



Sommaire

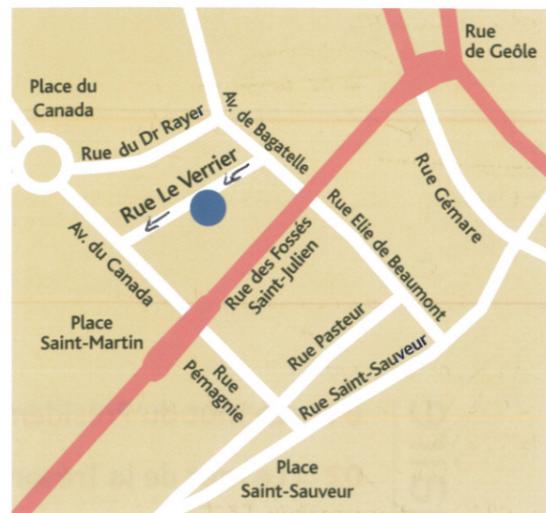
- 01 ▷ Le mot du Président
- 02 ▷ Le mot de la Trésorière
- 03 ▷ Que fait l'Ordre ?
- 04 ▷ Contrats
- 05 ▷ Informations médicales
- 07 ▷ Le mot du doyen
- 08 ▷ Informations diverses
- 12 ▷ Pôles de santé
- 12 ▷ Carnet médical

2009



Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Calvados

13 rue Le Verrier
14000 CAEN
Tél. : 02 31 86 38 28
Fax : 02 31 38 29 01
Email : calvados@14.medecin.fr



Secrétariat :

- Secrétaire Administrative : Mme Myriam HERVIEU-CATHERINE
- Accueil : Mmes Catherine BECMONT, Rachel CHAPELLE et Anne BREGEON

Heures d'ouverture du secrétariat :

- du lundi au jeudi de 9h.30 à 11h.30
- les lundi, mardi et jeudi après-midi de 14h. à 17 h.

Comité de Rédaction du Bulletin :

Drs BOURDELEIX Sylvie, CANTAU Guy, CENDRIER-SCHAEFFERT Eliane, DEMONTROND Jean-Bernard, GAUDIN Jacques, HUREL-GILLIER Catherine, HURELLE Gérard, SALAUN-LE MOT Marie-Anne, VALENTIN Eric.



La rentrée 2009 : le changement

La lecture de ce nouveau bulletin en témoigne ; nous avons voulu rajeunir l'image et en rendre sa lecture plus attrayante. Ce bulletin est aussi le vôtre et nous sommes à votre écoute pour toutes vos remarques.

Le Conseil va procéder à l'automne à la rénovation de son siège. Cette décision s'imposait depuis la promulgation de la loi de mars 2005 rendant obligatoire l'accès des lieux publics aux personnes à mobilité réduite. Nous installerons un élévateur et nous procéderons à une redistribution des bureaux rendant l'accueil de notre secrétariat plus attrayant et plus adapté aux nécessités d'un fonctionnement moderne. Pendant les travaux, le secrétariat vous accueillera selon les modalités habituelles. Je remercie le Professeur Jean-Louis Gérard, Doyen de la Faculté de Médecine de Caen, qui met à disposition du Conseil la salle Jacques Porin pour ses réunions mensuelles pendant toute la durée de la rénovation.

La loi HPST, après les arbitrages de la commission mixte paritaire, a été votée en juin dernier. Cette loi va réformer notre système de santé et introduire la régionalisation dans l'organisation des soins en France en créant les Agences Régionales de Santé. Cette volonté s'appuie sur l'idée rationnelle que cet espace territorial est le mieux adapté pour organiser les soins. Mais cette réforme conforte la mainmise de l'état sur cette nouvelle organisation. Certes, le Ministère nous fait miroiter un rôle plus actif par l'intermédiaire des Commissions Médicales d'Établissements ou des Unions Régionales des Médecins Libéraux ; mais très souvent, cela ne sera que pour discuter de la portion congrue que les représentants de l'État condescendront à nous laisser alors que toutes les autres décisions de fond auront déjà été prises au sommet de l'État. Cette loi réforme aussi le fonctionnement de l'Ordre avec notamment la révision du mode d'élection des Conseillers ordinaires ; le renouvellement sera dorénavant par moitié tous les trois ans. Nous reviendrons plus en détail dans notre prochain bulletin sur les modifications « ordinaires » que la loi HPST entraîne. Pour cela, nous serons attentifs à la promulgation des nombreux décrets d'application et textes réglementaires qui rendront lisibles cette loi.

Le Président
Docteur Gérard HURELLE



Le mot du Président

Une année de changements

Lors de l'assemblée générale des trésoriers de décembre 2008, nous avons eu le plaisir d'apprendre que le Calvados est le département le plus économe en matière de dépense par médecin inscrit, soit la somme de 80€ par médecin et par an, pour une moyenne nationale de 106€. Ceci est l'occasion de rappeler que vos cotisations sont réparties entre les trois Ordres comme suit : 104€ pour le National, 153€ pour le Départemental et 33€ pour le Régional, soit un total de 290€ pour l'année 2009, ce qui représente une augmentation de 5,45%. La cotisation au Conseil National comprend une part pour le fond d'harmonisation qui permet de venir en aide aux conseils départementaux à faible densité médicale.

Comme nous vous l'avons annoncé en 2008 la rénovation des locaux va se réaliser cette année. Après quelques mois de réflexion, notamment sur l'opportunité d'un déménagement, il a été décidé de s'orienter vers une réfection des locaux que nous occupons depuis août 1997.

UN
DÉPARTEMENT
ÉCONOME ET
UNE ANNÉE
D'INVESTISSE-
MENTS POUR
LA CRÉATION
DU CASA
DE CAEN ET
L'AMÉLIORATION
DE NOTRE SIÈGE

Deux modifications importantes au cahier des charges :

- l'installation d'un élévateur pour permettre l'accès aux personnes à mobilité réduite aux deux niveaux (conformément à la loi de mars 2005 rendant obligatoire l'accès des lieux accueillant du public pour 2015)
- l'aménagement d'une salle de réunion plus adaptée.

Dans le même temps nous apportons aux visiteurs un accueil plus chaleureux et à nos secrétaires un espace de travail plus lumineux.

L'ensemble des travaux est prévu sur les quatre derniers mois de l'année. Les locaux demeureront accessibles à tous pendant les travaux bien que nous soyons conscients de la gêne que cela pourra occasionner. Le coût total de cette opération est évalué à 130 000€, somme très inférieure aux évaluations du coût d'un déménagement dans des locaux neufs adaptés. Nous ne manquerons pas d'organiser une journée "portes ouvertes" pour découvrir les nouveaux locaux probablement au premier semestre 2010.

Enfin vous aurez remarqué la nouvelle présentation du Bulletin. La refonte de la maquette et le choix de la quadrichromie n'augmenteront pas le coût de fabrication du bulletin grâce au choix de nouveaux partenaires plus compétitifs ■

Chronique d'une année de contentieux juillet 2008-juin 2009

Comme chaque année maintenant, il nous a semblé important de vous communiquer ces informations sur l'activité et le rôle de la chambre disciplinaire.

La nouvelle loi HPST prévoit la possibilité pour tous les patients de saisir d'une plainte le Conseil de l'Ordre dès lors qu'ils s'estiment victimes d'une infraction au Code de Déontologie, quel que soit le statut du Médecin (Praticien Hospitalier, Salarié, Libéral).

Toute affaire est systématiquement traitée. La doléance est généralement traitée par un échange de courriers voire de réunions, tandis que le traitement d'une plainte est soumis à une procédure bien définie. Le Conseil départemental doit :

- Proposer une conciliation en vue d'un éventuel règlement amiable, dans un délai d'un mois à compter de la date des convocations adressées aux parties et non celui de la date de la conciliation qui peut se tenir au-delà du délai d'un mois,
- En cas d'échec ou de refus de conciliation, le Conseil doit décider lors d'une délibération de s'associer ou non à la plainte en motivant sa décision dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte,
- La plainte est alors transmise au Conseil Régional, le Président (magistrat professionnel) peut alors la classer sans suite si elle est infondée ou décider de la poursuite de l'action intentée ■

DOLEANCES

Cette année le conseil a été saisi de 33 doléances :

- Doléances de patients contre un médecin 27
- Doléances entre médecins 6

Motif des doléances :

- Problème relationnel (Attitude jugée désagréable, désinvolte par le patient....) 11
- Contestation de la prise en charge (Contestation du diagnostic, du traitement mis en œuvre, du délai d'intervention....) 7
- Problème de confraternité 5
- «Refus de soins» 3
- Non délivrance d'arrêt de travail 2
- Contestation d'honoraires 2
- Différend financier entre médecins 1
- Violation du secret médical 1
- Problème de voisinage !!! 1

PLAINTES

Cette année le Conseil a été saisi de 13 plaintes, seules 5 plaintes ont été maintenues après la conciliation, c'est dire l'intérêt de ces conciliations et de bien s'y préparer.

- 2 plaintes entre confrères
Après conciliations des parties, un accord a été trouvé, permettant le retrait des plaintes.
- 2 plaintes du Conseil de l'Ordre
 - 1 plainte contre un professionnel de santé non médecin pour usage abusif du titre de Docteur,
 - 1 plainte contre un médecin pour non respect des principes de moralité (affaire à caractère sexuel), le médecin a été condamné par la chambre disciplinaire.
- 9 plaintes de patients :
 - 5 plaintes de patients (4 reproches d'erreur dans la prise en charge, 1 pour certificat médical) ont été retirées après conciliations.
 - 4 plaintes de patients ont été maintenues pour reproche d'erreur dans la prise en charge médicale et transmises au Conseil Régional. Dans 2 cas le jugement a été rendu, dans les 2 cas les plaignants ont été déboutés et condamnés aux dépens. Dans le premier cas le plaignant s'est même vu infliger une amende pour plainte manifestement abusive et dans le second le plaignant a été condamné à verser une indemnité au médecin pour plainte également abusive.

Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Tels qu'ils sont, ils contreviennent à la déontologie.

Comme il l'avait fait pour les médecins conseils et pour les médecins hospitaliers, le Conseil National rappelle son avis négatif sur les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Ils sont de nature antidéontologique. Il nous faut rappeler les éléments clés de nos positions.

