



L'Ordre des Médecins du Nord

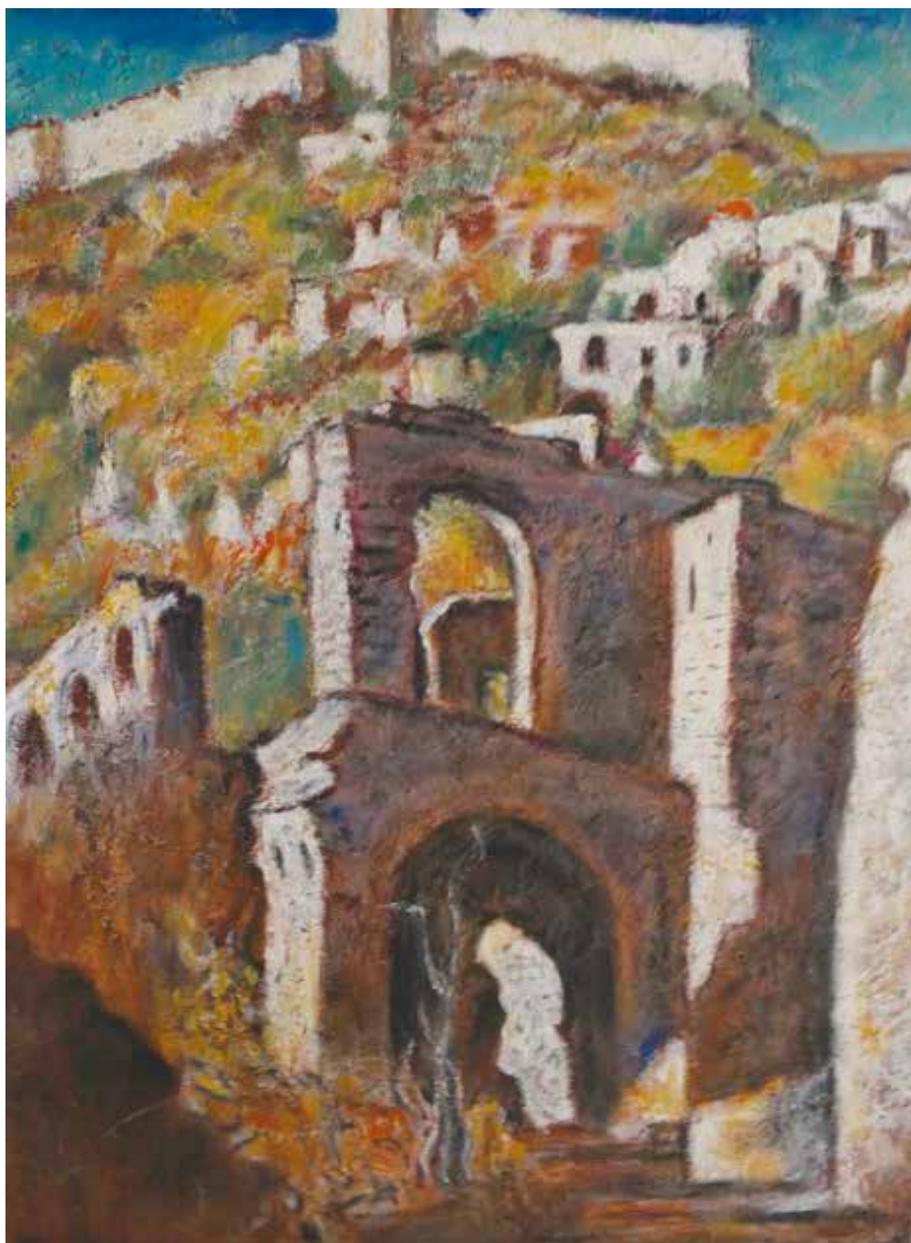
Bulletin
du Conseil
Départemental du Nord
de l'Ordre des Médecins

**Certificat
médical
et pratique
sportive**
pages 4 à 6

Antibio résistance
page 10

**Relation
Médecins-Industrie**
pages 12 à 14

RGPD
page 20



“Les ruines de Mitras”
Docteur Robert-Henri CLAISSE



Président d'honneur
Dr DUCLOUX Michel

Président
Dr RAULT Jean-François

Secrétaire Général
Dr DECANTER Bernard

Secrétaire Général Adjoint
Dr ROUSSEL Franck

Trésorier
Dr BRASSART Luc

Trésorière Adjointe
Dr MOORE Solange

Vice-présidents
Dr BESSON Rémi
Dr LEFEBVRE-IVAN Martine
Dr PLATEL Jean-Philippe
Dr VERRIEST Olivier
Dr VOGEL Marc

Conseillers
Dr BALOIS Maxime
Dr BASSERY-BOULIC Françoise
Dr BERL Olivier
Dr DEGRAVE Frédéric
Dr DELAGRANDE Rudy
Dr FLORENT-BRUANDET Caroline
Dr GHEYSENS Pascal
Dr GILSKI Jocelyne
Dr LEROUX Patrick
Dr ROGEAUX Yves
Dr WARTEL Philippe

Conseil
Départemental
de l'Ordre du Nord
des
Médecins

2, rue de la Collégiale
59043 Lille Cedex
Tél. : 03 20 31 10 23
Fax : 03 20 15 04 77
Mail : nord@59.medecin.fr
www.ordre-medecin-nord.com

facebook

twitter

Sommaire

Edito du Président	page 3
Certificat médical et pratique sportive	pages 4 à 6
La visite de pré-reprise	page 7
Les poursuites devant la chambre disciplinaire	pages 8 à 9
L'antibio résistance	page 10
Droits des médecins retraités	page 11
Relation Medecins-Industrie	pages 12 à 14
PDSA	page 15
L'entraide évoluée	page 16
Le mot du trésorier	page 17
Elections Ordinales	page 18
Portrait d'un infatigable médecin de famille	page 19
RGPD	page 20
Annonces, infos pratiques	page 21
Inscriptions	pages 22 à 24
Qualifications	pages 25 à 25
Médecins décédés	page 27



Docteur
Jean-François
RAULT
Président

Edito

Chère Consœur, Cher Confrère, Cher Ami,

L'été s'installant, de nombreux sujets de préoccupation médicale s'accroissent.

- > Les problèmes d'agression ou incivilité envers les médecins augmentent. Notre département est dans le peloton de tête mais il faut remettre les choses à leur place, nous sommes le département le plus peuplé de France (2,5 Millions d'habitants) avec un nombre de médecins inscrits en conséquence (12 000). Nous demandons, lorsque nous sommes avertis, de nous adresser des fiches d'incidents et notre cellule d'écoute peut plus facilement intervenir et exercer un suivi s'il y a demande du médecin agressé, voire l'orienter vers des professionnels de santé à leur écoute. Nous nous portons systématiquement partie civile s'il y a eu agression physique violente.
- > Le problème de l'évolution de la profession dans toutes les spécialités :
 - **La e-médecine** s'insinue sous forme de téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance... Nos confrères radiologues, ophtalmologues, dermatologues, urgentistes, neurologues entre-autre y sont souvent confrontés. Les téléexpertises peuvent être délocalisées (en Inde, en Arabie Saoudite...) ce qui nécessite une attitude attentive des contrats. Les mutuelles type AXA, Qare... qui proposent des téléconsultations gratuites entrent dans ces problématiques. Nous devons suivre ces évolutions et rester vigilants sur leur application pour la protection des patients de sorte que la responsabilité du médecin ne soit pas engagée plus qu'actuellement.
 - Egalement la réflexion sur l'**évolution des pratiques** de nombreuses spécialités qui ne doit pas l'être au détriment de notre déontologie, prenons 2 exemples :
 - La visite du généraliste devient pour un certain nombre obsolète voire inexistante. Même si on connaît les difficultés démographiques et le surcroît d'activité, une bonne régulation de ces appels permet de limiter la visite au nombre nécessaire et indispensable, la population ne comprendrait pas que certaines situations n'amènent pas une visite. La considération sur la profession risque d'en pâtir.
 - Les urgentistes hospitaliers sont complètement débordés par une population « smartphone » qui veut l'information et la résolution de son problème immédiatement. Il y a là aussi lieu à faire une information auprès des usagers de santé qui parfois abusent des services publics pas toujours de façon justifiée.
- > Enfin dernier problème que je voulais évoquer, **les départs à la retraite** du « Papy Doctor Boom ». De plus en plus de nos confrères partent à la retraite sans utiliser le cumul emploi retraite. Le fait de continuer n'apporte pas, pour les libéraux, de points supplémentaires de retraite. S'ils sont dans cette situation, il faut le plus souvent avoir encore une forte activité pour régler les charges inhérentes (URSSAF...), il faudra peut-être revoir l'imposition et les charges de ces médecins si l'on veut conserver un pool de professionnels tant que la relève n'est pas là.

