), le problème est surtout de savoir comment on pratique la démocratie ? Nous avons même connu dans le passé des démocraties dites populaires, et on sait ce que cela voulait dire ! Un exemple récent nous fait repenser le problème : il s'agit de l'interprétation par le Pouvoir du résultat des élections à la CARMF.

En effet, les électeurs ont littéralement plébiscité les listes de Gérard Maudrux,

président sortant (2/3 des votes, dans un contexte de démocratie réellement représentative)... Mais, aussitôt après, on a vu sortir un oukase interdisant aux retraités (ce qui était le cas du dit président sortant... comme par hasard !) de rester présidents ! Car, sans aucun doute, le personnage en question avait des tas d'ennemis, que ce soit dans la technocratie dirigeante, ou dans certains autres clans druidiques.

Donc, d'un côté des électeurs qui pensent que l'on doit respecter leur choix tout récent, et de l'autre côté des apparatchiks qui veulent profiter de leur actuel (mais plus ancien) pouvoir pour régler leurs comptes, avant que des élections prochaines ne règlent les leurs.

Républicains, démocrates, et autres : c'est blanc bonnet ou bonnet blanc, comme disait J. Duclos qui, lui, préférait les bonnets rouges ! Ce n'est que de la politique, laquelle est loin d'être un long fleuve tranquille...

Adieu Docteur Maudrux ? Non, sûrement pas, puisqu'en dernière minute le conseil d'administration de la CARMF, en opposition avec le décret en question, vient de le réélire président ! Le bras de fer avec le gouvernement est engagé...

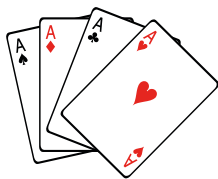
Et, en attendant, tant qu'à faire, soyons fous : vive le roi !!!



Dr P. LEVEQUE

PROBLÈME

DE BRIDGE



♠ 10 9 8 5
♥ VR 7 3
♦ V 2
♣ A 9 3

♠ 4 3
♥ AD 10 9 6 5 4
♦ AR
♣ V 2



Vulnérabilité :
Nord - Sud

Donneur :
Sud

Les enchères

SUD OUEST NORD EST

1 ♦ 2 ♥ Contre* Passe
3 ♠ Passe 4 ♠ Passe
Passe Passe Passe

*4 cartes à Pique

L'entame

Sur votre entame du Roi de Carreau, votre partenaire fournit le 3 de Carreau. Comment devez-vous poursuivre ?

Le point de la situation

La carte fournie par votre partenaire sur la première levée indique vraisemblablement cinq cartes dans la couleur, ce qui laisse supposer que le déclarant a une répartition 4-1-4-4 ou 4-2-4-3. Quelles sont vos chances de battre cette manche ?

Solution

Le déclarant a sans doute 14 ou 15 points H pour son enchères et vous ne pouvez pas espérer trouver plus de 2 ou 3 points H chez votre partenaire. Si ses honneurs sont à Pique, ils seront capturés. Vous devez donc escompter une opposition suffisante dans les mineures. Par ailleurs, le déclarant

ne pourra pas utiliser d'éventuels Carreaux maîtres pour défausser des Trèfles tant qu'il n'aura pas donné deux tours d'atout. Un troisième sera nécessaire pour profiter du Roi de Cœur? Que votre partenaire ait le Roi de Trèfle, ou bien la Dame de Trèfle et le 10 de Carreau, Sud ne pourra pas faire plus de neuf levées.

Le premier geste est donc de tirer l'As de Cœur, car une éventuelle chicane en Est simplifierait votre tâche. Ensuite, si les Cœurs manquants sont 1-1, un retour neutre à Pique ne sera pas satisfaisant. Après avoir enlevé les atouts, le déclarant vous mettra en main à Carreau. Vous serez obligé de jouer Cœur dans la fourchette du mort, ou d'ouvrir les Trèfles à son profit. Pour éviter ce danger, vous devez vous débarrasser de l'As de Carreau avant de sortir à Pique.

Voici la donne complète :

♠ 10 9 8 5
♥ VR 7 3
♦ V 2
♣ A 9 3

♠ 4 3
♥ AD 10 9 6 5 4
♦ AR
♣ V 2

♠ 7 6 2
♥ 8
♦ 10 8 5 4 3
♣ D 8 7 4

♠ ARDV
♥ 2
♦ D 9 7 6
♣ R 10 6 5

Telles que sont les cartes, le déclarant ne peut pas à la fois couper deux fois au mort et profiter du Roi de Cœur. Il ne peut pas non plus établir un squeeze mineur contre Est, faute d'une communication.

MOTS

CROISÉS

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Horizontalement

- 1 - De Prusse ou Dard.
- 2 - Polynucléaire.
- 3 - Célèbre guide.
- 4 - Tiennent à leur botte.
- 5 - Manteau autrichien... décousu ! / Début de sport.
- 6 - Rivière asiatique. / Coureur australien.
- 7 - Elle vient d'arriver. / Petite surface.
- 8 - Choquée.

Verticalement

- A - Qualificatif fréquent pour des dessous.
- B - Petit oiseau.
- C - Est toujours dans sa cage.
- D - Prises dans philodendron.
- E - Vieux poème épique.
- F - Tenu par un acteur. / Ferme provençale.
- G - Inclus.
- H - Critiquée vertement.

M. CHUPIN

Solutions

Horizontallement : 1) Frédéric. 2) Eosino. 3) Michellin. 4) Italiens. 5) Nélod (= Ioden). / Sp. 6) Illi. / Emue. 7) Née. / Are. 8) Stressée.

Verticalement : A) Féminins. B) Roitelet. C) Escalier. D) Dinlo. E) Enlède. F) Rôle. / Mas. G) Inséré. H) Consue. /

MISE À JOUR

DU TABLEAU

OFFRES D'EMPLOIS SALARIÉS

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- **Le centre hospitalier de Vitré (35)** recrute un médecin généraliste (attaché ou assistant ou praticien hospitalier) temps plein. Tél.02.99.74.14.05 ou 02.99.74.15.20
- **Le département de l'Ariège (09)** recherche des médecins pour son service de santé scolaire (60 à 120 heures par mois). Tél.05.67.76.52.74
- **Le service de psychiatrie du centre hospitalier Georges Daumezon (Bouguenais)** recherche un généraliste pour 6 mois. Tél.06.81.51.87.93

MÉDECINS GÉRIATRES ET COORDONATEURS

- **Nantes** : les Maisons de retraite protestante, la Maison d'Accueil le Bois Hercé et la Maison du Bon Pasteur recherchent un coordonateur commun, 0,70 ETP. Tél.02.40.95.22.01
- **L'hôpital de Savenay** recherche un médecin gériatre en cours de formation pour son service SSR, 0,70 à 0,80 ETP. Tél.06.78.20.48.55

