

LE BULLETIN

du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris

www.cdom75.fr



Edito

Des groupes de pression, tel celui qui se nomme « Droit pour Mourir dans la Dignité » lancent une campagne, dans le contexte des élections présidentielles, afin de mettre les candidats devant leur « responsabilité » pour légaliser l'euthanasie. Par ailleurs, les médias nous ont récemment montré la photographie d'un de nos confrères qui a injecté, seul, à plusieurs patients « âgés » un médicament destiné à provoquer la mort. Selon une enquête récente 90% des patients interrogés disent qu'ils veulent qu'on les « aide à mourir ». On peut se demander comment la question a été posée et de quelle aide il s'agit?

La loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) est manifestement mal connue du public mais aussi des médecins. Elle est parfois difficile à appliquer mais a le mérite d'exister et d'être claire. Le médecin ne peut donner la mort mais il se doit d'accompagner le mourant, de soulager ses douleurs : ce n'est pas « faire mourir » mais « aider à mourir ». L'article R4127-37 du CSP a été modifié et les commentaires qui s'y rapportent devraient être connus par les médecins les patients et les pouvoirs publics.

La mort est devenue un sujet tabou : qui a rédigé son testament, établi un mandat de protection future, ou même écrit des directives anticipées?

Depuis 2002, il est possible de désigner une personne de confiance qui sera consultée si le patient est hors d'état de manifester sa volonté.

Depuis 2005, il est possible de rédiger des directives anticipées permettant de faire connaître son choix sur l'éventuel arrêt des soins.

Depuis 2007, il est possible d'établir un mandat de protection future.

Les outils mis à notre disposition sont nombreux, mais peu utilisés.

L'avis de la personne de confiance prime sur celui de la famille mais, de toute façon, celle-ci doit être informée des décisions prises **collégalement** par l'équipe de soins et de leurs motivations. En aucun cas un médecin, seul, ne peut décider de l'arrêt d'un traitement.

La loi permet et même encourage de mettre en place un traitement antalgique et anxiolytique mais elle n'autorise pas l'injection de médicament entraînant directement la mort, par asphyxie comme dans le cas en question. (Article R4127-38 du CSP)

La relation médecin-patient repose sur la confiance et aucune ambiguïté ne doit s'installer sur ce que fait le médecin : il n'abandonnera pas son patient, il l'accompagnera jusqu'au bout, le soulagera sans réserve et ce qu'il injecte n'aura pas d'autre but que cela. C'est ce comportement professionnel et humain qui constitue le droit à mourir dans la dignité et non pas « pousser la seringue » pour en finir.



Dr Irène
KAHN-BENSAUDE
Présidente

2 L'utilité des contrats

3 Il vaut mieux prévenir que guérir

4 Les « mesures-phares » de la réforme des soins en psychiatrie

6 Médecins Parisiens, aidez l'AFEM en envoyant vos dons

7 Certificat versus attestation.

Dernières nouvelles du front ... de l'entraide

8 Naissance du site internet

L'utilité des contrats

Par le Docteur **Philippe AILLÈRES**, *Secrétaire Général Adjoint*

Vous êtes nombreux à nous demander quelles sont les raisons qui poussent le conseil départemental à demander, parfois avec insistance, la communication de vos contrats. Ce n'est pas pour vous occasionner des ennuis ! Bien au contraire !

D'un point de vue légal, les médecins ont l'obligation de « *communiquer tout contrat ou avenant ayant pour objet l'exercice de leur profession, dans le mois qui suit la date de signature du document* » conformément à l'article L4113-9 du code de la santé publique. Cet article a été renforcé par la loi HPST du 21 juillet 2009 puisque désormais : Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article **L. 4124-6**.

Du point de vue des règlements et de la déontologie, les articles R.4127-91, R.4127-92 (exercice libéral), R.4127-95 et suivants (exercice salarié) obligent les médecins à signer un contrat et à le soumettre à l'examen de l'ordre.

Toutes ces obligations, légales et réglementaires, sont là pour protéger votre exercice donc l'intérêt des patients et le vôtre. La mission du conseil est d'attirer votre attention, de vous aider à obtenir des contrats (même quand ce n'est pas l'usage dans un établissement) et de vous donner son avis sur les clauses qu'il contient.

Cet avis peut vous être précieux en cas de difficultés.