Pour terminer et revenir sur la e-medecine je pense que l'évolution technologique de notre profession est un bien dans l'aide diagnostique, la surveillance et la prévention mais on n'enlèvera jamais la relation humaine, l'empathie, l'écoute réclamés par tout soigné à un soignant, cela aucune technologie ne pourra le remplacer.

Recevez mon confraternel et amical souvenir.

Docteur Jean-François RAULT
Président
Conseiller National



Maître
Julie

PATERNOSTER

Avocate au Barreau de Lille
Conseiller juridique du CDOM

CERTIFICAT MÉDICAL ET PRATIQUE SPORTIVE

Bon nombre de médecins sont confrontés à des demandes incessantes de certificats médicaux dans la vie quotidienne.

Pour mémoire, un certificat médical n'est obligatoire que si un texte l'exige (constat d'un décès, d'une maladie contagieuse...) ou si une raison médicale le justifie (constat d'un handicap, de lésions ou d'un traumatisme suite à un accident, inscription à une activité ou à une compétition sportive ...)

1° En matière de pratique sportive à l'école, quand faut-il rédiger un certificat médical ?

Article D312-1 et suivants et R312-1 et suivants du Code de l'Éducation : uniquement en cas d'inaptitude totale ou partielle à la pratique sportive.

LA RÈGLE

À l'école, l'EPS se pratique sans certificat médical. L'inscription à une association sportive dans le cadre de l'école suit le même régime : pas de certificat médical.

Seule une inaptitude au sport doit être constatée par un certificat médical si l'élève souhaite être dispensé de sport, après examen clinique bien entendu.

C'est le médecin traitant qui dresse le certificat ou le médecin de santé scolaire. Doit être indiqué le caractère total ou partiel de l'inaptitude, ainsi que sa durée, qui ne peut excéder l'année scolaire en cours.

Comme tout certificat médical, un tel certificat ne peut avoir d'effet rétroactif.

En cas d'inaptitude partielle, le médecin traitant – ou de santé scolaire – doit mentionner – dans le respect du secret médical – toutes indications utiles permettant d'adapter la pratique de l'éducation physique et sportive aux possibilités de l'élève.

Ex. proposé par l'arrêté du 13 septembre 1989
*Je soussigné, docteur en médecine :
lieu d'exercice :certifie avoir, en
application du décret n° 88-977 du 11
octobre 1988, examiné l'élève (nom, prénom)
..... né(e) le et constaté, ce jour,
que son état de santé entraîne :
- une inaptitude partielle, totale (2),
du au (3).*

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture...);
- à des types d'effort (musculaire, cardiovasculaire, respiratoire...);
- à la capacité à l'effort (intensité, durée...);
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...), etc.

.....
Date, signature et cachet du médecin

Lorsque la durée de l'inaptitude excède trois mois, le médecin scolaire est rendu destinataire du certificat médical du médecin traitant afin de suivre l'évolution de l'élève en accord avec la famille et le médecin traitant.

Il est également possible que vous soyez sollicité par l'enseignant lui-même pour un élève pour lequel vous êtes médecin traitant lorsqu'il estime nécessaire d'avoir votre avis.

L'EXCEPTION

Pour les sports à risque:

- Alpinisme
- Plongée subaquatique
- Spéléologie
- Sports, pratiqués en compétition, pour lesquels le combat peut prendre fin par K-O (*boxe anglaise, kick boxing, savate, ...*)
- Sports comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé (tir, ball-trap, biathlon)
- Sports, pratiqués en compétition, comportant l'utilisation de véhicules, à l'exception du modélisme automobile radioguidé (sport-auto, karting et motocyclisme)
- Sports aéronautiques pratiqués en compétition, à l'exception de l'aéromodélisme (voltige aérienne, vol à voile, vol libre, ...)
- Parachutisme
- Rugby à XV, Rugby à XIII et Rugby à VII

En effet, pour ces sports, même dans le cadre d'une inscription à une fédération sportive scolaire, l'élève devra présenter un certificat médical datant de moins d'un an et attestant de la non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée.

2° En matière d'inscription aux licences sportives, le Code du Sport prévoit les règles suivantes :

L'inscription à une licence d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an, permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée.

Lorsque la licence sollicitée permet la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive, le certificat médical atteste l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés **en compétition**.

Le certificat médical doit alors dater de moins d'un an au moment de l'inscription.

La licence est renouvelée chaque année, ceci étant, aucun certificat n'est alors exigé systématiquement pour la seconde et la troisième année.

Seul un questionnaire de santé doit alors être rempli par le candidat. Dans le cas où il répond « oui » à une seule des questions posées, il doit alors l'indiquer à la fédération et fournir un nouveau certificat médical de non contre-indication au sport concerné, en compétition le cas échéant.

Il est donc possible que vous soyez à nouveau sollicité dans ce cas, avant la fin des trois années.

En matière de participation à une compétition sportive, la présentation d'une licence dans la même discipline et/ou sport suffit – aucun besoin d'un certificat médical supplémentaire. En l'absence de licence dans la même activité, un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la discipline concernée en compétition et datant de moins d'un an est obligatoire.

L'EXAMEN CLINIQUE que vous devrez pratiquer a pour objectif de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave, favorisé par la pratique du sport ou de la discipline concernée. Il est valable au jour de la rédaction du certificat, même si celui-ci est valable un an.

ATTENTION : CERTAINES DISCIPLINES OU SPORTS SONT SOUMIS À UN REGIME SPECIAL

Article L 231-2 -3 du Code du Sport

Pour les disciplines qui présentent des contraintes particulières, la délivrance ou le renouvellement de la licence ainsi que la participation à des compétitions sont soumis à la production d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée comme les autres MAIS avec réalisation d'un examen médical spécifique.

Les disciplines sont les mêmes que celles reprises ci-dessus en matière scolaire, soit :

- L'alpinisme ;
- La plongée subaquatique ;
- La spéléologie ;
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience ;
- Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ;
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé ;
- Les disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition à l'exception de l'aéromodélisme ;
- Le parachutisme ;
- Le rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII.

Pour ces disciplines, l'examen médical doit être approfondi. L'article A231-1 du Code du Sport prévoit depuis le 24 juillet 2017 les dispositions suivantes :

La production du certificat médical pour les disciplines énumérées ci-dessus est subordonnée à la réalisation d'un examen médical effectué, par tout docteur en médecine ayant, le cas échéant, des compétences spécifiques, selon les recommandations de la Société française de médecine de l'exercice et du sport.