1) Les CAPI sont des contrats touchant à l'exercice de la profession. A ce titre, et dans le cadre de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, ils doivent être présentés au conseil départemental du lieu d'inscription du médecin contractant. Affirmer le contraire comme le fait la CNAMTS est une manœuvre dilatoire qui ne peut que mettre en danger le professionnel et le priver de l'avis ordinal garant pour lui d'indépendance et de liberté.

2) Les CAPI sont de nature antidéontologique. En effet, en liant par contrat individuel un praticien et l'organisme financeur de l'assurance maladie, ces contrats basés sur un contrôle des prescriptions, une réorientation des remboursements, une course vers des objectifs à atteindre engagent le praticien à pratiquer de façon systématique une recherche de résultats afin d'obtenir des avantages financiers liés à l'exécution du contrat. Le médecin se retrouve dans une situation de déséquilibre total, captif complet de l'autre contractant dont seules les conclusions s'imposeront à l'exécution des engagements. Cet autre contractant étant en effet le financeur, l'analyste évaluateur, le possesseur des données, l'interpréteur de celles-ci, le médecin n'étant que l'exécutant. Cette situation grève la relation de confiance entre l'assuré patient et le médecin et ne peut qu'amener le patient à s'interroger sur les condi-

tions d'élaboration des prescriptions d'investigations thérapeutiques et leur adéquation avec ses propres intérêts dès lors qu'il sait que les revenus du praticien sont liés à l'atteinte d'objectifs quantifiés.

3) Les CAPI sont discriminatoires car les seuils d'éligibilité sont basés sur les capacités statistiques de la caisse. Ceci élimine de fait les petites patientèles et favorise les fortes patientèles. Celles-ci par leur effet de masse ont en effet moins de limitation à se mettre en place et ont un impact plus grand. Si l'objectif annoncé par la CNAMTS d'une amélioration des pratiques était bien celui qui sous-tend la signature des CAPI, les usagers de santé qui devraient légitimement obtenir de leur qualité d'assuré, de citoyen d'être traités à égalité devant la maladie ne peuvent qu'être pénalisés. Force est de constater que ces contrats élimineront de cette amélioration potentielle des pratiques une fraction importante de la population consultante.

Cette situation est de nature à briser la relation de confiance entre patients et médecins et, sous le prétexte fort honorable d'améliorer la qualité des soins et la santé publique, dissimuler des objectifs strictement économiques au détriment en fait de la finalité affichée pour une part de la population.

Ces objectifs doivent concerner l'ensemble des citoyens, sans discrimination à partir du volume d'activité du médecin qu'ils consultent, et ne pas échapper au domaine conventionnel.

Il est de notre devoir d'assurer cette égalité de traitement aux assurés sociaux et d'apporter aux médecins la garantie déontologique de leur indépendance professionnelle ■

L'information aux patients

En matière de santé comme en toutes choses, certaines évidences finissent par ne plus en être, l'information des patients est une évidence, alors pourquoi y revenir aujourd'hui ?

Parce que les temps changent, parce que nos patients, nos sociétés changent, parce que la communication change.

Mais également parce que la loi du 4 mars 2002 a transformé une obligation déontologique qui "allait de soi" en une obligation médico-légale imposant à tout médecin d'expliquer au patient les investigations pratiquées, les actes de prévention utiles, le diagnostic, le pronostic, la nature du traitement, les risques encourus. Cette obligation est difficile à appliquer en pratique quotidienne.

Quel est le problème ?

■ Les difficultés à communiquer

Le problème est que nous sommes dans un monde où la communication est multiple, instantanée, superficielle, avec une perte du recul nécessaire dans l'acquisition de l'information. C'est une communication opérationnelle dont le contenu est immédiatement oublié parce que non acquis.

Alors on peut se demander comment nous pouvons, en quelques minutes, dans des conditions parfois difficiles, réaliser un diagnostic, prendre une décision thérapeutique qui peut engager la vie de nos patients, la mettre en œuvre au mieux et répondre à une attente légitime humaine mais aussi médico-légale d'information.

Egalement, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, l'information médicale est partout accessible, en particulier en vrac, sur Internet. Elle est cependant mal maîtrisée par le grand public qui n'a pas forcément le sens critique indispensable.

Tout ceci fait que le couple médecin patient a des difficultés.

■ Le colloque singulier

Aussi, comme chaque fois dans l'histoire de la médecine que le couple médecin patient a des difficultés, il faut se rappeler que le soin, c'est le colloque singulier et pluriel, et que le colloque singulier, c'est 2 personnes, les yeux dans les yeux, qui s'engagent pour un voyage à risque !

Alors que faire pour adapter ce colloque, pour l'enrichir, que faire pour se protéger d'un éventuel recours lorsque l'on sait que 83 % des procédures et 49 % des condamnations pénales ont pour motif un défaut d'information ?

Faut-il faire signer un consentement éclairé à chaque prescription d'antipyrétique ? surtout pas !

Il faut en revenir aux choses simples.

■ Que veut le patient ?

Quoi qu'il en dise, le patient veut toutes les réponses à toutes les questions qu'il pourra se poser avant, pendant et après un geste ou une opération.

■ Et que veut le praticien ?

le praticien veut et doit rester le prescripteur de l'information de son patient.

Pourquoi ? parce que l'information est un soin, et que ce soin ne doit pas sortir du colloque singulier.

Imaginez vous, enfant avec un mal de ventre, lorsque la maman vous dit doucement, "ça va aller, ce n'est rien", vous vous sentez déjà beaucoup mieux ! Si elle vous donne, sans un mot, le comprimé qui vous soulage, vous aurez sûrement moins mal au ventre mais quelque chose d'essentiel vous manquera.

■ Conclusion

L'information de nos patients ne peut se réduire à une information sur les risques, ce n'est pas le "marché de la peur", au contraire, l'information doit être une information globale, pédagogique et positive sur le processus thérapeutique qui doit mener à la guérison espérée. ►►►

En quelques chiffres

83 %
des procédures et

49%
des condamnations pénales ont pour motif un défaut d'information ?

►►► Aussi, n'ayons pas peur d'informer nos patients, même d'une manière exhaustive, même en utilisant d'autres supports, si ceux-ci sont adaptés.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que les efforts que nous ferons pour informer nos patients, quels qu'ils soient, seront autant de preuves de la considération que nous leur portons.

Chaque société a la santé qu'elle mérite.

Les médecins sont les dépositaires du bien le plus précieux d'une communauté : le colloque singulier.

En l'enrichissant sans calcul, nous pouvons démontrer chaque jour, peut-être un peu plus, que la santé, c'est la solidarité, et que les soignants, tous les soignants, en sont les premiers dépositaires.

L'information des patients, c'est l'expression de la valeur humaine de chacun d'entre nous ■

Prescription dans les EHPAD

Un Établissement Hospitalier recevant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) quel que soit sa nature (public ou privé) n'est pas un établissement de santé. Il s'agit d'un lieu d'hébergement de personnes âgées qui y ont leur résidence, lieu privé.

En outre, les médecins qui y interviennent (conformément à la liberté de choix du médecin par son patient) comme médecins traitants y collaborent à titre libéral.

Dès lors et selon les dispositions de l'article 34 et 79 du Code de Déontologie médicale, le Conseil de l'Ordre considère que le support de prescription (quand bien même le remboursement des médicaments se fait par le biais de la dotation globale) doit rester l'ordonnance du médecin et non les supports qui pourraient être fournis par les EHPAD (dispositions de l'article 34 et 79 du Code de Déontologie médicale) ■

La prescription doit rester l'ordonnance du médecin et non les supports qui pourraient être fournis par les EHPAD.

Au niveau départemental, un protocole de prévention et de lutte contre ces violences impulsé par la délégation régionale du droit des femmes (DRDF), a été signé en 2006 et se trouve également reconduit, cette fois pour cinq ans, jusqu'en 2014

Violences conjugales et intra-familiales (suite) :

La politique nationale de lutte contre les violences conjugales, qui avait donné lieu en 2005 à un premier plan de trois ans, est reconduite jusqu'en 2010, avec l'ambition de développer "douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes". Ce thème a fait l'objet d'une campagne d'intérêt général en 2009 et devient *grande cause nationale* en 2010. Au niveau départemental, un protocole de prévention et de lutte contre ces violences impulsé par la délégation régionale du droit des femmes (DRDF), a été signé en 2006 et se trouve également reconduit, cette fois pour cinq ans, jusqu'en 2014. Les différents acteurs impliqués dans la prévention, la protection juridique, les soins et le suivi des personnes agressées – médecins, magistrats, psychologues, policiers, gendarmes, assistantes sociales, associations, etc – se sont réunis régulièrement dans ce cadre. Le constat de la parcellisation des démarches effectuées par les victimes, et le besoin d'identifier clairement une structure spécialisée dans la prise en charge multidisciplinaire de cette problématique des violences dans un lieu unique – aussi bien pour les victimes que pour les professionnels de santé – ont abouti à la nécessité d'envisager la création d'un lieu spécifique selon le modèle du centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CASA) du CHU de Rouen. La création de ce même type de centre, sous l'égide du service de médecine légale du CHU de Caen et dans des locaux spécifiques, est donc en cours d'élaboration. Le CASA de Caen aurait ainsi un rôle d'accueil des victimes, de soins et d'évaluation des violences, quelles qu'elles soient, pouvant nécessiter une prise en charge médico-judiciaire. Ce centre a d'ores et déjà obtenu d'importants engagements et soutiens, notamment financiers, de plusieurs instances départementales et régionales, dont notre conseil départemental de l'Ordre des médecins du Calvados ■

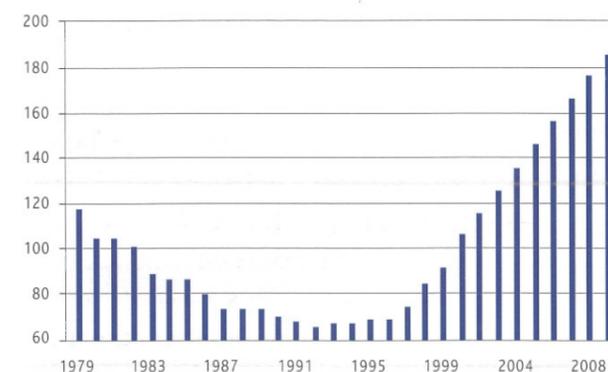
La Faculté de Médecine de l'université de Caen Basse Normandie en 2009

Pr Jean-Louis GÉRARD, Doyen de la Faculté de Médecine

Enjeux de la formation initiale et continue

Le nombre d'étudiants inscrits à l'UFR (faculté) de médecine est passé de 1716 en 1994 à 3064 en 2009. Cette augmentation significative conduit à des contraintes structurelles et pédagogiques par la mise en œuvre du renforcement de l'enseignement par les nouvelles technologies de la communication, notamment lors de la mise en place de la réforme du L1 santé dès la rentrée prochaine.