Que vérifie le conseil départemental de Paris ?

Nous vérifions tout d'abord que les grands principes de l'exercice médical sont prévus au contrat : indépendance et secret professionnel, confidentialité des dossiers.

De plus, le conseil départemental vérifie que les conditions de rémunération sont conformes à la déontologie médicale et notamment qu'aucune norme de productivité n'est prévue au contrat de travail (article 97 du code de déontologie) et qu'un salaire horaire minimum (et décent pour un exercice médical) est prévu surtout lorsqu'un temps de présence est obligatoire. Des pratiques de « salariat à l'acte » sont fréquentes dans certains centres de santé et sont souvent peu exemplaires en l'espèce.

Pourquoi informer le conseil départemental de tous les LME (Lieux Multiples d'Exercice) ?

L'exercice de la médecine se fait en un seul lieu. C'est la règle. Mais certains exercices peuvent, par dérogation à la règle, nécessiter d'autres lieux. Les lieux d'exercices distincts de la résidence professionnelle principale sont autorisés conformément à l'article R.4127-85 du code de la santé publique, les LME doivent être autorisés par le conseil départemental où se situe le nouveau lieu d'exercice envisagé. Toute demande doit être motivée et répondre aux exigences de l'article précité :

> Satisfaire au besoin de la population,

> Utiliser un plateau technique,

> Avoir besoin de la coordination de différents intervenants,

> Pratiquer des techniques spécifiques.

Cependant, et de manière dérogatoire, notre conseil peut donner des autorisations hors de ce cadre lorsqu'il s'agit d'un projet de transfert d'activité. En règle, nous vérifions la réalité de ce transfert au terme d'un an et régularisons alors votre situation administrative.

Les Sociétés d'exercice libéral (SEL) peuvent également être autorisées à exercer sur plusieurs sites, les autorisations sont alors examinées au regard des conditions fixées par l'article R4113-23 du CSP. Cet article déroge au R4127-85. Les conditions citées plus haut doivent être réunies de manière cumulative, cinq sites au maximum peuvent être autorisés dans des départements contigus - pour Paris en Ile de France.

Enfin, vous trouverez ci-après le tableau synthétique de l'activité du service des contrats, dont je vous laisse apprécier les évolutions en nombre et les tendances.

Tous les médecins sont ou seront concernés dans leur vie professionnelle à la négociation de leurs conditions d'exercice, qu'elles soient salariées ou libérales, sur un ou plusieurs lieux d'exercice. Votre conseil est à votre disposition pour vous aider à protéger vos intérêts et à respecter la déontologie, n'hésitez pas à le contacter.

Statistiques des contrats

	2008	2009	2010
Contrats salariés	549	1111	1369
Contrats libéraux	687	559	498
Sociétés inscrites	44	32	39
Lieux multiples d'exercice	62	70	142

« Il vaut mieux prévenir que guérir »

Par le Docteur **Jean-Luc THOMAS**, Secrétaire Général

Leitmotiv combien de fois entendu au cours de notre exercice médical quotidien !

Et pourtant, bon nombre de situations dramatiques de médecins libéraux sont chaque année prises en charge au niveau des commissions d'Entraide départementale et nationale. Bien souvent, par manque de temps pour étudier au mieux un contrat de prévoyance ou sa réactualisation à sa date anniversaire, ou par cette toujours fausse impression du « cela n'arrive qu'aux autres ! » ou tout simplement par la volonté de faire des « économies ». Un médecin en exercice libéral peut au décours d'un accident ou d'une maladie entraînant un arrêt de travail prolongé se voir tomber dans un abîme financier. Il est en effet toujours important de rappeler que les indemnités journalières de la CARMF n'interviendront qu'après 90 jours d'arrêt maladie et que celles-ci ne seront versées qu'après 120 jours ! Alors que bien sûr le médecin en activité

libérale devra continuer à payer ses charges personnelles et professionnelles.