Cet examen médical présente les caractéristiques suivantes :

1° Pour la pratique de l'alpinisme au-dessus de 2 500 mètres d'altitude :

- une attention particulière est portée sur l'examen cardio-vasculaire ;
- la présence d'antécédents ou de facteurs de risques de pathologie liées à l'hypoxie d'altitude justifie la réalisation d'une consultation spécialisée ou de médecine de montagne ;

2° Pour la pratique de la plongée subaquatique, une attention particulière est portée sur l'examen ORL (tympans, équilibration/ perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive) et l'examen dentaire ;

3° Pour la pratique de la spéléologie, une attention particulière est portée sur l'examen de l'appareil cardio-respiratoire et pour la pratique de la plongée souterraine, sur l'examen ORL (tympans, équilibration/perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive) et l'examen dentaire ;

4° Pour les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté, l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience, une attention particulière est portée sur :

- l'examen neurologique et de la santé mentale ;
- l'examen ophtalmologique : acuité visuelle, champ visuel, tonus oculaire et fond d'œil (la mesure du tonus oculaire et le fond d'œil ne sont pas exigés pour le sambo combat, le grappling fight et le karaté contact) ;

Dans le cadre de la pratique de la boxe anglaise, la réalisation d'une remnographie des artères cervico-céphaliques et d'une épreuve d'effort sans mesure des échanges gazeux est également exigée tous les trois ans pour les boxeurs professionnels et les boxeurs amateurs après quarante ans ;

5° Pour les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé, une attention particulière est portée sur :

- l'examen neurologique et de la santé mentale ;
- l'acuité auditive et l'examen du membre supérieur dominant pour le biathlon ;
- l'examen du rachis chez les mineurs pour les tireurs debout dans la discipline du tir ;

6° Pour les disciplines sportives, pratiquées en

compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur, une attention particulière est portée sur :

- l'examen neurologique et de la santé mentale ;
- l'examen ophtalmologique (acuité visuelle, champ visuel, vision des couleurs) ;

7° Pour les disciplines sportives comportant l'utilisation d'un aéronef, une attention particulière est portée sur :

- l'examen neurologique et de la santé mentale ;
- l'examen ophtalmologique (acuité visuelle, vision des couleurs) ;
- l'examen ORL (tympans, équilibration/ perméabilité tubaire, acuité auditive, évaluation vestibulaire) ;
- l'examen de l'épaule pour les pratiquants du vol libre et du parachutisme ;
- l'examen du rachis pour les pilotes de planeur léger ultra-motorisé de classe 1 ;

8° Pour la pratique du rugby à XV et à VII :

a) En compétition ou hors compétition, il est complété par la réalisation d'un électrocardiogramme de repos à la première délivrance de licence à partir de 12 ans puis, tous les 3 ans jusqu'à 20 ans, puis tous les 5 ans jusqu'à 35 ans ;

b) A partir de 40 ans, en compétition, il est complété par la réalisation :

- d'un bilan cardiologique comprenant un électrocardiogramme, une échocardiographie et une épreuve d'effort ainsi que d'un bilan biologique glucido-lipidique à 40 ans, 43 ans, 45 ans, 47 ans et 49 ans puis une fois par an après 50 ans ;

- d'une remnographie cervicale tous les 2 ans pour les joueurs de première ligne entre 40 et 44 ans et, à partir de 45 ans, tous les ans pour les joueurs de première ligne et tous les 2 ans pour les joueurs des autres postes ;

c) A partir de 40 ans, hors compétition, il est complété par :

- la réalisation tous les 5 ans d'un bilan cardiologique comprenant un électrocardiogramme et une épreuve d'effort ainsi que d'un bilan biologique glucido-lipidique ;

- la réalisation d'une remnographie cervicale ou lombaire tous les ans pour les joueurs de première ligne présentant des antécédents de pathologie cervicale ou lombaire ;

9° Pour la pratique du rugby à XIII, une attention particulière est portée sur l'examen orthopédique de l'appareil locomoteur.

Il convient peut être dans ces cas particuliers d'adresser votre patient au spécialiste approprié.

Enfin, il ne faut pas oublier que certaines assurances peuvent subordonner leur garantie à la production de certificats médicaux. Même si ceux-ci ne sont pas obligatoires, légalement parlant, votre patient risque de ne pas bénéficier de l'assurance si vous ne lui délivrez pas le certificat...

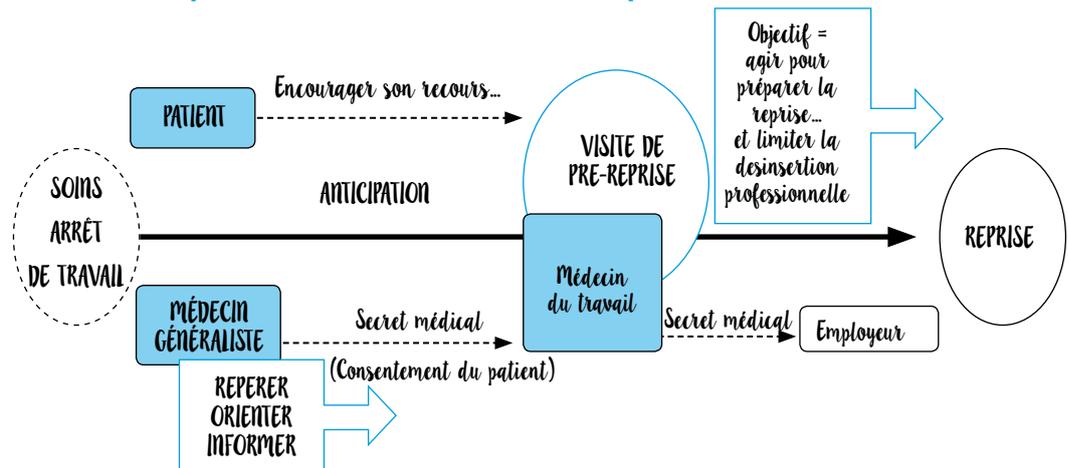


**Docteur
Olivier
VERRIEST**

Vice-Président

LA VISITE DE PRÉ-REPRISE : Médecins généralistes tous concernés ! Pourquoi, comment ?

Parfois mal connue, pourtant très utile, la visite de pré-reprise mérite des précisions sur ce qu'elle peut apporter au patient et sa mise en œuvre. Elle est réalisée par le médecin du travail, pendant l'arrêt de travail du salarié, à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil ou du salarié lui-même. Le médecin du travail ne délivre pas d'avis d'aptitude lors de cette visite qui est distincte de la visite de reprise.



Quelle utilité ?

- **ANTICIPER la reprise** donc la recherche de solutions adaptées
- Essentielle pour **favoriser le maintien en emploi**.

Quand ? pour qui et par qui ?

Selon l'article R. 4624-29 du Code du travail, la visite de pré-reprise ne concerne QUE les travailleurs en arrêt de travail depuis plus de 3 mois. Elle est réalisée par le médecin du travail, à l'initiative du travailleur, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale, et a lieu durant l'arrêt de travail.

En quoi le médecin généraliste est-il un acteur central ?

- **REPERAGE** précoce des situations à risque de désinsertion professionnelle grâce à sa position privilégiée (étant souvent consulté en premier)
- **ORIENTATION** et **INFORMATION** auprès de la médecine du travail : trop souvent, le médecin du travail ignore que le salarié est en arrêt de travail et ne peut donc l'aider... et le salarié lui-même ignore qu'il peut consulter sans frais son médecin du travail à sa demande (en visite de pré-reprise si c'est pendant un arrêt de travail ; ou à tout autre moment !)