MÉDECIN URGENTISTE

- **Le centre hospitalier de Vitré (35)** recherche un médecin urgentiste, praticien hospitalier contractuel, temps plein ou temps partiel. Tél.02.99.74.14.05 ou 02.99.74.14.63

INSCRIPTIONS

N° 10175	MOUTON Stéphane	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10409	ANDRESZ Emilie	C.H. Georges Daumézou - 55 rue Georges Clémenceau - PSYCHIATRIE - BOUGUENNAIS
N° 10410	BOUREAU Anne-Sophie	C.H.U. - Hôpital G. et R. Laënnec - Service - Médecine Aigue Gériatrique MEDECINE INTERNE - ST HERBLAIN
N° 10411	DEZELLUS Aliette née FORZY	I.C.O. René Gauducheau - Bd Jacques Monod GYNECOLOGIE MEDICALE - ST HERBLAIN
N° 10412	LANDAU Ester	C.H.U. - Hôpital G. et R. Laënnec ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES - ST HERBLAIN
N° 10413	LEGRAVEREND Laure	M.T.P.L. 6 rue Joseph Caillé - MEDECINE DU TRAVAIL - NANTES
N° 10414	TREMELOT Claire	C.H. Service des Urgences Psychiatriques - 11 bd G. Charpak-PSYCHIATRIE - ST NAZAIRE
N° 10415	CAVET Anne	C.H.U. Hôpital Bellier - MEDECINE GENERALE - NANTES
N° 10416	NEGRIER Laurent	Centre Catherine de Sienne - 2 rue Eric Tabarly - MEDECINE NUCLEAIRE - NANTES
N° 10417	GUILLOU Julia	C.H.U. - HOTEL DIEU - PEDIATRIE - NANTES
N° 10418	BLAISE Pauline	C.H.U. - HOTEL DIEU - MEDECINE GENERALE - NANTES
N° 10419	BROCHOIRE Anne-Claire	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10420	DELANAUD Hervé	S.S.T.R.N. 2 rue Linné - MEDECINE DU TRAVAIL - NANTES
N° 10421	DELIGNE Florence	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10422	PENIT Anne	Hôpital Loire et Sillon - 13 rue de l'Hôpital MEDECINE GENERALE - SAVENAY
N° 10423	POUSSET Florence	C.H.U. - HOTEL DIEU - ANESTHESIE-REANIMATION - NANTES
N° 10424	ROUSSELY Claire	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10425	SADONES Flavie	Centre Hospitalier Serv. Imagerie Médicale RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE - ST NAZAIRE
N° 10426	SAMSON Hélène	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10427	THAY Stéphane	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10428	HERMOUET Eric	Clinique Jules Verne - 2-4 rte de Paris - GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE - NANTES
N° 10429	BENFRIHA Mourad	Clinique Ste-Marie - 9 rue de Verdun - CHIRURGIE GENERALE - CHATEAUBRIANT
N° 10430	LEFORT Thierry	21 rue Laënnec - MEDECINE GENERALE - LA TURBALLE
N° 10431	LE MEILLOR Clémence	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10432	MELIOT Cécile	Centre Hospitalier 11 bd Georges Charpak MEDECINE GENERALE (Gériatrie et Douleur) - ST NAZAIRE
N° 10433	TOUTIRAIS Guillaume	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10434	ROZIER Pierre	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10435	VELUPPILLAI Cergika	C.H.U. - HME - GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE - NANTES
N° 10436	KHEMIRI Djamel	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10437	LARVOR Marc-Antoine	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10438	ZAMOSTEANU Liliana	Remplacements d'OPHTALMOLOGIE
N° 10439	BIETTE Isaure	Remplacements de RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE
N° 10440	CLEMENT Julien	Le Bodio - SSR - MEDECINE GENERALE - PONTCHATEAU
N° 10441	CONGARD Dominique	Inscrite « Non Exerçant »
N° 10442	DOCO-FENZY Martine née FENZY	CYTOGEN - 3 Rue Marconi - GENETIQUE MEDICALE - ST HERBLAIN
N° 10443	DONNY-RONCHI Elodie	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10444	GREGOIRE Françoise	Retraitée
N° 10445	GRIVEAU Cécile	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10446	NICOLLE Pascal	D.R.S.M. - 7 rue Pdt Edouard Herriot - Directeur Régional Service Médical - NANTES
N° 10447	PACARY Céline née LECLAIR	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10448	GIRAULT Jean-François	MEDECINE GENERALE - N'exerce pas actuellement
N° 10449	GREGOIRE Marion	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10450	HUCHET Claire	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10451	JULLIEN Bertille	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10452	AZZOUZ Amine	Remplacements de MEDECINE GENERALE - NANTES
N° 10453	DEHEEGER Anne	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10454	FOUILLEN Maëlle	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10455	GRIMSHAW Céline	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10456	MARINO Deborah	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10457	MORICE-RAMAT Audrey	4 rue des Guittières - MEDECINE GENERALE - ST PHILBERT DE GRAND LIEU

N° 10458	WITTE Typhaine	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10459	CHAMPENOIS Arnaud	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10460	NAULIN-LEFEUVRE Manon	C.H. Georges Daumazon - Service du SHIP PSYCHIATRIE - BOUGUENAI
N° 10461	BATON Olivier	Clinique St-Augustin - 78 rue Paul Bellamy CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE - NANTES
N° 10462	CHIRUTA Daria	88 rue des Hauts Pavés - OPHTALMOLOGIE - NANTES
N° 10463	BERGEROT Adrien	Remplacements d'ANESTHESIE REANIMATION
N° 10464	CHOLLET Fanny née NOGUES	GIST - 11 bis allée des Petits Brivins MEDECINE DU TRAVAIL - LA BAULE
N° 10465	DELAHOUSSE-BOUYER Fanny, née DELAHOUSSE	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10466	DERACHE Clémence	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10467	DUVAL Maylis	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10468	GOLLIER-BRIANT Fanny, née GOLLIER	C.H.U. Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - PSYCHIATRIE - NANTES
N° 10469	GREGOIRE Stéphanie née MAROT	C.H.U. - HOTEL DIEU - MEDECINE DU TRAVAIL - NANTES
N° 10470	HAWASLI Majd	C.H.U. - OPHTALMOLOGIE - NANTES
N° 10471	HINGRAT Jean-Yves	Résidence Les Ecrivains - Rue des Mimosas Médecin coordonnateur en EHPAD - GUERANDE
N° 10472	KERDRAON Olivier	I.C.O René Gauducheau -Bd Jacques Monod ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES - ST HERBLAIN
N° 10473	MENANTEAU Marc	Remplacements de RADIO-DIAGNOSTIC
N° 10474	de MASCUREAU Tiphaine	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10475	METRICH Laurence	Médecin-Conseil - Service médical de Loire-Atlantique - 9 rue Gaëtan Rondeau - MEDECINE GENERALE - NANTES
N° 10476	RAUX-POMPILIO Christine, née RAUX	SSTRN - 3-5 Rue d'Autriche - MEDECINE DU TRAVAIL - NANTES
N° 10478	ROHMER Jean-François	Retraité
N° 10479	SI ABDALLAH Mohamed	SDIS 44 - 12 Rue Arago - MEDECINE GENERALE - LA CHAPELLE SUR ERDRE
N° 10480	VENDE Pauline née BLONDEL	Remplacements de MEDECINE GENERALE
N° 10481	VINCENT Anne-Léopoldine	Médecin Conseiller technique auprès du Rectorat - Service Médico Social chemin de l'Hébergement - MEDECINE GENERALE - NANTES
N° 10482	COLIN Stéphanie	Remplacements de MEDECINE GENERALE