En Juin 2008, la Commission Nationale Permanente (CNP) du Conseil National de l'Ordre des Médecins publiait un rapport sur les faiblesses de bon nombre de contrats de prévoyance proposés aux médecins :

Il en ressortait :

- Que les médecins puissent prétendre à des indemnités journalières (IJ) pour toutes les pathologies sans exclusion même psychiatrique,
- Que le médecin puisse bénéficier de ses IJ à 50% même en cas de reprise partielle de son activité et sans qu'il ait eu une ITT de 3 à 6 mois.
- Qu'une rente d'invalidité respecte les seuls critères professionnels pour son évaluation. Par ailleurs, cette rente devrait être totale dès 66% d'invalidité professionnelle et non diminuée à

2/3. De plus, en cas d'exercice professionnel partiel autre que médical, la rente se devait d'être totale. Enfin, toute rente devait être à 100% au moins jusqu'à 65 ans.

En septembre 2009, nous avons, avec notre Présidente Irène Kahn-Bensaude et les Présidents et Trésorier du Conseil Départemental du Val-de-Marne, rencontré une vingtaine d'assureurs et leur avons proposé de retravailler leur contrat de prévoyance d'après ces recommandations afin d'essayer de satisfaire ces dernières.

Suite à cette réunion, le Groupe Pasteur Mutualité et Groupama ont modifié en partie leurs contrats destinés aux médecins. Nous vous présentons donc un tableau récapitulatif, pour l'ensemble des compagnies consultées, les garanties proposées aux médecins. Vous retrouverez sur notre site www.cdom75.fr ce tableau que nous modifierons si besoin.

	MACSF P16	LA MUTUELLE DU MEDECIN	GROUPE PASTEUR MUTUALITE	GROUPAMA	LUNIM
Indemnités Journalières (sans exclusion, même psychiatrique)	Etats psychopathologiques : - 100% les 3 premiers mois puis - 50% les 3 mois suivants - 25% les 21 mois suivants soit 27 mois de prise en charge	Non (uniquement si hospitalisation supérieure à 30 jours pour troubles psychiatriques)	Franchise de 30 jours pour les psychopathologies	Oui	Limitées à 1 an pour affections psychiatriques
Indemnités Journalières (à 50% même si reprise partielle)	Limitées à 6 mois pour un mi-temps thérapeutique	Non (dérogation possible pour radiothérapie et chimiothérapie)	Limitées à 6 mois après 45 jours d'arrêt minimum	Limitées à 6 mois après l'inscription	Non
Le taux de la rente d'invalidité doit respecter les seuls critères professionnels	Oui	Non (possibilité de prendre un capital sur ce critère)	Non pour la Formule 3 Oui pour la Formule 4	Non (majoration du taux d'invalidité fonctionnelle pour l'invalidité professionnelle)	Non (combinaison du taux fonctionnel et professionnel)
La rente doit être totale dès 66% d'invalidité professionnelle	Oui (si agé de moins de 55 ans ou si aucune profession ne peut être exercée)	Oui	Oui	Oui	Oui
33% d'invalidité : rente à 50%	Non	Oui	Oui	Non	Non
De 33 à 66% : Formule N/66	Non	Non	Oui	Non	Non
Rente d'invalidité compatible avec un exercice professionnel partiel	Oui (rente diminuée jusqu'à 30% en fonction du revenu d'activité)	Oui	Oui (rente diminuée des revenus perçus dans la limite de 33%)	Oui (versement d'une allocation pour reconversion professionnelle)	Non
Rente à 100% jusqu'à 65 ans	Oui si non retraité CARMF (pas de rente pour psychopathologie)	Oui (si invalidité survenue avant 60 ans)	Oui (si non retraité CARMF) prolongée à 67 ans	Oui (si non retraité CARMF)	Oui (si non retraité CARMF)

Les « mesures-phares » de la reform

Par Maître **Danièle GANEM-CHABENET**, *Avocat à la cour*

Entrée en vigueur le 1er août 2011, la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge procède à une réforme de la loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Deux décrets n° 2011-847 et n° 2011-898 du 18 juillet 2011 complètent le dispositif.

Si les soins libres restent la règle et si sont maintenues les deux procédures de contrainte (à la demande d'un tiers ou sur décision du Préfet) ainsi que les mesures d'urgence, la nouvelle loi prévoit des modifications majeures.

1. Contrôle systématique du Juge des libertés et de la détention (JLD)

Tenant compte de la décision n° 2010-71 du 26 novembre 2010 du Conseil Constitutionnel qui avait jugé qu'une hospitalisation sans consentement ne pouvait être maintenue au delà de quinze jours sans intervention judiciaire, le Législateur a placé les soins en psychiatrie sans consentement sous le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD).