Quid du secret médical ?

- **Entre médecin généraliste et médecin du travail** : consentement du patient impératif. L'identité du médecin du travail figure sur l'avis d'aptitude ou l'attestation de suivi remise au salarié ; et est connue de l'employeur.
- **Entre médecin du travail et employeur** : secret médical absolu et indépendance professionnelle !

Outil pratique :

Une fiche facilitant les échanges entre médecin généraliste et médecin du travail dans le respect des règles déontologiques : [CF LIEN](#).

Elle reprend des informations telles que :

- De la part du médecin généraliste : limitations fonctionnelles dues à la pathologie, terme prévisible de l'arrêt.
- De la part du médecin du travail : perspectives de reprise, adaptations du poste de travail etc.

¹Landes-Figazol C. La visite de pré-reprise : étude qualitative des représentations et des attentes des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Lille ; 2017.

Article rédigé à partir
du travail de thèse de
Mme Caroline FIGAROL,
médecin du travail sous
la direction de Mme Le
Professeur Sophie
QUINTON-FANTONI



Céline LEPERS

Stagiaire au Conseil
départemental
Etudiante MASTER 2
Droit de la responsabilité
médicale
Faculté Libre de droit – LILLE

MÉDECINS, SELON VOTRE MODE D'EXERCICE, LES POURSUITES DEVANT LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE VARIENT

Le contentieux ordinal a fait l'objet de nombreuses évolutions durant ces dix dernières années, d'une part, en ce qui concerne la mise en œuvre de la responsabilité disciplinaire des médecins et, d'autre part, sur le fonctionnement même de la procédure disciplinaire.

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoires) a modifié la procédure et ajouté le Conseil départemental à la liste des personnes autorisées à déférer un médecin exerçant dans le cadre d'une mission de service public devant la chambre disciplinaire de première instance.

RAPPEL DU PROCESSUS DISCIPLINAIRE :

1) La première étape de la procédure est le dépôt d'une **plainte** qui va permettre d'avertir les Conseils départementaux d'un comportement peut être défaillant de l'un de ses médecins inscrit au tableau de l'Ordre.

2) La deuxième étape, après accusé réception et communication de la plainte au médecin mis en cause, est la mise en place d'une **conciliation** (obligatoire lorsque le médecin ne remplit pas une mission de service public soit : médecine hospitalière, de régulation, d'expertise ou de de contrôle) entre le requérant et le médecin dans l'intérêt de la résolution du litige.

3) A la suite de cette conciliation, plusieurs hypothèses sont à envisager :

La conciliation est un succès, la procédure s'arrête à ce stade, sauf si le Conseil départemental décide de déférer en son nom le médecin devant la chambre disciplinaire de première instance.

La conciliation échoue, ou l'une des parties ne s'y présente pas. La plainte est directement transmise à la chambre disciplinaire de première instance et le Conseil départemental de l'Ordre auquel le médecin est inscrit pourra s'associer, ou non, à la plainte du requérant.

La conciliation échoue, ou l'une des parties ne s'y présente pas et le médecin est mis en cause pour des faits réalisés dans le cadre d'une mission de service public. La plainte fait alors l'objet d'une étude par le conseil départemental qui décide en réunion plénière de déférer, ou pas, ce médecin devant la chambre disciplinaire de première instance. Le plaignant peut, le cas échéant, interjeter appel d'une décision de « non déferrement » devant le tribunal administratif ou la chambre disciplinaire nationale.

Le déferrement d'un médecin devant la chambre disciplinaire de première instance varie donc selon le caractère mission de service public ou non de son mode d'exercice.

En effet, les personnes pouvant traduire les médecins devant la chambre disciplinaire de première instance ne sont pas les mêmes selon le statut du médecin.

Il existe donc, en matière disciplinaire, un **filtre procédural**.

Cependant, **tous les médecins sont soumis aux mêmes obligations déontologiques** et, en cas de manquement à ces règles pourraient en répondre devant les juridictions de droit commun compétentes et ce, indifféremment de leur mode d'exercice de la médecine (juridictions civiles, administratives et pénales).

Ces juridictions, étant indépendantes du contentieux ordinal, peuvent se prononcer parallèlement à la chambre disciplinaire de première instance sur les mêmes faits qu'aurait commis un médecin.

2

Medecins exerçants au titre d'une mission de service public :
Medecins hospitaliers, régulateurs, experts

(article L.4124-2 alinéa 1 du Code de la santé publique)



Déferrement devant la chambre disciplinaire de première instance par :

- Le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins
- Le Conseil National de l'Ordre des médecins
- Le Ministre de la santé
- le représentant de l'Etat dans le département (le Préfet)
- Le directeur général de l'ARS
- Le procureur de la République

1

Medecins libéraux participants ou non à la permanence des soins, Médecins salariés (ESPIC, médecine du travail), Médecins hospitaliers exerçants dans le cadre d'une activité libérale statutaire



Renvoi devant la chambre disciplinaire de première instance par :

- Le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins
- Le Conseil National de l'Ordre des médecins
- Un patient (à la suite d'un PV de non conciliation ou de carence)
- Le Ministre de la santé
- le représentant de l'Etat dans le département
- Le directeur général de l'ARS
- Le procureur de la République
- Les organismes sociaux
- Les médecins conseils chefs ou responsables
- Les associations de défense des patients

3

Medecins exerçants au titre d'une mission de contrôle

(article L.4124-2 alinéa 1 du Code de la santé publique)



Déferrement devant la chambre disciplinaire de première instance par :

- Le Ministre de la santé
- le représentant de l'Etat dans le département (le Préfet)
- Le directeur général de l'ARS
- Le procureur de la République



**Docteur
Philippe
WARTEL**
Conseiller ordinal

L'ANTIBIO RÉSISTANCE

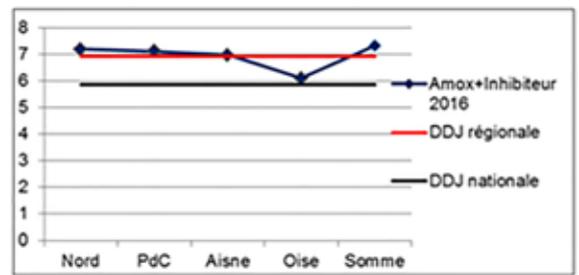
L'antibio résistance est un problème majeur en santé publique mais c'est d'abord un danger pour chacun de nos patients. C'est un problème multifactoriel dont nous ne sommes que partiellement responsables. Nous devons cependant l'avoir à l'esprit lors de chacune de nos prescriptions d'antibiotiques.