QUALIFICATIONS EN SPÉCIALISTE

N° 6513	BRELIVET Gaëlle	MEDECINE DU TRAVAIL	D.E.S. NANTES 31/10/2006
N° 6622	RENAUD Géraldine	SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	Avis Fav. Cision Nale 1 ^{ère} inst. 24/06/2015
N° 9489	BOURDIC Jacqueline	Abandonne la Spécialité exclusive de la Médecine du Travail - Demande à être inscrite en qualité de MEDECIN GENERALISTE compétent en MEDECINE DU TRAVAIL	
N° 9713	KIM Pui-Pui	CHIRURGIE INFANTILE	D.E.S.C. NANTES 15/10/2014
N° 9728	RIDEL Perrine	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	D.E.S.C. NANTES 11/10/2014
N° 9942	BOGAERT Pierre	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	D.E.S.C. NANTES 11/10/2014
N° 9953	COLIN Fabrice	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	D.E.S.C. NANTES 02/11/2014
N° 10021	KALADJI Adrien	CHIRURGIE VASCULAIRE	D.E.S.C. RENNES 03/11/2014
N° 10028	VENT Pierre-Alexandre	CHIRURGIE VASCULAIRE	D.E.S.C. NANTES 24/04/2015
N° 10236	LEROY Marc	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	D.E.S.C. LILLE 28/05/2015
N° 10409	ANDRESZ Emilie	PSYCHIATRIE	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10410	BOUREAU Anne-Sophie	MEDECINE INTERNE	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10411	DEZELLUS Aliette	GYNECOLOGIE MEDICALE	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10412	LANDAU Ester	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES	D.E.S. PARIS 30/04/2015
N° 10413	LEGRAVEREND Laure	MEDECINE DU TRAVAIL	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10414	TREMELOT Claire	PSYCHIATRIE	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10415	CAVET Anne	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 16/04/2015
N° 10417	GUILLOU Julia	PEDIATRIE	D.E.S. RENNES 28/04/2015
N°10418	BLAISE Pauline	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 03/05/2015

OFFRES DE CESSIONS OU D'ASSOCIATIONS OU DE COLLABORATIONS OU DE REMPLACEMENTS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

AUDE (11)

- Un à deux successeurs recherchés dans maison de santé, secteur rural-montagne, à Axat.
Tél.04.68.74.92.71

BOUCHES DU RHONE (13)

- Successeur recherché à Marignane dans cabinet de groupe.
Tél.06.13.61.16.71

HERAULT (34)

- Successeur recherché à Agde.
Tél.06.03.50.09.81

LOIRE ATLANTIQUE (44)

- Successeur recherché dans Nantes ouest (ZFU), dans cabinet de deux médecins. Tél.06.87.06.97.41
- Successeur recherché à Rezé dans cabinet avec orientation homéopathie et ostéopathie.
Tél. 06.80.55.25.06

MAINE ET LOIRE (49)

- Successeur recherché à Trémontines dans maison de santé pluridisciplinaire. Première année de location prise en charge par la mairie. Tél.02.41.62.93.09

DEUX SEVRES (79)

- Successeur recherché à St-Maixent-l'Ecole dans cabinet de deux médecins. Tél.05.49.76.06.18 ou 06.26.24.31.27

VENDEE (85)

- Successeur recherché à La Garnache. Tél.06.82.95.27.65

OFFRES DE CESSIONS OU D'ASSOCIATIONS OU DE COLLABORATIONS OU DE REMPLACEMENTS POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

● CARDIOLOGIE

- Successeur recherché dans une clinique de la région bordelaise (Bruges : 33520). Tél.06.86.73.67.38

● GASTRO-ENTEROLOGIE

- Candidats recherchés par la clinique du Ter (56270 PLOEMEUR). Tél.02.97.64.57.94 ou 06.61.40.66.39

● GYNECOLOGIE

- Successeur recherché à Pamiers (09100). huguet.mercier.christine@wanadoo.fr

MÉDECINS GÉNÉRALISTES RECHERCHÉS PAR COLLECTIVITÉS LOCALES OU AUTRES

- Communauté de Communes
du Canton de Garlin (Pyrénées
Atlantiques). Tél.05.59.04.78.64

FORMATIONS

- D.I.U. « Investigateur en Recherche Biomédicale », organisé par les Facultés de Tours (02.34.37.96.57), Limoges (05.55.05.88.91), Poitiers (05.49.44.41.60) et Rouen (02.32.88.88.62)
- D.U. Orthèses et Petit Appareillage : Faculté de Pharmacie d'Angers (02.44.68.86.98)
- D.U. Homéopathie : Faculté de Pharmacie d'Angers (02.44.68.86.98)
- D.U. Hospitalisation et Maintien à Domicile : Faculté de Pharmacie d'Angers (02.44.68.86.98)

LOCAUX DISPONIBLES

- Nantes : local de 73 m², bd Meusnier de Querlon, accessibilité conforme. Tél.06.95.48.59.81