Celui-ci doit intervenir obligatoirement **avant le 15^{ème} jour puis avant le 6^{ème} mois**, puis tous les 6 mois si le malade est toujours hospitalisé en cas d'hospitalisation complète.

• **La saisine du JLD** : Le JLD est saisi par le directeur de l'établissement d'accueil (en cas de soins psychiatriques à la demande d'un tiers) ou par le Préfet (en cas de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat) au plus tard le 12^{ème} jour et au moins 8 jours avant l'expiration du délai de 6 mois.

La saisine doit être accompagnée **d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil, dont un seul participe à la prise en charge du patient**. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète (Nota : pour les patients visés au 4 ci-après, des règles particulières existent).

Outre cette intervention judiciaire obligatoire, le JLD peut être saisi ou se saisir d'office à tout moment.

• **L'audience** : Le patient est entendu et peut être assisté de son avocat ou représenté par celui-ci. Toutefois, **si le patient ne peut être auditionné** (au vu d'un avis médical précisant les motifs médicaux faisant obstacle, dans son

intérêt à son audition), **il doit être représenté par un avocat** choisi par lui ou à défaut, par un avocat commis d'office.

En principe, l'audience a lieu dans la salle d'audience au siège du tribunal. Toutefois, le JLD peut décider que l'audience se déroule dans **une salle d'audience spécialement aménagée dans l'établissement d'accueil avec visioconférence** (en cas d'avis médical attestant que l'état mental du patient ne fait pas obstacle à ce procédé et d'absence d'opposition du patient).

• **La décision et les voies de recours** : Le JLD peut :

- soit **ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète** et décider que celle-ci ne prendra effet qu'à l'issue d'un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi ;
- soit **valider la mesure d'hospitalisation complète**.

Cette décision peut faire l'objet d'un appel devant le premier Président de la Cour d'appel dans un délai de dix jours à compter de sa notification. Cet appel n'est pas suspensif, sauf exception.

2. Instauration d'une période d'observation et création d'alternatives à l'hospitalisation complète

La nouvelle loi permet la prise en charge de patients nécessitant de soins en psychiatrie, sans leur consentement, autrement qu'en hospitalisation à temps plein (d'où la notion de « soins sans consentement » qui se substitue à celle « d'hospitalisation »). Corrélativement, elle met fin aux sorties d'essai.

Toutefois, préalablement au choix quant à la modalité de prise en charge du patient, une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète doit systématiquement être mise en place.

• **La période d'observation** : Celle-ci se déroule en deux temps : dans les 24 heures, puis dans les 72 heures suivant l'admission du patient (ou à compter du début de sa prise en charge dans un service d'urgence).

- **La période des 24h** : Dans les 24 heures suivant son admission, le patient doit faire l'objet :

- D'un **examen somatique complet** par un médecin (psychiatre ou non) appartenant ou non à l'établissement d'accueil. Cet examen ne donne pas lieu à un certificat médical exigé par la loi.

- D'un **certificat médical** constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

- **La période des 72h** : Dans les 72 heures suivant l'admission du patient, un **nouveau certificat médical** doit être établi dans les mêmes conditions que celles prévues pour la période des 24 heures. Il est à noter que le psychiatre qui établit ce deuxième certificat médical peut être celui qui est l'auteur du premier certificat, sauf si l'admission du patient en soins psychiatriques est prononcée par le directeur de l'établissement en cas de péril imminent ou en cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade

• **Les différentes formes de la prise en charge** : il peut s'agir d'une **hospitalisation complète**, soit d'une autre forme de prise en charge incluant des **soins ambulatoires**, pouvant comporter des **soins à domicile**, et, le cas échéant, des **séjours effectués dans un établissement** (hospitalisation à temps partiel,...). Dans ce dernier cas, un programme de soins doit être établi et peut être modifié à tout moment pour l'adapter à l'état de santé du patient.

• **Le programme de soins** : Le programme de soins initial ou modifié est établi **par un**

des soins en psychiatrie

psychiatre de l'établissement d'accueil participant à la prise en charge du patient.