Il existe un lien entre la consommation d'antibiotiques et la résistance des bactéries. Cette consommation est définie par la DDJ (Dose Définie Journalière) rapportée à une population. Elle représente la dose moyenne journalière d'un médicament dans son indication principale pour un adulte de 70 kilogrammes. **Les chiffres de DDJ du deuxième semestre 2016 font apparaître une surconsommation (surprescription ?) d'antibiotiques dans les hauts de France (DDJ : 34/1000 habitants/j) par rapport à la France (DDJ : 30) et surtout l'Europe (DDJ: 21).**

Certains antibiotiques sont particulièrement générateurs de résistance bactérienne. L'ANSM en a révisé la liste en 2015. **Si le Nord fait mieux que la région et même la France pour les fluoroquinolones, ce n'est pas le cas pour l'amoxicilline-acide clavulanique**

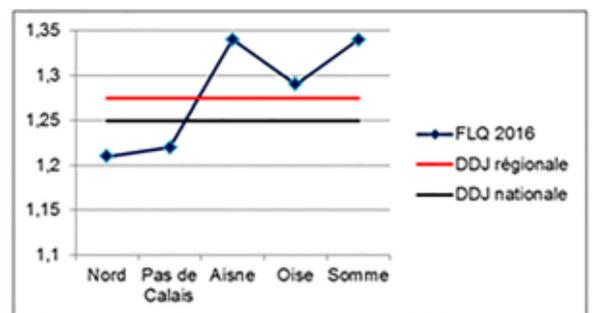
AmoX+inhibiteur	2014	2015	2016	delta N-1 (en %)
Nord	7,96	7,95	7,19	-9,6
Pas de Calais	7,58	7,76	7,1	-8,5
Aisne	7,28	7,33	6,97	-4,9
Oise	6,48	6,58	6,09	-7,4
Somme	7,77	8,09	7,32	-9,5
Ex-NPdc	7,82	7,88	7,16	-9,1
Ex-Picardie	7,09	7,23	6,69	-7,5
Hauts de France	7,46	7,56	6,93	-8,3
France	6,23	6,44	5,85	-9,2

% HdF vs France 19,7 17,3 18,4



Fluoroquinolones	2014	2015	2016	delta N-1 (en %)
Nord	1,46	1,38	1,21	-12,3
Pas de Calais	1,43	1,37	1,22	-10,9
Aisne	1,53	1,48	1,34	-9,5
Oise	1,49	1,47	1,29	-12,2
Somme	1,57	1,51	1,34	-11,3
Ex-NPdc	1,48	1,39	1,23	-11,5
Ex-Picardie	1,55	1,49	1,32	-11,4
Hauts de France	1,52	1,44	1,28	-11,5
France	1,5	1,43	1,25	-12,6

% HdF vs France 1,0 0,7 2,0



Outre ces deux antibiotiques, **sont particulièrement à risque les céphalosporines avec une attention particulière pour les spécialités administrées par voie orale**, les C3G (surtout la ceftriaxone), les C4G et les autres céphalosporines.

PLUSIEURS ATTITUDES PEUVENT NOUS AIDER À MIEUX PRESCRIRE LES ANTIBIOTIQUES

- Savoir refuser la demande d'antibiotiques
- Utiliser les aides au diagnostic : Streptatest, bandelettes urinaires
- Utiliser des aides à la décision (antibioclic...)
- S'assurer de la pertinence et de la qualité des prélèvements : ECBU, prélèvements cutanés
- Limiter la durée de prescription des antibiotiques. Le gouvernement français a adressé à la communauté européenne un projet de décret limitant à 7 jours la durée de primo prescription des antibiotiques en prévoyant des exceptions
- Ne pas hésiter à prendre l'avis d'un infectiologue. Nous pouvons le faire : Sur le site : <http://www.infectio-lille.com/> ou au **0 805 400 910** ligne ouverte 24h/24 réservée aux médecins, internes et pharmaciens

L'ARS, en collaboration avec l'assurance maladie, les Ordres, les URPS a mis en place un groupe de travail sur le conseil en antibiothérapie. Un de ses objectifs est de structurer ce conseil dans les différents territoires avec le recensement de tous les référents.

Les prescriptions d'antibiotiques de ces familles d'antibiotiques sont en recul dans le Nord et la lutte contre l'antibio résistance doit rester une priorité.

Le Chiffre :

0 805 400 910

**Avis
Infectiologue**



Docteur
Yves
ROGEAUX
Conseiller Ordinal

DROITS DES MÉDECINS RETRAITÉS

Les médecins retraités restant inscrits au tableau de l'Ordre, ont le droit de soigner gratuitement leurs proches :

- le conjoint
- les pères et mères des deux époux,
- les enfants et petits enfants,
- les frères et sœurs des deux époux,
- les "gens de maison".

sur ordonnance comportant :

- leur adresse personnelle
- leur qualification avec la mention « médecin retraité »
- leur numéro RPPS

mais ils ne peuvent pas faire de certificat officiel tel que d'arrêt de travail, de décès ou la pratique du sport de compétition qui sont réservés à des médecins du sport.

SN-MCR

Cotisation :
64 € pour 2018

Syndicat National des Médecins Concernés par la Retraite

79 rue de Tocqueville - 75017 PARIS

Tél. : 01 44 29 01 31

snmcr@club-internet.fr

www.retraitemedecin.org



*Pour comprendre & participer
à l'avenir de votre retraite*

Pour connaître les meilleures dates possibles de liquidation de votre retraite, une **étude gratuite** est proposée par le SN-MCR à ses adhérents. Indiquez-nous, par courriel, votre **date de naissance (JJ/MM/AA)**, le **nombre de trimestres cotisés TOUS régimes de base** (à recueillir sur www.info-retraite.fr), la **date du relevé** et, si possible, la ou les **dates souhaitées pour la liquidation**.



Professeur
Rémi
BESSON
Vice-président

RELATION MEDECINS-INDUSTRIE DOUBLE FACE – DOUBLE RISQUE

La relation médecins - industrie est souvent présentée comme un avantage pour le médecin mais touchant à leur indépendance. Ce fait est possiblement délétère pour le patient.

L'exemple qui va être donné nous montre que le médecin, en préservant son indépendance, peut être également victime des enjeux industriels.

RÉSUMÉ DES FAITS ET DE LA PROCÉDURE

En novembre 2011, un chirurgien hospitalier, professeur d'université, qui participe à un congrès médical aux Etats-Unis même pendant 10 minutes un débat consacré au traitement par stent multicouche des anévrismes de l'aorte. Son intervention filmée est mise en ligne, disponible sur YouTube. Ce chirurgien n'est pas rémunéré pour cette intervention et n'en a choisi ni le cadre ni le titre du post, lequel relevait du seul organisateur du congrès.

Il fait, dès le début de son intervention, état de sa situation de conflits d'intérêts, mentionnant sa collaboration avec un laboratoire médical spécialisé en matériel cardiovasculaire.

Il présente plusieurs cas cliniques et s'interroge sur le degré d'efficacité et de fiabilité de ce type de stent. Il conclut sa présentation par plusieurs questionnements : la procédure est-elle facile ? Est-elle exempte de toute augmentation de l'anévrisme ?

Au fil de son exposé, ce chirurgien s'interroge sur la possibilité pour ces stents de stopper le développement de l'anévrisme, interrogation née de son étude des cas qui lui ont été soumis pour avis et dont il a étoffé sa présentation. La dernière diapositive de son exposé souligne que ce type de stent peut être utilisé pour les anévrismes viscéraux, et qu'il constitue sans doute une option « trop belle pour être vraie » - citant en cela le titre choisi pour l'exercice - pour les prises en charges des anévrismes de l'aorte ; il conclut que ce type de stent

doit être utilisé dans les centres de chirurgie disposant d'expertise suffisante.

A la suite de cette présentation, un autre chirurgien intervient, développant un point de vue opposé, permettant ainsi un débat contradictoire, une réflexion scientifique au bénéfice des patients.

Cette communication n'entraîne alors aucune réaction particulière, ni du second intervenant, ni des confrères présents et qui partagent avec l'orateur leurs interrogations sur les différents types de prise en charge des anévrismes de l'aorte et sur la fiabilité de cette nouvelle technique.

La communication de ce chirurgien est brève, argumentée et documentée, à destination d'un public de médecins et de scientifiques. Elle est nuancée, pondérée et étoffée d'exemples. Elle ne contient aucune critique, ni condamnation définitive de ladite technique, mais une série d'interrogations.