Évolution du numerus clausus de 1979 à 2009



La recherche

La recherche biomédicale a connu ces dernières années un essor considérable par la reconnaissance et la création de nouvelles équipes de recherches labélisées notamment par l'Inserm et le Cnrs. Cette politique volontariste de développement de la recherche concerne non seulement la recherche fondamentale mais aussi la recherche clinique en collaboration étroite avec la direction du CHU. Le renforcement des axes de recherche existants est une préoccupation constante : neurosciences, imagerie médicale, cancérologie, cardiosciences, infectiologie-immunologie. La plateforme Cycleron et son développement en est un exemple clair.

La reconstruction

Cependant, l'attentisme politique et managérial tant universitaire qu'hospitalier nous a fait prendre un retard considérable dans la capacité d'accueil et de formation de la faculté de médecine. La reconstruction en cours doit permettre dans un pôle de formation en Santé unifié

(médical et paramédical), de donner aux étudiants des conditions de travail adaptées, d'accueillir de nouvelles équipes de recherche et de développer la formation médicale continue.

La démographie médicale

Les contraintes liées à la démographie médicale passeront par l'augmentation du nombre de DES (« internes ») sur la région. Celle-ci est en cours puisque le nombre d'inscriptions en 3^{ème} cycle des études médicales est passé de 313 en 2000 à 455 en 2008. Cette ressource est l'avenir de la médecine en Basse-Normandie. La fidélisation passe par de nouvelles orientations de la faculté ; l'universitarisation de la médecine d'urgence et de la médecine générale. La faculté de médecine est une des premières facultés françaises à avoir redéployé un emploi hospitalo-universitaire vers un emploi de professeur titulaire de médecine générale. Cependant une de nos faiblesses reste la pauvreté du post-internat. Les internes de dernière année ont en Basse Normandie 39 chances sur 100 de disposer d'un post-internat universitaire, alors que les internes d'Ile de France en ont 142. Malgré la création récente de postes d'assistants hospitaliers, cette inégalité inique de répartition reste scandaleuse. Des actions locales par la création de postes d'assistants hospitaliers régionaux par la DRASS et L'ARH sont à souligner. Alors que d'autres régions (Picardie, Nord Pas de Calais) se sont impliquées dans la création de postes de chefs de cliniques en région, nous sommes en retard dans ce domaine. Il est indispensable de mettre en œuvre une réelle politique de fidélisation de nos jeunes collègues par l'accessibilité à une formation de qualité pendant l'internat et le renforcement net du post-internat.

Le CHU n'existe que par la convention entre l'UFR de médecine et le CHR de Caen, ainsi le maintien en Basse Normandie de ces deux structures est intimement lié à la survie de l'une et de l'autre. Les enjeux induits par les réflexions politiques sur les collectivités territoriales et les rapports dont celui du Professeur Marescaux nous imposent l'ambition d'une union sacrée politique pour la pérennisation d'une formation médicale de haut niveau en Normandie ■

Le mot du président de l'ADOPS-14*, le Docteur Gilles TONANI

Déjà quatre ans qu'une nouvelle organisation de la permanence des soins (PDS) a été instituée dans le département du Calvados par l'arrêté préfectoral du 13 juillet 2005. La gestion organisationnelle et administrative est assurée par l'ADOPS-14 qui fédère les huit ASOPS du département (Association Sectorielle pour l'Organisation de la PDS).

La dimension et les qualités de ce dispositif prennent d'autant plus de valeur que l'état des lieux de la PDS en France est jugé « fragile, aléatoire voire non fiable » par les différents rapports que ce soit le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en mars 2006, ou celui sur les maisons médicales de garde en juillet 2006, ou celui sur l'évaluation du plan urgence en février 2007 ou encore celui sur la PDS en juillet 2007 (Rapport Jean-Yves Grall). Effectivement beaucoup de régions rencontrent des difficultés d'organisation de PDS et dans plus d'une trentaine de départements, les préfets ont recours à des réquisitions.

Face à ce constat, Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé, a constitué la Mission d'Appui à la PDS le 8 avril 2008 pour auditionner et aider les départements à se restructurer selon les recommandations de la Mission en cohérence avec la réflexion d'ensemble portant sur l'organisation des soins de premier recours. Ces recommandations sont largement inspirées des principes fondamentaux déclinés dans le Calvados tant pour la PDS que pour les soins de premier recours.

Dans le Calvados, le dispositif de permanence de soins est le fruit d'un long travail de concertation qui a permis la coopération entre les différents acteurs concernés par la PDS : les médecins généralistes, le SAMU/centre 15, les établissements de santé, les urgentistes, les professionnels du transport sanitaire et les représentants institutionnels.

Cet engagement de tous les acteurs et l'efficacité du dispositif ont été une fois de plus soulignés le 26 juin 2009 lors du CoDAMUPS-TS**, présidé par Monsieur le Préfet.

Nous devons tous rester mobilisés pour consolider et adapter cette organisation afin d'améliorer en permanence le service rendu à la population. Dans cet esprit, à la demande du préfet de région, une campagne de communication régionale sera lancée en septembre pour mieux informer et orienter nos concitoyens sur les missions du centre 15 et les conditions d'accès aux soins aux heures de PDS ■

*ADOPS-14 : Association Départementale pour l'Organisation de la PDS du Calvados.

**CoDAMUPS-TS : Comité Départemental pour l'Aide Médicale Urgente, la PDS et les transports sanitaires.

Le 15 vous guide : une campagne de communication régionale pour les Urgences et la Permanence des Soins

Suite au rapport d'évaluation de la permanence des soins réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé en 2007 et à la demande de Monsieur le Préfet de région, les Conseils départementaux bas-normands de l'Ordre des Médecins, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, l'ADOPS 14 et les responsables des SAMU/Centre 15 ont souhaité mettre en place une communication régionale sur le 15, le recours aux urgences et la permanence des soins.

Les objectifs de cette campagne sont de :

- Communiquer sur l'accès aux soins aux heures de la Permanence des Soins par la régulation du SAMU/Centre 15.
- Communiquer et éduquer la population sur les missions du centre 15 et celles du médecin de PDS.
- Éviter le recours direct aux urgences pour des situations non justifiées.

Cette campagne de communication se déroulera mi-septembre avec conférence de presse dans chaque département bas-normand, spots radio et affiches qui vous seront adressées.

Archivage des dossiers médicaux en cas de cessation d'activité

La conservation des dossiers répond à un triple intérêt :

- la continuité des soins aux patients,
- la réponse à une demande de communication du dossier par le patient ou ses ayants droit (Loi du 4 mars 2002) sans limitation dans le temps,
- un moyen de preuve en cas d'action de recherche en responsabilité civile, le dossier devant comporter l'ensemble des informations concernant l'état de santé du patient, les examens prescrits, les traitements et leurs résultats. Le dossier constitue l'élément essentiel de la défense du médecin.

Continuité des soins

En cas de cessation d'activité, le médecin peut l'organiser de façon programmée ou interrompre son exercice de façon brutale.

S'il le peut il doit avertir ses patients afin que le dossier soit transmis à un successeur ou un confrère en respectant le libre choix du patient. En cas

d'incapacité du médecin à organiser ce départ, le conseil départemental aidera la famille à organiser la transmission des dossiers aux confrères désignés.

Dans tous les cas **il est impératif que le médecin ou ses ayants-droit informe le Conseil départemental du lieu où sont conservés les dossiers médicaux**, l'archivage demeurant sous la responsabilité du médecin ou de sa famille.

Durée de conservation des dossiers

Il était d'usage de conseiller une conservation des archives pendant 30 ans. La loi du 4 mars 2002 ramène ce délai à 10 ans à compter de la consolidation du dommage.

Cependant la loi ne s'appliquant qu'aux préjudices causés à compter du 5 mars 2002, la recherche de responsabilité civile du praticien peut persister sur un délai de trente ans.

De plus, en ce qui concerne les archives hospitalières le délai recommandé est de 20 ans à compter du dernier séjour ou de la dernière consultation dans l'établissement.

En conséquence et en l'absence de norme juridique précise, il est conseillé aux médecins libéraux de respecter un délai d'archivage de vingt ans.

Modalités d'archivage

Qu'il s'agisse de dossiers "papier" ou informatique, ils doivent être conservés dans des conditions qui garantissent leur confidentialité et leur intégrité.

Pour les dossiers "papier" il peut être fait appel à une société d'archivage, en signant un contrat précisant les conditions et la durée de conservation et les modalités d'accès aux dossiers ; ce contrat sera transmis au Conseil départemental.

Pour les dossiers informatiques, la copie du dossier doit être **fidèle, horodatée et durable**. Le support choisi doit rester lisible dans le temps.

Dans tous les cas il conviendra d'informer le Conseil départemental du sort et du lieu de conservation des dossiers ■

(pour plus d'information se reporter sur le site du Conseil national www.conseil-national.medecin.fr).

Plainte et dommages-intérêts

Suite à une décision du conseil d'Etat du 06.06.2008, tout médecin faisant l'objet d'une plainte abusive pourra réclamer des dommages-intérêts auprès du Conseil Régio-

nal de l'Ordre au cours de l'instruction de la plainte **dès la première instance**, le montant des dommages devant être précisé par écrit et justifié ■

Les défibrillateurs

Cinquante mille décès par fibrillation ventriculaire par an estimés en France ne peuvent laisser indifférent. D'autant que les pays Anglo-Saxons ont depuis longtemps démontré l'efficacité de la formation massive aux gestes d'urgence et la mise à disposition du grand public de défibrillateurs automatiques.

Les résultats sont là. Si vous faites un arrêt cardiaque en France, vous avez 2 % de chance de vous en sortir vivant sans séquelles. A Los Angeles, vous avez 20 % de chances de survivre.

Fort de ces constatations, l'association Cardiologie à La Portée de Tous, regroupant des cardiologues bas-normands, a lancé un projet de santé en Basse-Normandie. Ce projet était fondé sur deux concepts : équiper massivement les villes bas-normandes de défibrillateurs entièrement automatiques (DEA), mettre ces DEA à la disposition du grand public et former celui-ci de façon extensive.

L'expérience américaine montre que le système est efficace si 10 % de la population d'une ville est formée.