N°10419	BROCHIRE Anne-Claire	MEDECINE GENERALE	D.E.S. CAEN 09/04/2015
N° 10421	DELIGNE Florence	MEDECINE GENERALE	D.E.S. ANGERS 06/05/2015
N° 10422	PENIT Anne	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10423	POUSSET Florence	ANESTHESIE-REANIMATION	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10424	ROUSSELY Claire	MEDECINE GENERALE	D.E.S. BREST 09/04/2015
N° 10425	SADONES Flavie	RADIOLOGIQUE ET IMAGERIE MEDICALE	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10426	SAMSON Hélène	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 16/04/2015
N° 10431	LE MEILLOR Clémence	MEDECINE GENERALE	D.E.S. RENNES 30/03/2015
N° 10433	TOUTIRAIS Guillaume	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 19/05/2015
N° 10434	ROZIER Pierre	MEDECINE GENERALE	D.E.S. ANGERS 10/06/2015
N° 10435	VELUPILLAI Cergika	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	D.E.S. NANTES 03/05/2015
N° 10436	KHEMIRI Djamel	MEDECINE GENERALE	D.E.S. POITIERS 24/06/2015
N° 10437	LARVOR Marc-Antoine	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 19/06/2015
N° 10438	ZAMOSTEANU Liliana	OPHTALMOLOGIE	Diplôme Romain 02/02/2015
N° 10443	DONNY Elodie	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 28/05/2015
N° 10445	GRIVEAU Cécile	MEDECINE GENERALE	D.E.S. BREST 04/06/2015
N° 10449	GREGOIRE Marion	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 16/06/2015
N° 10450	HUCHET Claire	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 25/06/2015
N° 10451	JULLIEN Bertille	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 09/06/2015
N° 10452	AZZOUZ Amine	MEDECINE GENERALE	D.E.S. ANGERS 14/04/2015
N° 10453	DEHEEGER Anne	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 02/07/2015
N° 10454	FOUILLEN Maëlle	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 09/07/2015
N° 10455	GRIMSHAW Céline	MEDECINE GENERALE	D.E.S. PARIS 25/06/2015
N° 10456	MARINO Deborah	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 16/06/2015
N° 10457	MORICE-RAMAT Audrey	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 23/06/2015
N° 10458	WITTE Typhaine	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 18/06/2015
N° 10459	CHAMPENOIS Arnaud	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 02/07/2015
N° 10460	NAULIN-LEFEUVRE Manon	PSYCHIATRIE	D.E.S. ANGERS 16/06/2015
N° 10462	CHIRUTA Daria	OPHTALMOLOGIE	Diplôme Romain 10/06/2014
N° 10470	HAWASLI Majd	OPHTALMOLOGIE	Autorisation d'Exercice Ar. Minist. 31/07/2015
N° 10482	COLIN Stéphanie	MEDECINE GENERALE	D.E.S. NANTES 03/09/2015

CHANGEMENTS DE TABLEAU

N° 1468	QUERY Michel	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 1974	GAYET Philippe	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 2072	DUPAS Benoît	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2170	DAVID Michel	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2396	MARTIN Guy	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 2453	RODAT Olivier	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2566	LE GALL Marie-Thérèse	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 2582	PLOTEGHER Alain	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2646	TERRIENNE Marie-Annick	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 2700	DARCHEN Roland	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 2792	GARRIGOU Michel	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2836	CAUMON Jean-Pierre	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2858	DAVID Albert	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 2897	LEVEAU Odile	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 2915	GUIHENEUF Michelle	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 3038	CHOIMET Patrick	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 3166	LOUVARD Brigitte	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 3287	GERARD-FOURNIS Maryse	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 3306	PONGE Agnès	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 3449	LUQUIAU Françoise	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 4135	TARAUD Daniel	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 5474	GAUDIER Chantal	Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 5585	GARREAU Françoise	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »

VAE ORDINALE :

Les Docteurs Ghislain BOCHEREAU, Vincent BOCQUILLON, Olivier BOUCHOT, Julien BRANCHEREAU, Gilles BRUNIER, Philippe CHAUVÉAU, Emmanuel COUTEAU, Frédéric DUNET, Louis MARCONNET, Jérôme RIGAUD, Thierry ROUSSEAU et Olivier WETZEL ont obtenu le droit d'exercice complémentaire dans la spécialité non qualifiante « CANCEROLOGIE option TRAITEMENTS MEDICAUX DES CANCERS ».

Le Docteur Jean-François HETET a obtenu le droit d'exercice complémentaire dans la spécialité non qualifiante « CANCEROLOGIE option CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE ».

Le Docteur Catherine ANTOINE a obtenu le droit d'exercice dans la spécialité non qualifiante « ALLERGOLOGIE ET IMMUNOLOGIE CLINIQUE ».

N° 6143	JACQUEMAIRE Denis	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 6194	MICHON Estelle	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 6567	SACHEAU Véronique	Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 7123	LELARD Christophe	Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 7484	BERNOT Gaëlle	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 7752	COMBRISSEON-TENEUR Marie-Christine	Prend retraite - Reste inscrite « Non Exerçant »
N° 8270	SAUVAGET Anne	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 8727	MONTASSIER Emmanuel	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 9191	ROQUILLY Antoine	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »
N° 9777	CHARVOLIN Jean-Paul	Prend retraite - Reste inscrit « Non Exerçant »
N° 10444	GREGOIRE Françoise	Reprend activité - Demande sa réinscription en qualité de « Médecin Exerçant »

RADIATIONS		
N° 1144	DUBOIS Jean-François	Dossier transmis au Conseil NATIONAL - Demande radiation complète du Tableau de l'Ordre
N° 5760	GOETZ Isabelle	Dossier transmis au Conseil des ALPES MARITIMES
N° 6558	HEAULME Chantal	Dossier transmis au Conseil NATIONAL pour inscription sur la Liste Spéciale
N° 6680	JOURNE Frédéric	Dossier transmis au Conseil du LOIR ET CHER
N° 6800	LEMINE Michel	Dossier transmis au Conseil du MAINE ET LOIRE
N° 7407	PHILIPPE Henri-Jean	Dossier transmis au Conseil de la Ville de PARIS
N° 7588	LECONTE Cyril	Dossier transmis au Conseil de VENDEE
N° 7787	LINO-DANIEL Marie	Dossier transmis au Conseil de l'ISERE
N° 7893	OLIVIER Jacques	Dossier transmis au Conseil de VENDEE
N° 7909	HAMEL Olivier	Dossier transmis au Conseil de la HAUTE GARONNE
N° 7941	DERVIEUX Dominique	Dossier transmis au Conseil NATIONAL - Demande sa radiation complète du Tableau de l'Ordre
N° 7963	HAMON Jean-Marc	Dossier transmis au Conseil du MORBIHAN
N° 8097	PITON Olivia	Dossier transmis au Conseil de LA REUNION
N° 8354	CARTRON Muriel	Dossier transmis au Conseil de HAUTE SAVOIE
N° 8704	FAU Georges	Dossier transmis au Conseil des PYRENEES ATLANTIQUES
N° 9115	HEDREUL Romain	Dossier transmis au Conseil du VENDEE
N° 9365	COMTE Bernard	Dossier transmis au Conseil du VAL DE MARNE
N° 9381	BARRIERE François	Dossier transmis au Conseil du RHONE
N° 9434	SCHUNCK Aurélie	Dossier transmis au Conseil du MAINE ET LOIRE
N° 9442	COIFFARD Sébastien	Dossier transmis au Conseil de MAYOTTE
N° 9537	ROBALO Marta	Dossier transmis au Conseil des HAUTS DE SEINE
N° 9546	CHESNEAU Anne-Sophie	Dossier transmis au Conseil de la Ville de PARIS
N° 9555	GAVAZOVA Adelina	Dossier transmis au Conseil NATIONAL - Demande sa radiation complète du Tableau de l'Ordre
N° 9671	LIBERGE Gauthier	Dossier transmis au Conseil de la SEINE MARITIME
N° 9741	HEUZE Alice	Dossier transmis au Conseil de la SEINE MARITIME
N° 9856	SAINT-JEAN Alexandre	Dossier transmis au Conseil du MAINE ET LOIRE
N° 9857	BABEAU-BERTRAND Sophie	Dossier transmis au Conseil du MORBIHAN
N° 9884	LE GUEN Arnaud	Dossier transmis au Conseil du MORBIHAN
N° 9910	BRAULT Isabelle	Dossier transmis au Conseil de VENDEE
N° 10148	RATHOUIS Anne-Lise	Dossier transmis au Conseil de l'OISE
N° 10164	BABEAU Tanguy	Dossier transmis au Conseil du MORBIHAN
N° 10175	MOUTON Stéphane	Dossier transmis au Conseil de HAUTE SAVOIE
N° 10214	GRAND-JEAN Michel	Dossier transmis au Conseil du CALVADOS
N° 10260	GUILLUMAT Jérôme	Dossier transmis au Conseil du CALVADOS
N° 10296	GALLAIS-UMBERT Anaïs	Dossier transmis au Conseil des PYRENEES ORIENTALES
N° 10299	GOULMY Gérard	Dossier transmis au Conseil de l'OISE
N° 10338	NOBOA-ROCHER Maria-Soledad	Dossier transmis au Conseil des DEUX SEVRES
N° 10342	TABOUREL Anne	Dossier transmis au Conseil des DEUX SEVRES
N° 10388	KASSAM Rania	Dossier transmis au Conseil du MAINE ET LOIRE