En mai 2012, la société concurrente produisant les stents évoqués par ce chirurgien saisit le Conseil Départemental du département où exerce celui-ci, d'une plainte à son encontre, lui reprochant les comportements suivants :

- *Obtention d'informations confidentielles sans l'accord des médecins responsables de l'étude clinique en cours,*
- *Violation du le secret professionnel par diffusion des informations confidentielles concernant les patients,*

- *Dénigrement public d'un produit développé par un laboratoire concurrent de celui pour lequel il est consultant alors que l'étude clinique est toujours en cours.*

La société accuse le chirurgien d'avoir obtenu frauduleusement des informations confidentielles et d'avoir transmis au public des informations fausses.

Ce dernier explique que les images utilisées au cours de sa présentation lui ont été fournies par des confrères qui souhaitaient le consulter sur l'évolution de l'anévrisme traité compte tenu de sa très grande spécialité en ce domaine, ce que la société requérante ne pouvait ignorer, un responsable de cette société ayant été informé de la transmission des images.

Le chirurgien rappelle qu'il ignorait totalement que les images évoquées lors du congrès étaient considérées par la société en cause comme étant confidentielles, de sorte qu'il ne les aurait pas utilisées s'il l'avait su.

En septembre 2012, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins décide de ne pas transmettre la plainte de la société à la Chambre Disciplinaire de Première Instance en application des dispositions de l'article L 4124-2 du Code de Santé Publique.

Le Conseil fonde sa décision sur les éléments suivants :

- le chirurgien mis en cause, expert international, est régulièrement sollicité par nombre de praticiens qui lui envoient les dossiers pour lesquels il rencontre des complications afin d'en discuter, et l'anonymat des patients est respecté ;
- son intervention lors du congrès ne faisait pas état de dénigrement, puisqu'il a bien annoncé être consultant pour une société qui fabrique un produit concurrent, et qu'il a indiqué que le produit de la société qui le met en cause pouvait être dans certains cas une bonne indication, les témoignages apportés par des confrères ayant participé au congrès révélant qu'ils n'avaient pas été choqués par les propos de ce chirurgien.

En décembre 2012, la société réitère ses accusations contre le chirurgien auprès du Conseil National de l'Ordre.

En février 2013, le Conseil National de l'Ordre des Médecins décide de transmettre la plainte de la société à la Chambre

Disciplinaire de Première Instance de la région où exerce ce chirurgien.

Par une décision rendue **en août 2014**, la chambre disciplinaire de première instance rejette la plainte et juge notamment:

- qu'il n'y a eu aucun manquement au secret professionnel compte tenu de l'anonymisation des dossiers présentés lors du congrès
- qu'il n'y a pas eu de dénigrement du produit considéré, compte tenu du caractère contradictoire de la controverse scientifique, et de la clarté non discutable du chirurgien mis en cause quant à son partenariat avec un laboratoire concurrent de la société requérante,
- que ce chirurgien n'a pas manqué à la confraternité en ne répondant pas à certains courriers adressés par ses confrères.

Un appel ayant été diligenté par la société contre le chirurgien, cet appel a été rejeté par la Chambre Nationale en **mars 2016**. Le pourvoi diligenté contre cette décision a été également rejeté par le Conseil d'Etat par un arrêt du **14 décembre 2016**.

DÉFINITION : LIEN D'INTÉRÊT ET CONFLIT D'INTÉRÊT

Le lien d'intérêt : il est constitué par la création d'une relation entre médecin et industrie amenant un avantage financier ou d'autre nature au médecin. La liaison est bidirectionnelle de l'industrie vers le médecin et du médecin vers l'industrie.

Le conflit d'intérêt : il y a conflit d'intérêt pour le médecin quand le lien d'intérêt altère la prise en charge du patient. La liaison est unidirectionnelle de l'industrie vers la prescription via le médecin. Le lien d'intérêt n'est pas condamnable s'il ne conduit pas à un conflit d'intérêt. En effet, il crée une synergie pour l'innovation et le progrès thérapeutique.

Parfois, le conflit d'intérêt est difficile à caractériser du fait de son caractère insidieux voire caché. Par exemple, dans le cadre du marketing, il est bien connu qu'il existe une relation totalement directe entre la quantité de contacts engagés par un laboratoire et le nombre de prescriptions rédigées par la suite.

Dans le cas cité, la société mettait le médecin en accusation estimant que ce dernier n'avait pas une attitude déontologique vis-à-vis du dispositif médical qu'elle commercialise du fait du lien existant entre ce confrère et une société concurrente.

C'est parce qu'il a effectué sa déclaration de conflit d'intérêt au congrès et en cours de présentation que cet argument ne pouvait être retenu car les auditeurs de cette présentation prévenus du lien d'intérêt pouvaient garder leur liberté de jugement vis-à-vis de cette présentation.

Les enjeux financiers peuvent être la cause de position extrême amenant à un acharnement où ni la société industrielle ni le médecin incriminé ne sortiront indemnes.

En effet, on voit que dans le cas présent, un dispositif médical ne faisant pas l'unanimité, associé à des dirigeants particulièrement agressifs ont amené à mettre un médecin en situation de fragilité de 2012 à 2015.

Il a fallu donc environ 4 ans pour que ce médecin puisse voir sa bonne foi et la qualité de ses pratiques être reconnues, 4 années pendant lesquelles ce médecin n'a pu exprimer la réalité de sa pratique vis-à-vis d'un dispositif médical et ce du fait de procédures en cours. Cet état de fait peut expliquer également les procédures initiées par ce laboratoire, procédures qui suite à son long parcours peuvent être maintenant déclarées comme abusives envers ce médecin.



CONFLIT D'INTÉRÊT POSSIBLE

Si l'article R4127-5 du code de santé publique déclare l'indépendance des médecins, l'article L4113-6 du code de santé publique sur la transparence du lien entre médecin - industrie insiste sur la transparence financière de la relation de l'industrie vers le médecin.

Par l'exemple cité : on voit que dans le rapport entre médecin et industrie les enjeux financiers pour l'industrie peuvent être importants et peuvent donner matière aux industriels à faire pression sur les médecins qui ont le pouvoir de prescription et d'utiliser ou non les produits proposés par l'industriel.

Un médecin est d'autant plus exposé qu'il est leader dans sa spécialité et que les enjeux financiers induits dans la prise en charge des patients dans cette spécialité sont importants du fait des quantités de produits utilisés et de leur coût.

Cet exemple nous montre l'importance de la déclaration d'intérêt notamment lors des présentations en cours de congrès et l'importance du secret médical et de l'anonymisation des données alors qu'elles sont produites en public.

En cas de procédure abusive, le médecin a la possibilité de se retourner contre l'initiateur de cette procédure.

Cependant, du fait de la longueur de cette dernière, la lourdeur des accusations portées, le médecin injustement accusé n'a qu'une envie c'est que tout s'arrête, raison pour laquelle le risque pour ces sociétés reste faible. Il conviendrait peut être que dans de telles situations les sanctions envers ces sociétés soient proportionnelles à leur chiffre d'affaire.



**Docteur
Marc
VOGEL**

Président de la Commission PDS

PDSA :

UN NOUVEAU CAHIER DES CHARGES POUR LES HAUTS-DE-FRANCE

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Dans le cadre de la mise en place de la région des Hauts-de-France, l'agence régionale de santé souhaite harmoniser l'organisation de la permanence des soins ambulatoires. Aussi, conformément aux dispositions de la loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe du 7 août 2015), le cahier des charges régional de la PDSA des Hauts-de-France doit être arrêté par l'ARS au plus tard le 8 août 2018. Afin de coordonner les 5 départements concernés (Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme), le montant actuel de l'astreinte sera doublé sur le Nord, avec pour conséquence directe une diminution par 2 du nombre de secteurs de garde (qui s'élève à ce jour à 77).