Pour démontrer la faisabilité de ce projet, nous avons choisi une ville de 5 000 habitants dont la municipalité et les élus étaient favorables au projet. Il y a 4 ans, grâce à la générosité de nos sponsors, la Caisse d'Épargne et la Caisse de Retraite des Indépendants, nous avons installé 15 défibrillateurs à Cabourg et formé 10 % de sa population.

La localisation des DEA était choisie conjointement entre l'association Cardiologie à la Portée de Tous et la ville. La formation était basée sur le fait qu'elle devait être gratuite pour ceux qui la recevaient et être massive. Cette formation a été assurée par le CESAP.

Cette première expérience a été concluante et a déclenché une réaction en chaîne.

Toujours sur le même principe de collaboration étroite entre les cardiologues, les médecins (souvent des élus) et les municipalités et communautés de communes, nous avons équipé et formé 15 villes en Basse-Normandie en

4 ans, installé 300 défibrillateurs et formé environ 4 000 personnes, toujours sur les mêmes principes.

Actuellement, l'effort d'équipement et de formation, toujours grâce à des initiatives locales des villes et des communautés de communes se poursuit.

Quels sont les résultats ?

Les défibrillateurs et les systèmes de formation mis en place ont effectivement permis d'amener des patients vivants et dans de bonnes conditions dans les hôpitaux où ils sont pris en charge dans le service de cardiologie.

Le projet est intéressant à plusieurs niveaux. Il montre que la mobilisation des médecins et des citoyens peut faire aboutir un projet de santé. Par ailleurs il est possible de sensibiliser tous les citoyens à des attitudes d'urgence simples (prévenir les secours, entreprendre les premiers gestes de réanimation, poser les électrodes de défibrillation), et leur faire prendre conscience du fait qu'ils doivent être, formation aidant, acteur de santé. La santé est le fait de tous, des médecins mais aussi de chaque citoyen.

Bien entendu, cet effort, en particulier sur la formation devrait être pérennisé et des actions de recyclage sont en route. La formation dans les collèges pour les enfants à partir de 12 ans a aussi débuté comme à Cabourg, Douvres, Falaise.

Nous sommes contents d'avoir pu démontrer qu'une action de santé peut être efficacement mise en œuvre par le monde médical et par la société civile et ceci avec beaucoup de bonne volonté et peu d'aide des institutions.

Bien entendu, il était inconcevable que le contrôle, tant de la fonction que de la localisation des DEA se fasse sans en informer et en discuter avec les moyens de secours classiques : SAMU, pompiers, hôpitaux, qui ont toujours été partenaires de ce projet de santé mais n'ont jamais été sollicités en particulier sur le plan financier.

On pourrait dire que la morale de cette histoire est que la société civile est souvent largement mise à contribution

mais pas toujours dans un souci d'efficacité parfait. Nous avons à notre disposition des moyens humains et techniques extraordinaires quand on associe le savoir faire et la connaissance du terrain des médecins et la force logistique des villes et des communautés de communes.

Le DEA est, nous l'espérons, un exemple de démarche applicable à d'autres pathologies telles les réseaux d'insuffisance cardiaque, la dépendance et la gériatrie.

Dans ce monde où le médecin est très sollicité ces solutions collectives peuvent souvent permettre d'alléger les tâches des confrères en les associant aux autres partenaires de la société civile afin de traiter au mieux les patients ■

**Dr Jean-Michel HURPE,
Dr Patrick SCANU et Pr Gilles GROLLIER.**

Honoraires, les nouvelles obligations

L'obligation légale d'une information écrite et préalable des patients sur les honoraires pratiqués par un médecin est entrée en vigueur le 1^{er} février 2009.

Elle concerne, d'une part, les actes pour lesquels les honoraires totaux facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros et sont différents des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire. Les deux conditions sont cumulatives.

Elle concerne, d'autre part, la situation dans laquelle l'acte prescrit est réalisé lors d'une consultation ultérieure, y compris si les honoraires prévus sont inférieurs à ce seuil, dès lors qu'ils sont différents des tarifs servant de base à la prise en charge des actes par l'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, l'information sera remise lors de

la consultation précédant la réalisation de l'acte.

Cette obligation contribuera sans aucun doute à une meilleure information des patients mais constitue indéniablement une nouvelle charge pour les praticiens.

Une réflexion avec le Ministère de la Santé a été demandée par l'Ordre National des Médecins ; il existe des difficultés à la mise en œuvre de la loi.

La durée de la consultation, sa complexité, les actes techniques nécessaires ne sont pas toujours prévisibles.

L'information préalable au patient n'est pas toujours réalisable.

La situation financière du patient n'est pas toujours connue.

Dans tous les cas, l'Ordre des Médecins rappelle que l'informa-

tion des patients est un impératif déontologique, quelles que soient ses modalités.

Il en va de même pour l'obligation d'assurer à la population sans distinction aucune, un accès effectif aux soins.

Ainsi, le médecin est tenu d'afficher ses honoraires ou barèmes d'honoraires dans sa salle d'attente.

Le Conseil National a demandé une application progressive de la mesure en commençant par les actes médicaux techniques et chirurgicaux programmés.

Les modèles d'affiches sur les honoraires à apposer dans la salle d'attente du cabinet ou la note type préalable d'information sur les honoraires sont disponibles au secrétariat du Conseil Départemental ou sur le site du Conseil National (www.conseil-national.medecin.fr) ■

Étude démographique des médecins généralistes sur la Basse Normandie.

En 2008, suite à la demande du directeur de l'ARH de Basse Normandie, relayant la circulaire DHOS/UNCAM/2008/130 du 14/04/2008, l'URML, les 3 CDO et URBAN ont travaillé sur l'état de la démographie des médecins généralistes libéraux en Basse Normandie.

Le département a été découpé en bassins de vie, avec calcul, au sein de ces secteurs, des médecins en équivalent temps plein (ETP) pour traduire au mieux la réalité du terrain. D'autres critères (moyenne d'âge, densité médicale pour 5000 habitants, pourcentage de plus de 50 ans, de plus de 60 ans, attractivité de la zone, morbidité et offres

de soins périphériques) ont permis d'établir un score pour chaque zone et de les classer ainsi en 5 catégories : zones sous dotées (SD), moins dotées (MD), intermédiaires (I), plus dotées (PD) et les plus dotées (LPD).

En regroupant les zones sous dotées et moins dotées, on définit des zones d'intervention prioritaires (ZIP) zones à prioriser pour la création des pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA), projet porté par l'URML.

Cette carte est remise à jour annuellement. Depuis juin 2008 on a pu constater un déficit démographique avec uniquement 9 nouveaux ETP en médecine générale, pour 20 départs.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU CALVADOS

URML de Basse-Normandie

Argumentaire de la proposition de modification de ciblage des zones définissant les niveaux de dotation en médecins généralistes

Bassins de vie	Proposition Zonage 2008	Nombre de médecins généralistes ETP	Densité pour 5 000 hab. Note /30 pts	% de + de 50 ans Note /30 pts	% de + de 60 ans Note /30 pts	Critères terrain Attractivité / 15 Morbidité / 7 Offre périphérique / 8 Note globale / 30 pts	Note globale sur 100 pts	Proposition Zonage 2009
ISIGNY-SUR-MER	MD	7	3,92 20	85,7 10	14,3 10	15+3+8 26	66	MD
LE MOLAY-LITTRY	MD	5	3,41 25	100 10	20 20	15+0+8 23	78	MD
VILLERS-BOCAGE	I	8	3,45 25	62,5 5	25 25	10+0+4 14	69	MD
AUNAY-SUR-ODON	MD	5	3,55 20	80 10	40 30	15+0+4 19	79	MD
VIRE-VASSY-ST SEVER	MD	27	2,96 30	48,15 0	22,2 20	10+3+4 17	67	MD
CONDE-SUR-NOIREAU	SD	8	3,17 25	100 10	50 30	15+7+8 30	95	SD
THURY-HARCOURT	MD	6,5	3,13 25	85,71 10	14,28 10	15+7+4 26	71	MD
SAINT-PIERRE-SUR-DIVES	SD	5,5	2,56 30	71,4 10	14,28 10	15+5+8 28	78	MD
TROARN	MD	4	2,79 30	60 5	20 20	5+0+0 5	60	MD
TROUVILLE-DEAUVILLE	I	23	1,9 à 5 15	69,56 5	8,7 5	15+0+0 15	40	I
DOZULE	MD	3	2,66 30	33 0	0 0	10+0+0 10	40	I
LIVAROT	SD	3,5	3,28 25	75 10	25 25	15+3+8 26	86	SD
ORBEC	MD	5,5	4 20	72,7 10	36,3 30	10+0+4 14	74	MD
BRETTEVILLE-SUR-LAIZE	I	6	4,5 15	42,85 5	28,57 25	5+0+0 5	50	I
BAYEUX	I	35	3,93 20	61 5	13,88 10	0+3+4 7	42	I
BENY BOCAGE	MD	3	1,88 30	0 0	0 0	5+0+5 10	40	I
FALAISE	I	19,5	3,64 20	65 5	25 25	5+3+0 8	58	I
PONT-L'ÉVÊQUE	I	10	4,55 10	70 10	30 30	15+0+3 18	68	MD
HONFLEUR	I	14,5	4,43 15	56,25 5	29,6 25	5+3+0 8	53	I
DOUVRES LA DELIVRANDE	LPD	18	5,54 5	72,2 10	11 10	0+3+0 3	28	LPD
DIVES-SUR-MER	I	14	4,19 15	64,3 5	35,7 30	5+0+0 5	55	I
OUISTREHAM	I	13	3,7 20	61,54 5	15,38 15	5+0+0 5	45	I
COURSEULLES-SUR-MER	LPD	8	4,73 10	75 10	0 0	5+0+0 5	25	LPD
ARGENCES	LPD	7,5	3,71 20	53,3 5	0 0	15+0+0 15	40	I
MEZIDON	I	7	3,67 20	85,7 10	0 0	15+0+3 18	48	I
LISIEUX	I	30	2,94 30	73 10	33,3 30	5+0+0 5	75	MD
GRAND CAEN	LPD ?	262?	4,62? 10?	62,59 ? 5 ?	17,93 ? 15 ?	0+3+0 ? 3 ?	33 ?	LPD ?