Il contient notamment l'identité du psychiatre et du patient, son lieu de résidence habituelle, **les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, l'existence d'un traitement médicamenteux.**

En revanche, il n'indique pas la nature et les manifestations des troubles mentaux que présente le patient, les observations cliniques, la mention ou les résultats d'examen complémentaires, et en cas de traitement médicaux, la nature, le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

Préalablement à la définition et, le cas échéant, à la modification du programme de soins, un **entretien individuel** doit avoir lieu avec le patient afin notamment de recueillir son avis. Mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.

3. Soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Il existe désormais non plus deux, mais trois modes d'admissions en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement. A été ajoutée à l'admission sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, l'admission en cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade :

1. Sur demande d'un tiers (cas général)	Demande d'un tiers + 2 certificats médicaux datant de moins de 15 jours de deux médecins (psychiatres ou non) dont l'un n'exerce pas dans l'établissement d'accueil
2. En cas de péril imminent	1 certificat médical établi par un médecin (psychiatre ou non) n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.
3. En cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	Demande d'un tiers + 1 certificat médical établi par un médecin (psychiatre ou non) exerçant dans l'établissement d'accueil

Les tiers habilités à demander une admission en soins psychiatriques sont les suivants : membre de la famille du patient, personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, tuteur ou curateur du patient majeur protégé. En revanche, sont expressément exclus les personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge le patient

4. Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Si les conditions de l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat sont calquées sur celles qui existaient jusqu'alors, en revanche, des dispositions spécifiques ont été adoptées dans le cadre de la réforme.

Il existe en effet des dispositions spécifiques pour les patients séjournant ou ayant séjourné durant un an ou plus, moins de 10 ans auparavant, dans un UMD ou étant hospitalisés à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale ou ayant fait l'objet d'une telle mesure ayant pris fin depuis moins de 10 ans. Pour ces patients, l'avis d'un collège de professionnels comprenant deux psychiatres, dont un seul participe à la prise en charge du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient est exigé pour toute décision de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ou de mainlevée de toutes mesures de soins psychiatriques (dans ce dernier cas, il

faut également deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres).

En outre en cas de désaccord entre le Préfet et le psychiatre (en cas de proposition par ce dernier de modification de l'hospitalisation complète en une autre forme ou de mainlevée de toute mesure de soins), il est prévu le recours à d'autres avis avec éventuelle saisine du JLD qui tranchera.

5. Rappel des droits du patient

La loi rappelle que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Parmi les mesures visant au renforcement des droits des patients, on citera notamment :

- Le droit à son information sur sa situation juridique, sur ses droits, sur les voies de recours qui lui sont ouvertes et sur les garanties offertes par le contrôle de plein droit du JLD ;
- L'obligation du recueil de ses observations avant toutes décisions le concernant ;
- Lors des sorties de courte durée, l'accompagnement du patient par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, par un membre de sa famille ou, le cas échéant, par la personne de confiance qu'il a désignée ;
- L'exigence de l'avis d'un collège de professionnels notamment pour les mesures de plus d'un an ;

- Le renforcement des missions de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP - antérieurement Commission Départementale de l'Hospitalisation Psychiatrique).

Médecins Parisiens, aidez l'AFEM en envoyant vos dons

L'AFEM (Aide aux Familles et Entraide Médicale) vient en aide aux familles de médecins confrontées à un décès ou une maladie invalidante. Leurs sollicitations sont de plus en plus nombreuses.

Grâce aux dons des médecins convaincus de la nécessaire solidarité médicale, l'AFEM soutient financièrement les enfants dans le désarroi moral et financier et ce jusqu'à la fin de leurs études.

Vous pouvez répondre à cet appel :

> Par chèque (adressé uniquement à l'AFEM, 168 Rue de Grenelle - 75007 PARIS)

**> Ou paiement en ligne sécurisé (www.afem.net).
Remise des bourses à l'Académie de Médecine.**

Votre don sera déductible de vos impôts (66%) dans la limite de 20% du revenu imposable. Un reçu fiscal vous sera adressé.



Certificat versus attestation

Par le Docteur **Irène KAHN-BENSAUDE**, *Présidente*
et Maître **Danièle GANEM-CHABENET**, *Avocat à la cour*

CERTIFICAT

Acte médico-légal,

Rédiger à la date du jour,
Sur papier à entête,
Après examen clinique de son patient,
Uniquement ce qui est constaté médicalement,

Ne pas faire état d'une situation rapportée par le patient dont on n'a pas été le témoin direct (difficultés conjugales, difficultés au travail,...), ni la relier à l'état du patient.