A cet effet, de nombreuses réunions se sont d'ores et déjà tenues et un questionnaire a été adressé aux coordinateurs, que nous remercions pour leur participation. D'autre part, de multiples échanges ont lieu depuis plusieurs mois entre les membres de la Commission PDS, l'URPS et les médecins coordinateurs / effecteurs afin de procéder à des regroupements de secteurs raisonnables. Le but étant de répondre aux directives de l'ARS tout en considérant les réalités de terrain.

La décision finale étant entre les mains de l'ARS, il nous tient à cœur de jouer au mieux notre rôle de médiateur et d'accompagnant face à ce nouveau schéma, et ce en tenant compte des avis de tous les acteurs de la PDSA : l'URPS, la régulation libérale, le SAMU, les associations SOS Médecins, et bien entendu l'ensemble des coordinateurs et des effecteurs. A ce titre, et à l'issue des

retours obtenus, nous avons soumis à l'ARS l'ensemble des remarques et suggestions.

Nous avons notamment indiqué que certains secteurs déjà élargis fonctionnent particulièrement bien et ne souhaitent pas subir d'autres modifications pour les années à venir. Nous avons également notifié que de nombreux coordinateurs sont favorables à la création de Maisons Médicales de Garde, avec un tableau spécifique pour les visites et un autre pour les consultations à la MMG. Enfin, nous avons bien précisé les secteurs propices à un regroupement raisonnable afin de conserver une activité humainement réalisable.

D'autres thèmes récurrents ont été évoqués tels que la sécurité des médecins, la verbalisation des confrères en visite ainsi que les contraintes géographiques, climatiques, et les temps de parcours afférents pour les éventuels effecteurs mobiles.

Nous avons souligné auprès de l'ARS que la variable d'ajustement de ce cahier des charges ne devait pas être uniquement axée sur les médecins libéraux, les confrères urgentistes et les patients, et qu'il serait opportun d'avoir une réflexion sur l'organisation des transports sanitaires. En effet, ces derniers ne sont remboursés qu'en ambulances allongées et vers les structures d'urgence : pourquoi ne pas envisager des véhicules légers vers des points fixes de consultation ?

Nous ne manquerons pas de vous tenir informés de l'avancée des travaux au fur et à mesure que nous aurons davantage d'informations.

Bien confraternellement.



Sarah SWIST

Secrétaire de la PDS

Tél. : 03 20 31 01 11



**Docteur
Olivier
VERRIEST**

Vice-président

Président de la
commission Entraide

L'ENTRAIDE ÉVOLUE

L'entraide ordinaire est une des missions constitutives de l'Ordre, un peu d'histoire :

Le serment d'Hippocrate parle de la solidarité entre médecins. La réactualisation de 1996 du serment médical énonce « j'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité ».

L'ordonnance du 24 septembre 1945 mentionne que l'Ordre peut créer ou subventionner des œuvres d'entraide.

L'article 56 et ses modifications introduisent la notion de principe éthique de bienfaisance. Tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui et lui proposer son aide et, si la situation le justifie, il doit le convaincre de se rapprocher de la commission d'entraide du Conseil départemental.

Nous sommes passés d'une logique financière à une logique plus globale d'aide.

Pour respecter l'indépendance, la confidentialité, la pérennité, des associations se sont créées.

Pour le Nord ainsi que pour toute la région Hauts-de-France, **c'est l'association MOTS qui a été choisie pour le respect de ces 3 valeurs**, dans le cadre de son mode de fonctionnement : *accueil téléphonique par des accueillantes formées, médecins effecteurs, réseau de soin dédié aux soignants.*

Le président du Conseil National, Patrick Bouet, souhaite l'équité pour tous les médecins sur le territoire français

C'est ainsi qu'a été créé le numéro unique 0800 800 854 ainsi que l'association PASS. (Programme Aide Solidarité Soignants) Fédération de 8 associations d'entraide.

Comment ça marche ?

Tout médecin ayant besoin d'aide pourra composer ce numéro. Il sera mis en relation avec un psychologue formé à l'écoute des soignants. Celui-ci proposera une aide ponctuelle ou, s'il s'agit d'une prise en charge plus globale, le médecin sera orienté vers les structures associatives accompagnantes choisies par son Conseil Départemental. Le numéro direct de l'association **MOTS (0 608 282 589)** reste accessible aux médecins.

Et plus tard ? Nous devons faire face à plusieurs gros chantiers :

- La prévention primaire, qui existe déjà dans certaines régions comme la Bretagne;
- La formation des soignants de soignants (un DIU Paris Toulouse existe déjà mais d'autres pistes sont à creuser);
- La réorientation professionnelle dans le cadre, par exemple, d'un bilan de compétence avec le CNG, vers la médecine salariée en cas de liquidation judiciaire d'un médecin libéral ;
- La formation des étudiants, apprendre à gérer le monde médical et aussi l'échec;
- L'ouverture aux autres soignants.

Le Chiffre :

0 800 800 854

**N° unique
d'écoute et
d'assistance**



Docteur
Luc
BRASSART
Trésorier

LE MOT DU TRÉSORIER

A propos de la cotisation ordinale...

La cotisation ordinale est obligatoire pour chaque médecin de par la législation en vigueur dans notre pays, de même que pour les sociétés.

De nombreux confrères se trompent sur le montant précis de la cotisation avec parfois des chiffres très fantaisistes. Pour rappel ce n'est pas le Conseil Départemental qui en fixe le montant mais le Conseil National. **Pour 2018, le montant est fixé à 335€.** Il est notifié sur l'appel de cotisation reçu.

- La cotisation doit être réglée **AVANT LE 31 MARS.**
- **La demi-cotisation pour la première année d'installation ne peut pas être cumulée** (ni reportée à l'année suivante) avec la demi-cotisation accordée par le Conseil Départemental après une naissance (extrait d'acte de naissance à l'appui).
- **Les médecins salariés, en RTT ou en congé régulier, restent redevables d'une cotisation pleine** car encore liés par un contrat de travail.
- **Un médecin retraité au cours du premier trimestre**, le 31 mars par exemple, **sera redevable d'une cotisation pleine et entière** même sans aucune activité médicale pendant les 9 derniers mois de l'année car c'est la situation professionnelle au 1er janvier qui détermine le montant de la cotisation.
- **Un retraité actif sera redevable d'une cotisation pleine** ou d'une demi-cotisation, voire d'une cotisation minorée-retraité selon ses revenus en fonction de l'avis d'imposition ou de la dernière fiche de paye du mois de décembre de l'année précédente pour les salariés.
- **Les confrères qui pensent pouvoir bénéficier d'une cotisation minorée** doivent nous fournir le dernier avis d'imposition ou le bulletin de salaire du mois de décembre de l'année précédente selon qu'ils exercent une activité libérale ou salariée.
- **Les frais de recouvrement de cette cotisation ordinale obligatoire ont été, en 2017, de 23 003,97€** : Affranchissement des courriers de relance, frais de recommandés, honoraires d'huissier, société de recouvrement. Ces frais, parfaitement inutiles me paraissent évitables si la cotisation était spontanément réglée au cours du premier trimestre de l'année c'est-à-dire avant le 31 mars. **Les économies ainsi réalisées seraient sans doute beaucoup plus utiles à l'entraide.** C'est juste mon avis !



**Docteur
Bernard
DECANTER**
Secrétaire Général

ÉLECTIONS ORDINALES

Bientôt les élections à l'Ordre, et si vous étiez candidat ?