Réalisé par le CDO du Calvados et l'URML BN - Mai 2009

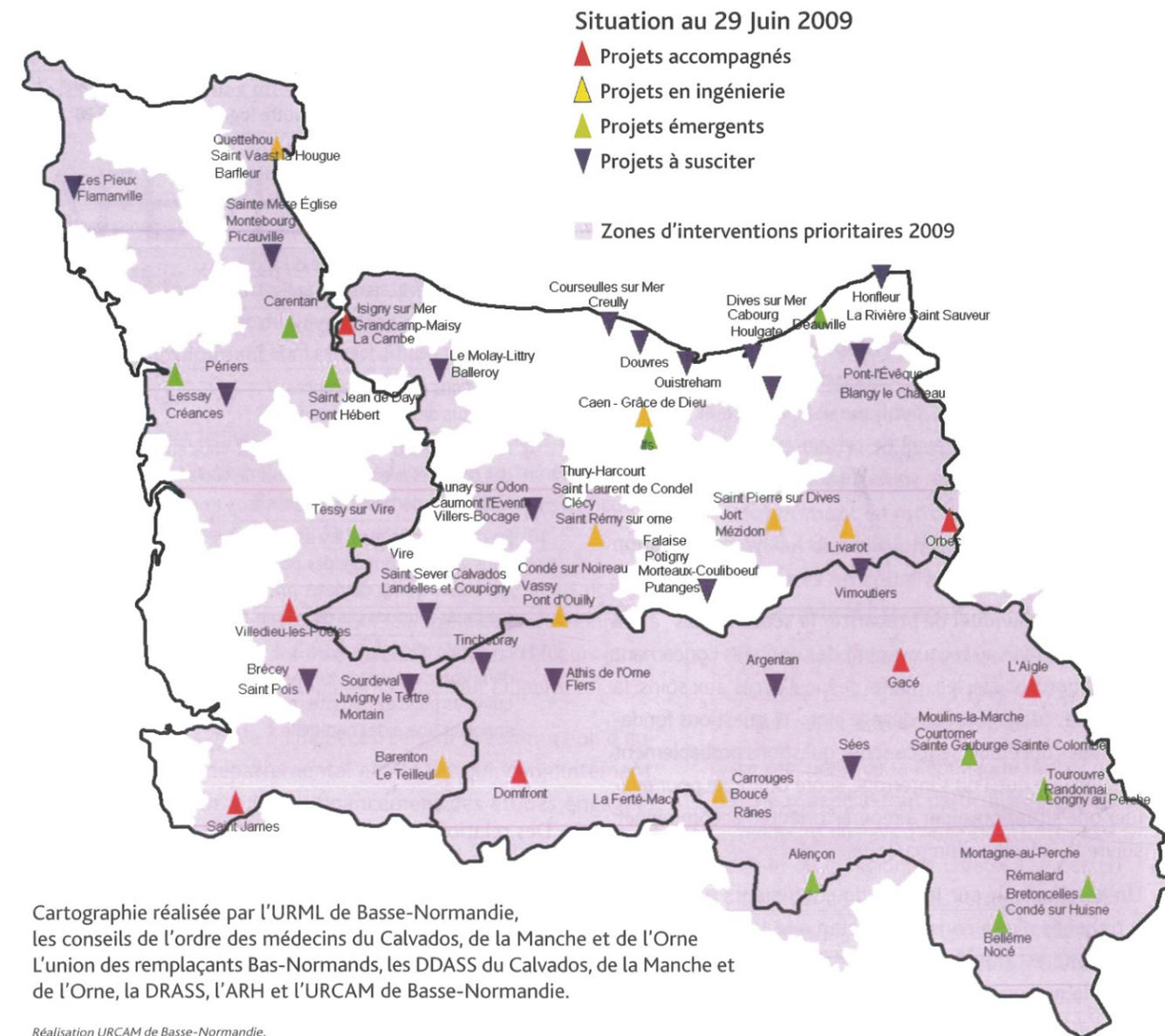
Au niveau de la densité en médecins généralistes exclusifs le Calvados se situe en dessous du seuil national avec une densité de 4,3/5000 habitants (France #6/5000 habitants), une moyenne d'âge de 51,28, parmi lesquels 63,5% ont plus de 50 ans et 14,38% plus de 60 ans.

Il en ressort également une grande fragilité de la plupart des secteurs, ou seul un départ en retraite, ou à l'inverse une installation, ou uniquement l'augmentation du

pourcentage de médecins dépassant 60 ans peuvent faire basculer la zone en ZIP ou au contraire hors ZIP.

Ce constat n'est malheureusement qu'une illustration de la situation sur l'ensemble du territoire ou la tranche d'âge des moins de 40 ans diminue de 12% pendant que celle des plus de 50 ans croît de 53% (cf. atlas de la démographie médicale 2009/ CRO) et ou à peine 7% des nouveaux inscrits choisissent la médecine générale libérale (cf. bulletin CRO 05/2009) ■

Carte d'implantation des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires sur les Zones d'Interventions Prioritaires



L'accès aux soins des plus démunis, la notion de précarité

Le conseil de l'ordre du Calvados s'inscrit dans cette démarche et, à ce propos, participe en tant qu'institution au travail du réseau médico-social localement par sa présence et son implication auprès des tutelles (plan départemental AHI: accueil hébergement insertion, récemment présenté par le Préfet de région cette année).

La notion de précarité est souvent délicate à apprécier, nous avons tous une notion globale des indicateurs permettant d'évaluer le degré de précarité. Jusqu'ici les critères de précarité reposaient sur les données socio-administratives (1992) relatives à l'emploi en particulier.

Or les relations entre la précarité sur ces seuls critères et les modes de vie et la santé ont récemment été décrites (2005).

Une des caractéristiques de la précarité est la relation étroite entre les données sociales et les données de santé ce pourquoi le rapprochement médico-social pour ces objectifs de santé publique est primordial. Ceci est d'actualité dans le travail de terrain avec les PASS (permanences d'accès aux soins de santé). Il y a cinq PASS dans le Calvados :

CHU Caen, CH. Vire, CH. Lisieux, CH. Bayeux, Fondation de la Miséricorde à Caen.

Un score individuel de précarité "le score Épices" a été construit grâce au recoupement des données concernant la position sociale, les modes de vie, l'accès aux soins, la santé des usagers et l'on dégage alors 11 questions fondamentales qui établissent ce score, questions probablement clés lorsque que l'on s'interroge, score utilisable pour évaluer une situation, aider à repérer, orienter, accompagner, suivre l'évolution d'un parcours.

Un total calculé sur la base de coefficients ajoutés ou retranchés d'une constante, selon que la réponse de la personne est oui (Réf BEH n° 14/2006), résultat de 0 à 100 : la notion de précarité est significative à partir de 30 : l'article correspondant est disponible sur Internet.

Les 11 questions du score Épices : constante =75,14

	Oui	Non
1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	+10,06	0
2) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3) Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4) Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5) Y-a-t'il des périodes dans le mois ou vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	+14,80	0
6) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7) Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8) Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9) Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que parents ou enfants ?	-9,47	0
10) En cas de difficultés, il y a-t'il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11) En cas de difficultés, il y a-t'il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0

Des relations "score- dépendantes" sont systématiquement mises en évidence selon cette étude, les tendances les plus marquées sont observées pour le non suivi dentaire, le non suivi gynécologique, la perception négative de la personne pour son état de santé, la maigreur chez les hommes, l'obésité et le diabète chez les femmes par exemple.

Comme pour toutes les études transversales, les relations observées ne permettent pas de conclure sur l'existence de relations causales entre les variables étudiées, la précarité pouvant être la cause comme la conséquence des problèmes de santé ou de mode de vie.

A l'usage par exemple, le score Épices a été transposé en secteur hospitalier pour des sujets atteints de diabète ce qui a permis la mise en évidence d'une relation quantitative entre le score, le non contrôle du diabète et la survenue de micro-angiopathies, ce qui montre l'intérêt de cet indicateur dans les populations à haut risque (l'intérêt d'une prise en charge des personnes pour faire baisser ce score...)

Nous pouvons agir chacun dans nos professions, en l'occurrence le médical et le social, pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis ; par des actions

AFEM

L'AFEM, lors de son assemblée générale du 12 mai 2009 a fait le constat de l'évolution de la démographie médicale, notamment de la baisse du nombre d'installations libérales.

Parallèlement les jeunes médecins tendent à remplacer de plus en plus longtemps. Ils demeurent ainsi éloignés de certaines des préoccupations de leurs confrères installés, en particulier des difficultés qui peuvent survenir au cours de leur exercice.

Le rôle de l'Ordre est d'informer tous les médecins qu'ils doivent contracter toutes les assurances pour leur exercice professionnel et pour leurs familles. Nos confrères installés sont les meilleurs intermédiaires auprès de leurs remplaçants pour leur rappeler.

En cas de maladie grave ou de décès, ce sont la commission d'entraide du conseil départemental et l'AFEM qui, conjointement, interviennent pour aider au financement des études engagées par les enfants.

Seuls vos dons peuvent permettre de continuer à soutenir les familles en difficulté.

Nous vous remercions de porter votre attention à l'appel de dons qui vous est adressé, chaque année, au nom de l'AFEM avec l'appel de cotisation ordinaire ■

conjointes, des concertations, la communication, le développement du réseau des partenaires.

Il convient de travailler ensemble pour favoriser donc l'accès aux soins et par là même tenter de se rapprocher de "l'équilibre", "rétablir" au mieux, **contribuer à faire reculer le niveau de précarité des individus**, c'est parfois très fastidieux pour la personne et pour les professionnels du médical et du social car multifactoriel et souvent très long.

Néanmoins à la base de la notion de l'humanisme, de la relation d'aide, pour favoriser l'accès aux soins, améliorer l'équilibre de santé "Médico-Psycho-Social" il faut trouver alors le bon interlocuteur, chercher ensemble des solutions... Au-delà de la technique nécessaire mais insuffisante, il faut des Mots pour les Maux, parfois des outils d'évaluation ■

Appel à candidature

Depuis le 1^{er} janvier 2009, la loi du 5 mars 2007 a modifié en profondeur le régime de protection juridique des majeurs (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), notamment en introduisant une obligation de révision quinquennale des mesures en cours pour lesquelles un avis médical est requis.

La liste des médecins établie annuellement au parquet du tribunal risque de s'avérer insuffisante à très court terme.