Ne pas mettre en cause un tiers,
Remettre en mains propres au patient.

ATTESTATION

Acte citoyen,

Etablie en tant que
« Monsieur ou Madame »,
N'est pas rédigée en tant que
« Docteur »,
Sur papier libre (feuille blanche),
Ne concerne pas le « patient » mais quelqu'un pour qui on veut témoigner (famille, proche, ami...),

Ne porte pas sur des faits dont on a eu connaissance dans l'exercice de sa profession.
Ne pas faire un diagnostic, une interprétation médicale, utiliser des termes médicaux,

Signé en tant que « Monsieur et Madame Dupont ».

Article R4127-28 : La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Article R4127-51 : Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

Dernières nouvelles du front ... de l'entraide

Cette année 2011 a été pour certains d'entre nous une année difficile, tant sur le plan moral que financier .

La Commission d'Entraide s'est penchée sur quarante et un cas. Les médecins ou familles de médecins qui ont fait appel à nous ont parfois demandé une aide financière, mais, dans la majorité des cas, des conseils, un soutien, voire une aide à l'orientation ou à la reconversion.

Treize de ces médecins ont été aidés financièrement par le CDOM 75, pour un montant total de 17 760 euros, et le CNOM, sollicité par notre Commission, a versé également 19 000 euros.

Le CDOM 75 finance également deux bourses auprès de l'AFEM, qui prend en charge les études des enfants de médecins décédés.

Nous avons pu noter une évolution des demandes des médecins, qui s'adressent plus facilement à l'entraide.

Les raisons qui amènent à ces demandes sont très souvent des problèmes familiaux (divorces, deuils...), ou des problèmes de santé, avec au premier plan les troubles psychiatriques (burnout, troubles anxio-dépressifs, autres pathologies...). Ceci me permet de souligner l'importance pour tout médecin de souscrire à une complémentaire et à une assurance perte d'exploitation...

Les conseillers participant à la Commission d'Entraide, très motivés et dynamiques, ont également pu se rendre au domicile de médecins

qui ne pouvaient pas se déplacer.

Toute demande est, bien entendu, examinée avec la plus grande attention, dans un esprit de confraternité, et avec un respect absolu de la confidentialité.

Je voudrais insister sur l'aide que chacun d'entre vous peut également apporter à un confrère en souffrance, en lui proposant de nous joindre directement, voire en nous contactant à son sujet.

J'espère que la nouvelle année verra une amélioration du moral et des conditions de travail des médecins parisiens, et sachez que nous sommes là pour vous, et à vos côtés.

Docteur REGENSBERG DE-ANDREIS

Carnet du jour
NAISSANCE

www.cdom75.fr

*Les Membres du Conseil ont la joie de vous annoncer
la REFONTE DU NOUVEAU SITE WEB DU CONSEIL DE L'ORDRE.*

*Notre site revient avec un design moderne, contemporain, doté d'une meilleure
ergonomie pour une navigation facile et rapide.
Riche en fonctionnalités, plus performant, vous y trouverez :*

***Un moteur de recherche simple,
Des propositions d'annonces dans tout le territoire, à tous moment,
Des contrats générés automatiquement en ligne,
Une formation en ligne via des vidéos, etc.***

**Vous souhaitant une
bonne oxygénation.**

Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins de Paris

105, boulevard Pereire - 75017 PARIS (métro : Pereire)

Tél. 01 44 43 47 00 - Fax 01 47 20 57 40

www.cdom75.fr

E-mail : paris@75.medecin.fr

Votre Conseil est ouvert de 9h00 à 17h00 (16h30, le vendredi)

Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris
Directeur de la Publication : Dr Irène KAHN-BENSAUDE - Rédacteur en Chef : Pr Roland PARC - Comité de Rédaction : Dr Jean-Luc THOMAS
Membres de la Commission : Dr KAHN-BENSAUDE, Pr PARC, Dr BOILLLOT, Dr CACOUB-OBADIA, Dr ESNAULT, Dr GAUTIER, Dr LAMY,
Pr LIENHART, Dr OLIVERES-GHOUTI, Dr ROTNEMER, Dr THOMAS
Réalisation et impression : Concordances, Parc d'activités « Les Aulnaies » 575 rue de la Bergeresse 45160 OLIVET