DÉCÈS		
N° 696	LESCAUDRON André	Médecin retraité - Décédé le 25/06/2015
N° 725	CANEVET Guy	Médecin retraité - Décédé le 13/06/2015
N° 1245	CHABOT Jean	Médecin retraité - Décédé le 30/07/2015
N° 1288	BRELET Gilbert	Médecin retraité - Décédé le 04/04/2015
N° 1318	DRIANNO Jean-Claude	Médecin retraité - Décédé le 06/08/2015
N° 1362	DELOBEL-COZAN Renée	Médecin retraité - Décédée le 30/07/2015
N° 1366	JOGUET Alain	Médecin retraité - Décédé le 18/03/2015
N° 1815	BAHUAUD Joël	Médecin retraité - Décédé le 12/07/2015
N° 2301	CARRIOU Patrick	Médecin retraité - Décédé le 15/07/2015
N° 3431	DURAND Marc	Décédé le 10/06/2015
N° 4029	BOUARD Agnès	Décédée le 01/09/2015
N° 9517	LEMERRE Lucien	Médecin retraité - Décédé le 25/01/2015

SOCIÉTÉS

Inscriptions

• « SELARL DOCTEUR ERIC HERMOUET » (n° 136) : Docteur Eric HERMOUET (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique).
Siège social : 7 rue Alphonse Allais - 44000 NANTES.

Lieux d'exercice :

- Clinique Jules Verne 2-4 Route de Paris - 44300 NANTES

- Clinique Sud Vendée Rue du Docteur Fleurance - 85200 FONTENAY LE COMTE.

• SELARL « MNA TEP » (n° 137) : Docteurs Jean-Marc CAIGNON, Mohammed CHABANE GACI, Pascal GRIES, et Patrick PELTIER (médecins spécialistes en médecine nucléaire).

Siège social et lieu unique d'exercice : 2 Rue Eric Tabarly - 44200 NANTES.

• « SELARL DOCTEUR MIRIAM LOUIS » (n° 138) : Docteur Miriam LOUIS (médecin spécialiste en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie).

Siège social et lieu unique d'exercice : 192 Route de la Côte d'Amour - 44600 SAINT NAZAIRE.

• SELARL « ALEK ONCO » (n° 139) : Docteurs Hélène CASTANIE, (médecin spécialiste en oncologie option médicale), Claude EL KOURI (médecin spécialiste en oncologie option médicale), et Alain LORTHOLARY (médecin spécialiste en médecine interne et titulaire d'un DESC de Cancérologie).

Siège social : Centre Catherine de Sienne - 2 rue Eric Tabarly 44200 NANTES.

Lieux d'exercice :

- Centre Catherine de Sienne - 2 rue Eric Tabarly 44200 NANTES

- Clinique Jules Verne - 2 route de Paris - 44300 NANTES

- « SELARL IMED » (n° 140) : Docteurs Carole DELERUE, Anne LAURENT, Laurence PILLON, Carole HAESEBROUCK, Emmanuelle DELFAUT, Julie BIHAN, Jacques MAINFRAY, Thomas MARIE D'AVIGNEAU, Philippe SADDIER, Bertrand LIEBAULT, Philippe FREUND, Emmanuel MUSEUX, Laurent SCHILLINGER, Frédéric PEYROU, Arnaud MADOZ, et Mathieu VINCENT, médecins radiologues.

Siège social : 6 rue Henri Gautier - 44600 SAINT NAZAIRE.

Lieux d'exercice :

- Polyclinique de l'Europe - 33 boulevard de l'Université - 44600 SAINT NAZAIRE
- Clinique Mutualiste de l'Estuaire - 11 boulevard Georges Charpak - 44600 SAINT NAZAIRE
- Centre Hospitalier de Saint Nazaire - 11 boulevard Georges Charpak - 44600 SAINT NAZAIRE
- Centre Hospitalier de NANTES (Hôpital Nord) - Boulevard Jacques Monod - 44800 SAINT HERBLAIN

Modifications

- Modification de la SELAS « LABORATOIRE BOLIANCE » (n°L-12), suite à la fermeture du site 15 rue Jeanne d'Arc à VERTOU (44120) et à sa réouverture au 77 boulevard de l'Europe à VERTOU (44120).

Siège social : 2 avenue Louise Michel - 44400 REZE.