Le procureur de la République du TGI de Lisieux appelle tout particulièrement les médecins du Pays d'Auge, de la Côte Fleurie et de la région de Lisieux à se porter candidat dès lors qu'ils sont généralistes, gériatres, psychiatres et possèdent compétences et intérêt à l'égard de la protection des personnes vulnérables ■

Le médecin collaborateur

Le collaborateur libéral

Autorisé par la loi du 2 août 2005, les règles ont été rédigées en septembre 2005 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

■ On y trouve quelques principes importants :

- Le Collaborateur doit être thésé et inscrit au Tableau ;
- Le Collaborateur **doit travailler en même temps** que le médecin avec lequel il collabore ;
- Le Collaborateur peut passer des contrats avec plusieurs médecins, il devra prévenir les médecins des contrats signés en d'autres lieux ;
- Le Collaborateur pose une plaque professionnelle, il a ses ordonnances propres ;
- Le Collaborateur doit être assuré, inscrit à la CARMF et à l'URSSAF ;
- Le Collaborateur doit choisir son secteur conventionnel (en fonction de ses études), il ne correspondra pas automatiquement au secteur du médecin avec lequel il a signé un contrat ;
- Le Collaborateur a ses feuilles de soins avec son numéro RPPS et ADELI, il possède sa carte CPS ;
- Le Collaborateur doit impérativement signer un contrat avec le (ou les) médecin(s) ou la SELARL avec qui il collabore. Ce contrat sera soit un CDD soit un CDI. Ce contrat doit favoriser son installation ultérieure. Il permet au médecin de se constituer une clientèle ;
- A la fin du contrat, le collaborateur peut s'installer où bon lui semble. Il n'a aucune obligation vis-à-vis du médecin avec lequel il collaborait. Il peut donc s'installer en face du cabinet ! Cette clause n'est pas substituable ;
- Le collaborateur ne participe pas aux charges du cabinet mais reverse une redevance au médecin ou à la SELARL avec lequel il travaille, elle correspond aux charges entraînées par le Collaborateur, elle est révisable tous les ans ;

- Le Collaborateur peut travailler sur plusieurs sites, avec des médecins différents avec l'autorisation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Le collaborateur salarié

Cela est possible depuis 2008, les articles du code ont été modifiés pour le permettre,

- La qualification doit être équivalente, le médecin salarié exercera sous couvert du conventionnement de son employeur, il garde une totale indépendance vis-à-vis des patients. Il assurera ses fonctions dans le cadre de la clientèle du médecin employeur et dans les mêmes locaux (éventuellement sur plusieurs sites).
- La patientèle doit être informée de la présence du Collaborateur, son nom doit être inscrit sur les ordonnances. Cependant, **aucune plaque ne peut être installée**. Les feuilles de soins portent sur **les deux noms et les deux signatures**.
- Un contrat est signé, la période d'essai ne peut dépasser 4 mois, la durée du travail est fixée à 35 heures (les heures supplémentaires sont sujettes à majoration).
- En cas de cessation d'activité de l'employeur, le contrat doit être pris par le successeur, s'il est présent. Dans le cas d'un désaccord, un licenciement sera nécessaire. Une clause de non concurrence peut être envisagée, elle sera rémunérée par l'employeur.
- Le médecin salarié ne peut pas se faire remplacer, l'employeur doit pourvoir son remplacement.
- Un médecin salarié peut avoir deux employeurs, ils doivent être prévenus de cette situation et il faut l'autorisation du conseil de l'ordre.

Les contrats type du Collaborateur libéral ou salarié sont disponibles au siège du Conseil Départemental du Calvados ou sur le site du Conseil National (www.conseil-national.medecin.fr) ■

De novembre 2008 à juin 2009

Ont été inscrits

■ Afin d'exercer en médecine libérale

- | | | |
|---|--|--|
| • Dr RODRIGUEZ Pascal
<i>VIRE - Anesthésie-Réanimation</i> | • Dr AFIFEH Alaa Eddin
<i>CAEN - Cardiologie</i> | • Dr BOUDRIOT Pascal
<i>TROUVILLE/MER - Médecine Générale</i> |
| • Dr BELLOT Cyril
<i>ST PIERRE/DIVES - Médecine Générale</i> | • Dr BEAUDIC Yves
<i>CAEN - Neurochirurgie</i> | • Dr LEMARIE Thomas
<i>HONFLEUR - Médecine Générale</i> |
| • Dr SIBIREFF-CLAYES Nathanaël
<i>CAEN - Médecine Générale</i> | • Dr COSTE Pierre
<i>BAYEUX - Médecine Générale</i> | |

■ Avec des fonctions salariées

- | | | |
|--|---|---|
| • Dr DESSON Jean-François
<i>CH BAYEUX</i> | • Dr MONTAGNE-LARMURIER Aurélie
<i>CHU</i> | • Dr CLOSON Samuel
<i>Centre de Guidance CAEN</i> |
| • Dr ALLABERT Chloé
<i>CH LISIEUX et CHU</i> | • Dr QUENTIN Charlotte
<i>CHU et CH SAINT LO</i> | • Dr ABOU MAYALEH Hani
<i>CH LISIEUX</i> |
| • Dr CALLERY Guillaume
<i>CHS</i> | • Dr ABDOU Adam
<i>CHU</i> | • Dr BELOT David
<i>CHU</i> |
| • Dr DESVERGEE Antoine
<i>CHU et Clinique de la Miséricorde</i> | • Dr DENION Eric
<i>CHU</i> | • Dr CARDENAS-CASTRO Virginie
<i>Cabinet médical des Mines POTIGNY</i> |
| • Dr EGLER Pierre-Jean
<i>CHU</i> | • Dr MILLIEZ Paul-Ursmar
<i>CHU</i> | • Dr ROD Julien
<i>CHU</i> |
| • Dr EL MOATAZ-BILLAH El Hassane
<i>CH LISIEUX</i> | • Dr LERY Richard
<i>DRASS</i> | • Dr ROUSSEAU Louis-Guillaume
<i>CHU</i> |
| • Dr FERRANT Ophélie
<i>CHU</i> | • Dr BENOIST Guillaume
<i>CHU</i> | • Dr SILVA Marlon
<i>CAC</i> |
| • Dr FISCHER Marc-Olivier
<i>CHU</i> | • Dr BOURRET-CASSAIGNE Florence
<i>CHU</i> | • Dr HAMON Marianne
<i>Château de VIMONT</i> |
| • Dr GAUTIER Nicolas
<i>CAC</i> | • Dr CHANTEPIE Sylvain
<i>CHU</i> | • Dr BLANCHARD David
<i>CHU</i> |
| • Dr GUILLOT Morgane
<i>CHS</i> | • Dr CHARPENTIER Christelle
<i>CHU</i> | • Dr AUDIC-GERARD Frédérique
<i>CHU + CAMES GRAYE SUR MER</i> |
| • Dr HIBON Renaud
<i>CH FALAISE et CHU</i> | • Dr CLAYES Delphine
<i>CHU</i> | • Dr AZZOUZ Rachid
<i>CH FALAISE</i> |
| • Dr LE BARTZ Gérald
<i>CHU</i> | • Dr DEVOS Antoine
<i>CH BAYEUX et CHU</i> | • Dr BECETTE Véronique
<i>CAC</i> |
| • Dr LEMARCHAND-COTTENCEAU Margaux
<i>CHU</i> | • Dr JAMARD Marie-Reine
<i>CHU</i> | • Dr DENOUX Yves
<i>CAC</i> |
| • Dr LECAMUS Camille
<i>CHS et CHU</i> | • Dr KLINGER Katja
<i>CHU</i> | • Dr LEON Nathalie
<i>CHU</i> |
| • Dr LINARD Mélinée
<i>CHU</i> | • Dr MONTAGNE Maxime
<i>CH AUNAY SUR ODON</i> | • Dr MALLET Anne
<i>CHU</i> |
| • Dr MAIZA Olivier
<i>CHU</i> | • Dr SEGUIN Amélie
<i>CHU</i> | • Dr PAON Jean-Christophe
<i>CHU</i> |
| • Dr MESANGE Sabrina
<i>CH FALAISE</i> | • Dr BRIERE-BELLIER Claire
<i>CHU</i> | • Dr CHAID Wassel
<i>CHS</i> |

■ Avec des fonctions salariées (suite)

- | | | |
|--|--|---|
| • Dr DUPONT Claire
CHU | • Dr CLERGEAU Marie-Rose
CHU | • Dr BUKLAS Dimitrios
CHU |
| • Dr FOHLEN Audrey
CHU | • Dr MAKKI Saïd
THERAPHARM | • Dr CHAABAN Richard
CH LISIEUX |
| • Dr HUMBERT Marie-Caroline
SANTRAVIR | • Dr ROUX Alain
Association Groupes qualité Basse-Normandie | • Dr ABOU SALEH Aya
CH VIRE |
| • Dr MOTTIN Hélène
CH BAYEUX | • Dr FILIPOV Tzvetan
CHU | • Dr AL MOUSSALLA Loay
CH LISIEUX |
| • Dr VADE Virginie
CHU et CCAA | • Dr GENDROT Aurélie
CH LISIEUX | • Dr COSTO Sylvie
CHU |
| • Dr COGEZ Julien
CHU | • Dr LEGUEN Anne
CHU | • Dr DIEPENDAELE Anne-Sophie
CH LISIEUX et CHU |
| • Dr PAUGAM Sylvie
EHPAD | • Dr LE FOLL Gaëlle
CH LISIEUX et CHU | • Dr RUBES David
CHU |
| • Dr MOIROT Pierre
CHU | • Dr RANDRIAMBOLOLONA Richard
CH BAYEUX | • Dr CHAMI Khaled
CH TROUVILLE et CHU |
| • Dr LECELLIER Sophie
CHS | • Dr VIEIRA-ROTH Suzette
CHU | |
| • Dr POSTELNICU Adina-Ionela
CHU | • Dr VILLEDIEU Florence
CHU | |

Sans exercer dans l'immédiat

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| • Dr HEMERY-GRAND-JEAN Virginie | • Dr COULBEAU Magali | • Dr HADJI-KOBIYH Meriam |
| • Dr ZLATE Laura | • Dr FRESSARD Jean | • Dr ZENOU Frank |
| • Dr BABIN Céline | • Dr MOAL Fabienne | • Dr FRIED Déborah |
| • Dr BETTON Séverine | • Dr MOREAU Guillaume | • Dr FUZEAU Alexandre |
| • Dr FERRON Vincent | • Dr RATEL Mélanie | • Dr HEDREUL Romain |
| • Dr GUIU Renaud | • Dr MAHOUDEAU Eric | |
| • Dr ALIX Emilie | • Dr BORNA Lenuta | |

Médecins retraités

- | | | |
|------------------------|----------------------------|-------------------|
| • Dr SOUBEYRAND Claude | • Dr PIEDNOIR Marie-Noëlle | • Dr LEROY Gilles |
|------------------------|----------------------------|-------------------|

Exercent désormais en médecine libérale

- | | | |
|--|---|---|
| • Dr BEQUIGNON Arnaud
CAEN - ORL | • Dr EL HACHEM Charles
LISIEUX - Pédiatrie | • Dr NEAU Anne-Cécile
CAEN - Anesthésie-Réanimation |
| • Dr FERRETTI Aurélie
CAEN - Psychiatrie | • Dr PAJEOT Michel
CAEN - Médecine Générale | • Dr VENTRUOX Emilie
CAEN - Médecine Générale |
| • Dr PERSEHAYE Emmanuel
CAEN - Anesthésie-Réanimation | • Dr LETOUZE Sébastien
CAEN - Anesthésie-Réanimation | • Dr MOREAU Guillaume
MONDEVILLE - Médecine Générale |
| • Dr BOUDEHENT Paul
MONDEVILLE - Médecine Générale | • Dr MALBEC Patrick
AUNAY/ODON - Médecine Générale | |
| • Dr BATHEDOU Julien
BOURGUEBUS - Médecine Générale | • Dr PILLARD Philippe
IFS - Médecine Générale | |

Changement de modalité d'exercice

- | | | |
|---|--|---|
| • Dr PATUREL Anne
PMI | • Dr PONT David
Château de VIMONT | • Dr LE GALL Armelle
Centre de Planification CAEN |
| • Dr FRACHET Olivier
CHU | • Dr GIRARD Bénédicte
Remplacements | • Dr LE BAS Catherine
CHU |
| • Dr PREVOST Fabrice
CH BAYEUX | • Dr BURRI Christophe
CCAAA | • Dr GUILLEMAIN Elisabeth
CHU |
| • Dr AMIOT Michel
Commission du Permis de Conduire | • Dr ABIVEN Catherine
Direction de l'Équipement | • Dr LE DOZE Isabelle
Maison des Addictions CAEN |
| • Dr HAMON Serge
Remplacements | • Dr SALAUN Françoise
CHU | • Dr AGOGUE Alix
Maison du Handicap CAEN |
| • Dr LALOY-MONGRENIER Catherine
Conseil Général | • Dr CLOSON Sophie
Inspection Académique | • Dr DUFFAUD Elisabeth
AIPST |
| • Dr MOREL Elisabeth
EFS | • Dr LEPAISANT Christine
CHS | • Dr DALLE-HENRI Anne-Marie
Comité de Prévention de l'Alcoolisme |
| • Dr BELIN Annette
CHU | • Dr TREMEL Nathanaëlle
CH BAYEUX | • Dr DURAND Emmanuelle
CH BAYEUX |
| • Dr CHABOT Benoît
Centre Esquirol | • Dr VERNOUILLET Catherine
Université de CAEN | • Dr BREFORT Jean-Louis
CH BAYEUX |
| • Dr BEILLAT Tiphaine
CH LISIEUX | • Dr ASSELIN Isabelle
CHU et PASSADO 14 | • Dr LAMARQUE D'ARROUZAT Thierry
Sans activité |
| • Dr GIULIANI Laëticia
PMI | • Dr VAILLANT Jean-Marc
CH EQUEMAUVILLE + CAMPS Pays d'Auge | • Dr FELLAHI Jean-Luc
CHU |
| • Dr ACHER-CHENEBAUX Aurélie
CHU | • Dr ANGOT Sylvie
Conseil Général | • Dr BOUTEILLER Philippe
Clinique de la Miséricorde |
| • Dr MEURISSE Jean-Claude
Foyer Léone Richet CAEN | • Dr BEAUPLLET-BRIZOU Bérangère
CHU | • Dr LESAGE Chantal
EHPAD |
| • Dr CEINTRE Patrick
CMAIC | • Dr BOUHIER-LEPORRIER Karine
CHU et CAC | • Dr DEMETTRE-JACQUET Catherine
Rectorat |
| • Dr BOUGLE Dominique
CHU | • Dr GRAND-JEAN Michel
CHS | |

Changement d'adresse professionnelle

- | | | |
|---|---|---|
| • Dr MOUSSU Jeanne
20 avenue Guynemer - 14000 CAEN | • Dr LAVIER Marie-Noëlle
51-53 rue de la Bretagne - 14400 BAYEUX | • Dr GOUDAL-LECLERC Nadine
10 rue F.-M. Voltaire - 14123 IFS |
| • Dr ROQUES Alain
11 rue Bailey - 14000 CAEN | • Dr DUPONT Eric
28A avenue du 6 juin - 14000 CAEN | • Dr TANNE Jean-Luc
2 rue Henri Pépin - 14480 COURSEULLES |
| • Dr PITOVIK Richard
6 place Morny - 14800 DEAUVILLE | • Dr BEN Yolande
19 place Albert Lebrun - 14380 SAINT SEVER | • Dr L'HONNEUR Didier
2 rue Henri Pépin - 14480 COURSEULLES |
| • Dr ROCHER Stéphane
6 place Morny - 14800 DEAUVILLE | • Dr CECCO Serge
17 rue Maréchal Foch - 14750 STAUBIN/MER | • Dr GRENIER Christian
2 rue Henri Pépin - 14480 COURSEULLES |
| • Dr DENNEBOUY Eliane
10 rue du Château d'Eau - 14000 CAEN | • Dr MOULIN François
17 rue Maréchal Foch - 14750 STAUBIN/MER | • Dr LAIR Sébastien
2 rue Henri Pépin - 14480 COURSEULLES |
| • Dr LEFEBVRE-CORBIERE M-Mad.
10 rue du Château d'Eau - 14000 CAEN | • Dr LEFEBVRE Bertrand
10 rue du Château d'Eau - 14000 CAEN | |
| • Dr COMOZ Anne
6 rue Auguste Lechesne - 14000 CAEN | • Dr RENOUF Frédérique
10 rue du Château d'Eau - 14000 CAEN | |

Changement d'Etat Civil

- Le Dr LEMARINIER-LECOQ Céline
désire exercer désormais sous le nom de Dr LEMARINIER Céline.
- Le Dr POTHIER Chantal
désire exercer désormais sous le nom de Dr MESCOFF-POTHIER Chantal.
- Le Dr ANNE Marie-Isabelle
désire exercer désormais sous le nom de Dr ANNE-HEUVELINE Isabelle.

Retraite

- Dr BLET Jean-Noël
- Dr BOUCHER René
- Dr COUEC Jean
- Dr NABET Louis
- Dr OSTOVANY Jean
- Dr PICAUD Jacqueline
- Dr PICAUD Bernard
- Dr TRIQUENEAUX Jean-Philippe
- Dr YAHFOUFI Bachir
- Dr PIEL-DESRUISSEAUX Jean-Luc
- Dr POIGNANT Rémy
- Dr ALLAGNON Marie-Paule
- Dr SICHEL Jean-Philippe
- Dr DAVY Jean-Pierre
- Dr BORIES Hervé
- Dr HAMON Serge
- Dr LINE-PARRAD Brigitte
- Dr PORCQ Jacques
- Dr GUENON Pierre
- Dr SIBIREFF Jean-Jacques
- Dr CHASLE Jacques
- Dr GUIBERT Yannick
- Dr LECHEVALLIER Jean-Claude
- Dr JOUBERT Michel
- Dr BANCHET Bernard
- Dr LORIN Gérard
- Dr SAUVALLE Agnès
- Dr LECLERC Jocelyn
- Dr SEGOL Philippe
- Dr TAYLOR Patrick

Départ

- Dr GASTON Thierry
- Dr EFTHYMIU Nicolas
- Dr AUGUSTE Ingrid
- Dr AUGUSTE Thomas
- Dr LESPLINGARD Nathalie
- Dr ABBADIE Fabrice
- Dr AUVRAY Malika
- Dr GUENOLE Evelyne
- Dr GIRES Christelle
- Dr LAUTRIDOU Christine
- Dr GROSSETTI Elisabeth
- Dr BANFI Carlo
- Dr PETRAS Slamovir
- Dr QUEVILLON-KHAYAT Françoise
- Dr PONS Philippe
- Dr TAKSIN Lionel
- Dr BELIN Isabelle
- Dr FOUQUES DUPARC Vincent
- Dr JOSIEN Catherine
- Dr BRUNET Dominique
- Dr VAISLIC Muriel
- Dr JEHAN Claude
- Dr KALADJI Christophe
- Dr STEFAN Dinu
- Dr CREAC'HCADEC Audrey
- Dr SIMON Géraldine
- Dr WAMBRE Franck
- Dr MALLICK Stéphane
- Dr GRAS Guillaume
- Dr BENZAOUZ Ahmed-Amine
- Dr VOGT Benoît