Cette société est autorisée à exploiter un laboratoire de biologie médicale aux : 2 rue des Ardillats - 44220 COUERON ; 76 rue Paul Bellamy - 44000 NANTES ; 3 rue de la Béraudière - 44000 NANTES ; 1 place du Cirque - 44000 NANTES ; 2 place Delorme - 44000 NANTES ; Place de la Croix Bonneau - 44100 NANTES ; 134 boulevard de la Fraternité - 44100 NANTES ; 214 bis boulevard Jules Verne - 44300 NANTES ; 83 boulevard des Belges - 44300 NANTES ; 2-4 route de Paris - 44300 NANTES ; 66 rue de la Commune - 44400 REZE ; 2 avenue Louise Michel - 44400 REZE ; 118 avenue Claude Bernard - 44800 SAINT HERBLAIN ; 10 rue de Plaisance - 44310 SAINT PHILBERT DE GRAND LIEU ; 7 place Robert Schuman - 44980 SAINTE LUCE SUR LOIRE ; 35 place du Champ de Foire - 85600 MONTAIGU ; 77 Boulevard de l'Europe - 44120 VERTOU ; 3 Rue de l'Elan - 44840 LES SORINIERES ; 101 Rue de la Libération - 44230 - SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE ; 177 route de Vannes - 44800 SAINT HERBLAIN ; 6 rue des Renards, quartier La Boissière - 44300 NANTES ; 88 Route de Rennes - 44300 NANTES ; 7 rue Jeanne d'Arc - 44000 NANTES ; 205 bis Route de Sainte Luce - 44300 NANTES ; 39 Route de Clisson - 44200 NANTES et 93 rue de la Contrie - 44100 NANTES.

- Modification de la « SELARL Des Docteurs Blain - Sorrentino » (n° 85), suite à la fermeture du lieu d'exercice situé 1 Rue Eugène Tessier à NANTES.

Siège social : Clinique Brétéché - 3 Rue de la

Béraudière - 44000 NANTES.

Lieux d'exercice :

- Clinique Brétéché - 3 Rue de la Béraudière - 44000 NANTES.
- 25 Rue Octave Feuillet - 44000 NANTES.

- Modification de la SELARL « GRIM 2 » (n°126), suite à l'ouverture de deux nouveaux sites à SAINT HERBLAIN et ANCENIS.

Siège social : 14 boulevard Winston Churchill - 44100 NANTES.

Lieux d'exercice :

- Site du Confluent - 2 rue Eric Tabarly - 44202 NANTES,
- Saint Augustin - 1 rue Eugène Tessier - 44000 NANTES,
- PCA - rue Claude Bernard - 44819 SAINT HERBLAIN,
- Jules Verne - 2 et 4 rue de Paris - 44300 NANTES,
- Hôpital Nord Laennec - Boulevard Jacques Monod - 44800 SAINT HERBLAIN,
- Centre Hospitalier Francis Robert - 160 rue du Verger - 44150 ANCENIS.

- Modification de la « SELARL EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR » (n° 77) : Docteur Vincent SCHOLLHAMMER, suite à la fermeture du site de SAINT MALO.

Siège social et lieu d'exercice : Polyclinique de l'Atlantique Avenue Claude Bernard - 44800 SAINT HERBLAIN.

- Modification de la SELARL « GRIM 2 » (n°126), suite à l'intégration du Docteur Eurydice HOURNA N'GARKODOU en tant que nouvelle associée et à l'ouverture d'un nouveau site à la Clinique Brétéché à NANTES.

Siège social : 14 boulevard Winston Churchill - 44100 NANTES.

Lieux d'exercice :

- Site du Confluent - 2 rue Eric Tabarly - 44202 NANTES,
- Saint Augustin - 1 rue Eugène Tessier - 44000 NANTES,
- PCA - rue Claude Bernard - 44819 SAINT HERBLAIN,
- Jules Verne - 2 et 4 rue de Paris - 44300 NANTES,
- Hôpital Nord Laennec - Boulevard Jacques Monod - 44800 SAINT HERBLAIN,
- Centre Hospitalier Francis Robert - 160 rue du Verger - 44150 ANCENIS.
- Clinique Brétéché - 3 rue de la Béraudière - 44000 NANTES.

- Modification de la SELARL « OPHTHALLIANCE » (n° 114), suite à l'intégration des Docteurs Xavier ZANLONGHI et Alexandra-Liliana ZAMOSTEANU en tant que nouveaux associés, et à l'ouverture d'un nouveau site à REDON.

Siège social : 88 Rue des Hauts Pavés - 44000 NANTES.

Lieux d'exercice :

- 88 Rue des Hauts Pavés - 44000 NANTES
- 8 Rue Camille Flammarion - 44000 NANTES
- 2-4 Route de Paris - 44300 NANTES
- 17 Rue Pierre Mendès France - 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE

- 62 bis, rue Aristide Briand - 44400 REZE

- Parc Schweitzer II, 16 Rue Jean Perrin - 85300 CHALLANS

- 55 Rue de Nantes - 44460 SAINT NICOLAS DE REDON

- dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire : Hôpital de Redon 8 avenue Etienne Gascon - 35600 REDON

- Modification de la « SELARL BIOLOIRE » (n°L-9), suite à sa transformation en « SELAS », au transfert de son siège social, au départ du Docteur Nicolas GAUTIER et à l'intégration du Docteur Bastien HAY.

Siège social : 8 Rue de la Gare - 44400 REZE.

Cette société exploite sept laboratoires d'analyses de biologie médicale :

- 5 Rue de l'Ardeche - 44800 SAINT HERBLAIN
- 8 Rue de la Gare - 44400 REZE
- 36 Rue de Nantes - 44860 PONT ST MARTIN
- 3 Rue Pierre-Etienne Flandin - 44200 NANTES
- 9 Rue de l'Hôtel de Ville - 44800 SAINT HERBLAIN
- 1 Place Foch - 44360 SAINT ETIENNE DE MONTLUC
- 65 Boulevard Saint Aignan - 44100 NANTES

- Modification de la SELAS « BIOMEDILAM » (n°L-17), suite à sa fusion-absorption avec la SELARL BIOLAB et donc l'intégration des Docteurs Guy LEPESANT, Pierre BRASY et Marc ROCHARD, à l'ouverture d'un laboratoire situé à VITRE.

Siège social : 9 avenue de Verdun - 44110 CHATEAUBRIANT.

Ce laboratoire est autorisé à réaliser des examens de biologie médicale sur les sites suivants :

- 9 Avenue de Verdun - 44110 CHATEAUBRIANT ; 2 rue Henry de Boisfleury - 44290 GUEMENE-PENFAO ; 2 Avenue Gustave Eiffel - 44810 HERIC ; 2 bis Place de la Madeleine - 49420 POUANCE ; 3 Rue du Dr Emmanuel Pontais - 35130 LA GUERCHE DE BRETAGNE ; 10 Rue de Chateaubriant - 35770 VERN SUR SEICHE ; Les balcons de la Marionnaise, Avenue de la Marionnaise - 35131 CHARTRES DE BRETAGNE ; 34 Rue de Beauvais - 35500 VITRE.

Radiations

- SELARL PHILEAS (n° 39).
- SELARL DOCTEUR BENOÎT DIXNEUF (n° 21).

AUTORISATIONS DE SITES MULTIPLES (article 85)

- Docteur Frédérique MAINBOURG (médecin spécialiste en médecine générale) :

1^{er} site : 37 Rue de Nantes - 44390 PETIT MARS.

2^{ème} site : 5 Rue de la Charlotte - 44540 SAINT MARS LA JAILLE.

- Docteur Laurent NEGRIER (médecin spécialiste en médecine nucléaire) :

1^{er} site : Service de médecine nucléaire du Centre Catherine de Sienne - 2 Rue Eric Tabarly - 44200 NANTES.

2^{ème} site : Service de médecine nucléaire de la Cité Sanitaire Georges Charpak -

11 Boulevard Georges Charpak - 44606 SAINT NAZAIRE CEDEX.

• Docteur Catherine DAUMAS (médecin spécialiste en médecine générale) jusqu'au 30 juin 2015 :

1^{er} site : 2 Rue Jean Baptiste Aufray - 44360 SAINT ETIENNE DE MONTLUC.

2^{ème} site : 5-7 Boulevard de Verdun - 44360 SAINT ETIENNE DE MONTLUC.

• Docteur Nawel REZZOUG (médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires) :

1^{er} site : 17 Rue Mendès France - 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE.

2^{ème} site : CH LVO Site de CHALLANS Service de Cardiologie Boulevard Guérin - BP 219 - 85302 CHALLANS CEDEX.

3^{ème} site : Clinique Jules Verne - 2 Route de Paris - 44300 NANTES.

• Docteur Ronny LOPES (médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie) :

1^{er} site : Clinique BRETECHE 3 rue de la Béraudière - BP 54613 - 44046 NANTES CEDEX.

2^{ème} site : Polyclinique de l'Atlantique Avenue Claude Bernard - BP 40419 - 44819 SAINT HERBLAIN CEDEX.

• Docteurs Jacques MAINFRAY, Carole DELERUE, Thomas MARIE D'AVIGNEAU, Anne LAURENT, Philippe SADDIER, Laurence PILLON, Bertrand LIEBAULT, Philippe FREUND, Emmanuel MUSEUX, Carole HAESBROUCK, Laurent SCHILLINGER, Emmanuelle DELFAUT, Julie BIHAN, Frédéric PEYROU, Arnaud MADDOZ et Mathieu VINCENT (médecins radiologues) :

1^{er} site : 6 rue Henri Gautier à SAINT NAZAIRE,

2^{ème} site : 22, rue de la Mer d'Iroise à SAINT NAZAIRE,

3^{ème} site : 33, boulevard de l'Université à SAINT NAZAIRE,

4^{ème} site : 11, boulevard Georges Charpak à SAINT NAZAIRE,

5^{ème} site : 21 bis Route de Vannes à PONTCHATEAU,

6^{ème} site : 17, rue Albert Schweitzer à MONTOIR DE BRETAGNE.

7^{ème} site : Hôpital G.R. LAENNEC IRM 3T Boulevard du Professeur Jacques Monod à SAINT HERBLAIN

• Docteur Xavier DUVAL-ARNOULD (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) :

1^{er} site : dans le cadre de sa société, la « SELARL XDA80 » : Clinique BRETECHE - 3 rue de la Béraudière - BP 54613 - 44046 NANTES CEDEX.

2^{ème} site : activité salariée à titre individuel : à la SNCF.

• Docteur François DEWAELE (médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie et titulaire du DESC de Cancérologie) :

1^{er} site : Nouvelles Cliniques Nantaises - 4 Rue

Eric Tabarly - 44277 NANTES CEDEX 2.

2^{ème} site : Clinique Jules Verne - 2 Route de Paris - 44300 NANTES.

• Docteur Jean-Marc CAIGNON (médecin spécialiste en médecine nucléaire) :

1^{er} site : dans le cadre de la SELARL « MNA TEP » : Centre Catherine de Sienne 2 Rue Eric Tabarly - BP 20215 - 44202 NANTES Cedex 2.

2^{ème} site : à titre individuel : Polyclinique du Maine 4 Avenue des Français Libres - 53000 LAVAL.

3^{ème} site : à titre individuel : Cité Sanitaire - 11 Boulevard Georges Charpak - 44606 SAINT NAZAIRE Cedex.

• Docteur Pascal GRIES (médecin spécialiste en médecine nucléaire) :

1^{er} site : dans le cadre de la SELARL « MNA TEP » : Centre Catherine de Sienne - 2 Rue Eric Tabarly - BP 20215 - 44202 NANTES Cedex 2.

2^{ème} site : à titre individuel : Polyclinique du Maine - 4 Avenue des Français Libres - 53000 LAVAL.

3^{ème} site : à titre individuel : Cité Sanitaire - 11 Boulevard Georges Charpak - 44606 SAINT NAZAIRE Cedex.

• Docteur Mohammed Chabane GACI (médecin spécialiste en médecine nucléaire) :

1^{er} site : dans le cadre de la SELARL « MNA TEP » : Centre Catherine de Sienne 2 Rue Eric Tabarly BP 20215 - 44202 NANTES Cedex 2.

2^{ème} site : à titre individuel : Polyclinique du Maine 4 Avenue des Français Libres - 53000 LAVAL.

3^{ème} site : à titre individuel : Cité Sanitaire 11 Boulevard Georges Charpak - 44606 SAINT NAZAIRE Cedex.

• Docteur Patrick PELTIER (médecin spécialiste en médecine nucléaire) :

1^{er} site : dans le cadre de la SELARL « MNA TEP » : Centre Catherine de Sienne - 2 Rue Eric Tabarly - BP 20215 - 44202 NANTES Cedex 2.

2^{ème} site : à titre individuel : Cité Sanitaire 11 Boulevard Georges Charpak - 44606 SAINT NAZAIRE Cedex.

• Docteur Eurydice HOURNA (médecin spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale) exerce à compter du 2 juillet 2015 dans le cadre de la SELARL « GRIM 2 » (pour l'activité d'imagerie en coupe par IRM et scanner) et est autorisée à exercer l'autre partie de son activité en individuel sur les sites suivants :

1^{er} site : dans le cadre de la SELARL « MNA TEP » : Centre Catherine de Sienne - 2 Rue Eric Tabarly - BP 20215 - 44202 NANTES Cedex 2.

Autres sites : à titre individuel : 2 rue Eric Tabarly 44202 NANTES ; 1 rue Eugène Tessier - 44000 NANTES ; PCA - rue Claude Bernard - 44819 SAINT HERBLAIN ; 2 et 4 rue de Paris - 44300 NANTES ; Hôpital Nord Laennec Boulevard Jacques Monod - 44800 SAINT HERBLAIN ; Centre Hospitalier Francis Robert 160 rue du Verger - 44150 ANCENIS.