Retrait du tableau

- Dr COSTE Béatrice
- Dr STIP Emmanuel
- Dr ANYA-MENGUE Pierre

Qualifications

- ANESTHESIE-REANIMATION (S)**
 - Dr FISCHER Marc-Oliver
 - Dr KLINGER Katja
 - Dr CHARPENTIER Christelle
 - Dr MAYAUD Annick
 - Dr FILIPOV Tzvetan
 - Dr RUBES David
- CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES (S)**
 - Dr CLERGEAU Marie-Rose
- CHIRURGIE GENERALE (S)**
 - Dr JAMARD Marie-Reine
 - Dr BELOT David
 - Dr ROD Julien
 - Dr ROUSSEAU Louis-Guillaume
- CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE (S)**
 - Dr EL MOATAZ-BILLAH El Hassane
 - Dr GADBLED Guillaume
- DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE (S)**
 - Dr ALLABERT Chloé
- GERIATRIE (S)**
 - Dr LEENAERT Fabienne
 - Dr HUSSON Benoît
- GYNECOLOGIE MEDICALE (S)**
 - Dr CANIVET Claudine
 - Dr DELAUTRE Véronique
 - Dr MEEN Isabelle
 - Dr BOURDELEIX Sylvie
- GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (S)**
 - Dr BENOIST Guillaume
 - Dr LE FOLL Gaëlle
- HEMATOLOGIE CLINIQUE (S)**
 - Dr CHANTEPIE Sylvain
- HEMATOLOGIE OPTION MALADIE DU SANG (S)**
 - Dr SEGUIN Amélie
- MEDECINE APPLIQUEE AUX SPORTS (C)**
 - Dr GUERARD Jean-Paul
- MEDECINE GENERALE (S)**
 - Dr GUIU Renaud
 - Dr DESVERGEE Antoine
 - Dr MONTAGNE Maxime
 - Dr PICOT Déborah
 - Dr CHAID Wassel
 - Dr MOTTIN Hélène
 - Dr PEDUZZI Marjorie
 - Dr HADJI-KOBIYH Meriam
 - Dr RANDRIAMBOLOLONA Richard
 - Dr GENDROT Aurélie
 - Dr LEMARIE Thomas
- MEDECINE DU TRAVAIL (S)**
 - Dr HUMBERT Marie-Caroline
- NEPHROLOGIE (S)**
 - Dr AL MOUSSALLA Loay
- NEUROLOGIE (S)**
 - Dr COGEZ Julien
- NEUROCHIRURGIE (S)**
 - Dr POSTELNICU Adina-Ionela
- ONCOLOGIE RADIOTHERAPIQUE (S)**
 - Dr MARLON Silva
- OPHTALMOLOGIE (S)**
 - Dr BORNA Lenuta
- ORL ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE (S)**
 - Dr HIBON Renaud
 - Dr BLANCHARD David
- PEDIATRIE (S)**
 - Dr DUPONT Claire
 - Dr FIANI Martine
 - Dr VIEIRA-ROTH Suzette
 - Dr VILLEDIEU Florence
 - Dr LEGUEN Anne
 - Dr DIEPENDAELE Anne-Sophie
- PSYCHIATRIE (S)**
 - Dr CALLERY Guillaume
 - Dr EGLER Pierre-Jean
 - Dr GUILLOT Morgane
 - Dr LEMARCHAND-COTTENCEAU Margaux
 - Dr LECAME Camille
 - Dr MAIZA Olivier
 - Dr MONTAGE-LARMURIER Aurélie
 - Dr DEVOS Antoine
 - Dr BOYER Myriam
 - Dr LECELLIER Sophie
 - Dr GIRARD Fabienne
- PSYCHIATRIE OPTION ENFANTS ET ADOLESCENTS (S)**
 - Dr DOLLFUS D'HARCOURT Sonia
 - Dr GAUME Dominique
- RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE (S)**
 - Dr GAUTIER Nicolas
 - Dr LINARD Mélinée
 - Dr BOURRET-CASSAIGNE Florence
 - Dr FOHLEN Audrey
 - Dr BURTICA Alexandra
- SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE (S)**
 - Dr FERRANT Ophélie
 - Dr BOUVIER Véronique

Capacités

AIDE MEDICALE URGENTE

- Dr EL BAAJ Jamal
- Dr GRAND-JEAN Michel

ALLERGOLOGIE

- Dr EL HACHEM Charles

EVALUATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR

- Dr GUILLOUF Valérie
- Dr ROUAUD Jean
- Dr LESAGE Chantal
- Dr GUILLET Johann
- Dr MELLER Stephan
- Dr JARRY Thomas

GERONTOLOGIE

- Dr MARTINET Corinne
- Dr DAPREMONT-JACQUES Anne
- Dr PREVOST-CRINIÈRE Isabelle
- Dr TALLIER Laurence

MEDECINE ET BIOLOGIE DU SPORT

- Dr EL BAAJ Jamal
- Dr GRAND-JEAN Michel
- Dr MALBEC Patrick

MEDECINE D'URGENCE

- Dr ABDOU Adam
- Dr DIGEON-POTIER Caroline
- Dr KOZLIK Matthieu

MEDECINE DE CATASTROPHE

- Dr ABDOU Adam

MEDECINE DE PRATIQUES MEDICO-JUDICIAIRES

- Dr VAUDEVIRE Chantal

CES

MEDECINE AERONAUTIQUE

- Dr GUYOT Bernard

D.E.S.C.

CANCEROLOGIE

- Dr DO Pascal
- Dr BOUHIER-LEPORRIER Karine

MEDECINE DE LA REPRODUCTION

- Dr DOUAL-ZIAD Christine
- Dr GIRARD Bénédicte

MEDECINE VASCULAIRE

- Dr LE HELLO Claire

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

- Dr GUILLOUF Valérie

D.I.U.

ACUPUNCTURE

- Dr COMMELIN Claire

ARTHROSCOPIE

- Dr ROUSSEAU Louis-Guillaume
- Dr EL MOATAZ-BILLAH El Hassane

CHIRURGIE DE LA MAIN

- Dr JARRY Arnaud

CHIRURGIE REFRACTIVE ET DE LA CATARACTE, CHIRURGIE DE LA MYOPIE

- Dr LEGRAND Louis

ECHOCARDIOGRAPHIE

- Dr CHAMI Khaled

ECHOCARDIOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE

- Dr LE ROY Rodolphe
- Dr GIRARD Bénédicte
- Dr LE FOLL Gaëlle

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES DE L'ENFANT

- Dr EL HACHEM Charles

MEDECINE FŒTALE

- Dr BENOIST Guillaume

MEDECINE MANUELLE-OSTEOPATHIE

- Dr CONDE Arnaud

PATHOLOGIE CHIRURGICALE RETINO-VITRENNNE

- Dr DENION Eric

TABACOLOGIE ET AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

- Dr MOTTIN Hélène
- Dr DE LA SAYETTE-GENEVY Anne

VEILLE ET SOMMEIL

- Dr NORMAND Hervé

D.U.

ADAPTATION DE LENTILLES DE CONTACT

- Dr CRESSON-LAUNAY Ghislaine
- Dr TIENGOU Marie

ANGIOGRAPHIE ET PATHOLOGIE RETINIENNE

- Dr TIENGOU Marie

REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL

- Dr LE BAS Etienne
- Dr SAUVAGE Pierre
- Dr COLLIN Bruno

IN MEMORIAM

(Décès de novembre 2008 à juin 2009)

Dr Arlette DOUALA MOUTENG OLES, spécialiste en Gériatrie au CH de PONT-L'ÉVÊQUE depuis 2005, décédée en exercice à l'âge de 43 ans. A été inscrite dans le Val de Marne de juillet 2001 à novembre 2005 comme médecin hospitalier.

Dr Jacques LAISNEY, Médecin Généraliste à Verson de 1970 à 2008, en retraite depuis avril 2008, décédé à l'âge de 64 ans.

Dr François SARDYGA, spécialiste en Ophtalmologie à CAEN depuis octobre 1980, décédé en exercice à l'âge de 60 ans.

Dr Marie Rose-Marie, spécialiste en Neurologie au CHU de CAEN depuis Juin 1994, décédée en exercice à l'âge de 55 ans. A été inscrite à PARIS de 1984 à 1994.

Dr Janine BRUN, spécialiste en Pneumologie au CHU de CAEN de 1978 à 2004, puis retraitée, décédée à l'âge de 69 ans. A été inscrite dans le Puy de Dôme de 1967 à 1978.

Dr Jean RAOULT, médecin retraité depuis 1983, décédé à l'âge de 94 ans. A été inscrit dans la Sarthe de 1941 à 1983, à notre tableau depuis 2004.

Dr Guy HERAUD, médecin spécialiste en Cardiologie à LISIEUX de 1962 à 1988, retraité, décédé à l'âge de 85 ans.

Dr Van Hoa LY, spécialiste en Radiodiagnostic exerçant au CAC de 1973 à 2000, puis retraité, décédé à l'âge de 75 ans.

Dr Jean-François DESECHALLIERS, médecin retraité, décédé à l'âge de 86 ans. Médecin libéral dans l'ORNE de 1951 à 1958, puis médecin-conseil de la Sécurité Sociale en Seine Maritime de 1959 à 1966; inscrit dans le Calvados de 1966 à 1988 comme médecin-conseil de la Sécurité Sociale.

Dr Michel MALBETE, médecin généraliste à Trouville de janvier 1974 à 2007, puis retraité, décédé à l'âge de 65 ans.

Docteur Anne FILY, médecin Psychiatre au CH de BAYEUX de 1973 à 2004, puis retraitée, décédée à l'âge de 65 ans.

Docteur Pierre MORICE, compétent exclusif en Gynécologie Médicale à CAEN de 1974 à 1994, puis retraité, décédé à l'âge de 79 ans.

Dr Roger MOREAU, médecin généraliste à BONNEBOSQ et à LISIEUX de 1950 à 1987, puis retraité, décédé à l'âge de 86 ans.

Docteur Michel LOYER, médecin généraliste à BALLEROY de 1954 à 1989, puis retraité, décédé à l'âge de 82 ans.

Dr Jean TIRARD, cardiologue à CAEN de 1958 à 1991, puis retraité, décédé à l'âge de 81 ans.

Dr DESMASURES Michel, médecin généraliste dans l'Orne, inscrit à notre Tableau en 1986 puis retraité en 2003, décédé à l'âge de 66 ans.



Membres titulaires du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Calvados

Bureau :

Président :	Dr HURELLE Gérard
Vice-présidents :	Dr BOURDELEIX Sylvie Dr DEYSINE Jean-Paul
Secrétaire Général :	Dr DEMONTROND Jean-Bernard
Secrétaire Général Adjoint :	Dr VALENTIN Eric
Trésorière :	Dr CENDRIER-SCHAEFFERT Eliane
Trésorier Adjoint :	Dr BONTÉ Jean-Bernard

Membres :

Drs. BONNIEUX Daniel, BONTÉ Jean-Bernard, BOURDELEIX Sylvie, CAILLET Stéphane, CANTAU Guy, CENDRIER-SCHAEFFERT Eliane, DEMONTROND Jean-Bernard, DEYSINE Jean-Paul, ERNOUL DE LA PROVOTÉ Marc, GAUDIN Jacques, GUERIN Louis, HUREL-GILLIER Catherine, HURELLE Gérard, IZARD Jean-Philippe, JUSTUM Anne-Marie, LEROSIER Bertrand, LEVENEUR Antoine, MARIÉ Chantal, SALAUN-LE MOT Marie-Anne, VALENTIN Eric, WALTER Gilles.

MESSAGERIE

Afin de mieux répondre à vos besoins d'informations, le Conseil de l'Ordre met en place un service de messagerie électronique. Il importe en effet que vous soyez tenus informés directement et très rapidement de certaines situations telles qu'une pandémie grippale.

Pour bénéficier de ce service, il vous suffit de nous adresser votre adresse email à l'adresse ci-dessous en nous précisant vos nom et prénom :

calvados@14.medecin.fr

Cette page de messagerie ne sera utilisée que pour des informations professionnelles.