• Docteur Nacer-Eddine KAOUKA (médecin

généraliste non qualifié et titulaire de la capacité de médecine d'urgence et de la capacité d'angéiologie), inscrit au Tableau de l'Ordre du Maine-et-Loire :

1^{er} site : Clinique de l'Anjou Service des Urgences - 9 Rue de l'Hirondelle - 49044 ANGERS CEDEX 01.

2^{ème} site : Clinique Sainte Marie - 9 Rue de Verdun - 44110 CHATEAUBRIANT, pour l'exercice de l'angéiologie.

• Docteur Nawel REZZOUG (médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires) :

1^{er} site : 17 rue Mendès France - 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE.

2^{ème} site : Clinique Jules Verne - 2 Route de Paris - 44300 NANTES.

3^{ème} site : Nouvelles Cliniques Nantaises - 4 Rue Eric Tabarly - 44277 NANTES CEDEX 2.

• SCP « Institut de la Main Atlantique » (IMA) (constituées des Docteurs Ludovic ARDOUIN, Philippe BELLEMERE, Etienne GAISNE, Yves KERJEAN, Thierry LOUBERSAC, Alexandre FOURNIER et Marc LEROY) :

1^{er} site : Clinique Jeanne d'Arc - 21 Rue des Martyrs - 44100 NANTES.

2^{ème} site : Clinique Brétéché - 3 rue de la Béraudière - BP 54613 - 44046 NANTES CEDEX.

• Docteur Yves BOUJU (médecin chirurgien orthopédique), actuellement inscrit au Tableau de l'Ordre d'Indre-et-Loire et en cours d'inscription au Tableau de l'Ordre de Loire-Atlantique, est autorisé à exercer en tant que collaborateur libéral de la SCP IMA :

1^{er} site : Clinique Jeanne d'Arc - 21 Rue des Martyrs - 44100 NANTES.

2^{ème} site : Clinique Brétéché - 3 rue de la Béraudière - BP 54613 - 44046 NANTES CEDEX.

• SELARLLINGULA (constituée par le Docteur Estelle MAUGIN, médecin spécialiste en chirurgie thoracique et cardiovasculaire) :

1^{er} site : Polyclinique de l'Europe - 33 boulevard de l'Université - 44600 SAINT NAZAIRE

2^{ème} site : Clinique Mutualiste de l'Estuaire - 11 bd Georges Charpak - 44600 ST NAZAIRE.

• SELARL STENT (constituée par le Docteur Christophe SALIOU, médecin spécialiste en chirurgie vasculaire) :

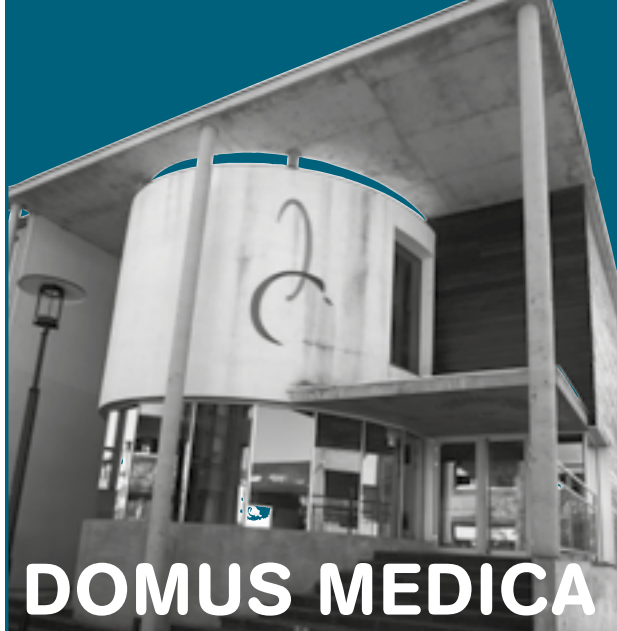
1^{er} site : Polyclinique de l'Europe - 33 boulevard de l'Université - 44600 SAINT NAZAIRE

2^{ème} site : Clinique Mutualiste de l'Estuaire - 11 boulevard Georges Charpak - 44600 SAINT NAZAIRE.

• SELARL AZYGOS (constituée par le Docteur Frédéric VILLAPADIerna, médecin spécialiste en chirurgie vasculaire) :

1^{er} site : Polyclinique de l'Europe - 33 boulevard de l'Université - 44600 SAINT NAZAIRE

2^{ème} site : Clinique Mutualiste de l'Estuaire - 11 boulevard Georges Charpak - 44600 SAINT NAZAIRE.



DOMUS MEDICA

CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LOIRE-ATLANTIQUE

8, rue du Cherche Midi
B.P. 27504 - 44275 NANTES cedex 2

☎ 02 40 20 18 50
☎ 02 40 20 59 62
✉ loire-atlantique@44.medicin.fr
🌐 www.cdm44.org

Heures d'ouverture :
de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 18h00
(lundi, mardi, mercredi et jeudi)
de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00 (vendredi)

Vous cherchez une salle de réunion ?

Nous vous rappelons que le Conseil départemental de l'Ordre des médecins dispose de 3 salles de réunion (2 pouvant accueillir une quinzaine de personnes et l'autre une cinquantaine de personnes). Ces salles sont gracieusement mises à la disposition des médecins pour les réunions qu'ils organisent.
Pour les réservations, merci de prendre contact directement avec le secrétariat.
☎ 02 40 20 18 50.

Le Conseil



Président :

Dr J.L. CLOUET

Vice-présidents :

Dr J.F. ALLARD,
Drs L. CARLIER, G. TILLY.

Secrétaire Général :

Dr M. CHUPIN

Coordinatrice des conciliations :

Dr E. MAICHE

Trésorier :

Dr P. EVANO

Membres titulaires :

Drs G. ALLAIN-VEYRAC
A. ANDRÉ
Y. BLIN
D. BONNARD
E. BRESSOLLETTE
P. BRETONNIÈRE
P. BUREAU
A. GICQUEL
P. JEGO
G. MANSAT
V. PLUVINAGE
B. POULIQUEN
P. TOSTIVINT
N. TOURNEMAINE

**Retrouvez
toutes les actualités,
archives, dossiers...
sur votre site web**



www.cdm44.org

Administrateur : Dr V. PLUVINAGE



Rédacteur en chef : Dr M. CHUPIN
Directeur de la publication : Dr J.L. CLOUET
Édition : CARDINAL
Courriel : editions@petitgibus.fr
Tél. : 02 40 63 19 99
Fax : 02 51 78 87 56

LOM N° 147 - octobre 2015 - Imprimé en France