Les prochaines élections Ordinales dans le Nord se dérouleront le 3 mars 2019. Conformément à la nouvelle loi modifiant les règles de fonctionnement des ordres, le mode d'élection et de candidature va changer. La parité va progressivement se mettre en place, avec des modalités spécifiques pour le conseil départemental et le conseil régional.

Pour le département du Nord les élections auront lieu pour la moitié des conseillers en 2019, et l'autre moitié en 2022. Les candidats doivent se présenter en BINOMES mixtes : homme plus femme du même département pour un mandat (6 ans) et l'élection de mars 2019 élira 6 binômes titulaires et 6 binômes suppléants.

Pour être éligibles les candidats doivent être inscrits au Tableau, à jour de leurs cotisations. Ils doivent adresser une candidature commune au binôme, associée à une profession de foi qui sera publiée pour l'élection. Il faudra voter au maximum pour 12 binômes (titulaires et suppléants). Et, il est souhaitable que de nombreux médecins votent, ce qui n'a pas été le cas aux dernières élections.

Le renouvellement du Conseil Régional se fera en Février 2019, en raison de la mise en place de la nouvelle région des Hauts-de-France. Tous les membres actuels sont, par décret, démissionnés à cette date. Les candidats seront également des binômes avec les mêmes règles que pour le département. En revanche le mode de scrutin est différent : ce sont les conseillers départementaux qui élisent les conseillers régionaux représentant le département. Les élus le sont pour 3 ou 6 ans, avec un tirage au sort pour la durée, car les renouvellements se feront ensuite tous les 3 ans pour la moitié des membres.

Après les résultats, les conseils élisent leurs présidents et leurs bureaux. Il n'y a pas de parité dans ces fonctions.

Le Conseil de l'Ordre doit être la représentation de toute la profession : hospitaliers, salariés, libéraux, et même retraités. Etre candidat c'est aider la profession, et améliorer la confraternité. Réfléchissez y, le dépôt de candidatures se fera dès Décembre.

Le Chiffre :

**Scrutin
Dimanche
3 mars
2019**



**Docteur
Franck
ROUSSEL**

Secrétaire Général Adjoint

POURTRAIT D'UN INFATIGABLE MÉDECIN DE FAMILLE



Cela fait maintenant 50 ans que le Dr Pierre LECRU s'est installé à Roubaix. Alors qu'il fêtera ses 80 printemps en octobre, il n'envisage toujours pas de cesser son activité.

Thésé en 1968, il s'installe durant les grèves de mai : « c'était une époque extraordinaire ! ». Ce pur Roubaisien, comme il me l'explique, « j'y suis né, j'y ai travaillé, j'y mourrai », est issu d'une famille reconnue dans le milieu médical. En effet, ses deux grands-pères ainsi que son papa étaient pharmaciens sur Roubaix, son frère et l'un de ses deux fils sont médecins, sa sœur est kinésithérapeute et l'une de ses deux filles est infirmière. Durant cette longue carrière, il a connu quatre cabinets Roubaisiens. Sa motivation pour le travail reste inaltérable, c'est son bonheur, son plaisir, me confie-t-il. Il ne prend que 2 semaines de vacances par an et, est toujours sur le pied de guerre pour ses patients, qui, avec le temps, sont devenus des amis avec qui il partage peines et joies. Il a d'ailleurs très peu de mauvais souvenirs professionnels, hormis celui qui le marquera

profondément : l'accouchement d'un bébé mort-né dans les années 1970 au domicile d'une patiente. Il regrette l'évolution de la société, qui n'a plus de repère ni de but sauf à gagner de l'argent sans rien faire et souligne que les médecins ne sont pas sans reproche, car dans son secteur, ils sont peu nombreux, comme lui, à encore effectuer les visites à domicile. Installé dans un secteur peu favorisé, il n'a jamais connu de sentiment d'insécurité ; « vous savez, un sourire, un mot aimable et tout s'arrange ! » Ce passionné, proposé pour être chevalier de l'ordre du mérite en fin d'année, ne cherche pas les honneurs, mais la reconnaissance.

L'ensemble du Conseil départemental tenait à féliciter le Dr Lecru pour cette carrière exemplaire.



**Docteur
Jean-Philippe
PLATEL**
Vice-président



Sarah SWIST
Secrétaire

RGPD

RGPD : Le nouveau sigle pour éviter d'être « Zuckerbergisé » !

Le PDG de Facebook en est témoin : **la question de la protection de données personnelles est particulièrement délicate et potentiellement source de litige.**

Le Règlement Général de la Protection des Données entré en application ce 25 mai 2018 vient compléter voire se substituer à la loi Informatique et Libertés de 1978 et redéfinir votre responsabilité en matière de protection des renseignements médicaux de vos patients. Ere du numérique oblige, **vous aurez désormais des « comptes à rendre » et il vous faudra justifier de votre implication pour la protection des données.**

L'Accountability ou les principales mesures pour un bon respect du RGPD :

POUR LES MEDECINS LIBERAUX	POUR LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
<p>REGLES SIMPLES DE SECURISATION DE DONNEES :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Politique spécifique de mot de passe (à changer régulièrement) > Verrouillage systématique de votre ordinateur. > Organisation prévue en cas de piratage informatique ou de transmission accidentelle de données > Utilisation d'une messagerie électronique cryptée, utilisation de comptes nominatifs. > Sécurisation des serveurs et des sites web (protocole TLS). > Installation d'un « pare-feu » et d'antivirus etc. 	<ul style="list-style-type: none"> > Désignation d'un délégué à la protection des données (DPO) : un formulaire de désignation est disponible sur le site de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). > SECURISATION de toutes les données conservées et communiquées, par la mise en place d'actions primordiales à déclarer à la CNIL. > Renseignement régulier de ces dispositions pour une bonne veille de votre protection de données et permettant de prouver la bonne pratique du RGPD à tout moment (document-type sur le site de la CNIL). > À noter que l'élaboration d'un registre des activités de traitement est obligatoire pour les structures (hôpitaux) employant plus de 250 personnes. > ATTENTION ! Toute violation de données doit être déclarée à votre DPO dans un délai de 72 heures. En cas d'infraction au RGPD, la CNIL prévoit des sanctions administratives, civiles, voire même pénales, pouvant s'élever jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.

Le Chiffre :

25 mai 2018
application
du RGPD

Pour combien de temps ?

Informatisés ou non, **les dossiers médicaux doivent être conservés 20 ans** : en cas de changement de logiciel, toutes les données doivent être récupérées et archivées.

En définitive, le concept de « Privacy by Design » (protection de la vie privée dès la conception) que chacun d'entre vous respecte déjà fort probablement dans l'intérêt du patient, n'est plus une option. L'obligation de déclaration préalable à la CNIL étant supprimée, à chacun de se responsabiliser et de faire preuve d'initiative. De simples règles de bon sens suffiront pour la meilleure protection des données possible !

À noter que le Conseil National et la CNIL viennent de publier conjointement un guide pratique sur le RGPD, à votre attention, proposant des fiches techniques et disponible sur le site du CNOM, rubrique «L'Ordre>Actualités».

Annonces, infos pratiques

Assurance Maladie

Face au constat du renoncement aux soins sur le territoire, l'Assurance Maladie se mobilise.

Derrière le renoncement aux soins se cachent de multiples causes (l'avance de frais et le reste à charge, la méconnaissance des droits, la peur de demander de l'aide, ...), d'autant plus que bien souvent ces facteurs se cumulent.

Autant de situations qui nécessitent une écoute active et un accompagnement personnalisé dorénavant proposé par l'Assurance Maladie.

Ce dispositif de détection et d'accompagnement se généralise cette année sur l'ensemble du territoire.

Il s'agit d'identifier les personnes qui renoncent à se soigner, de les aider dans leurs démarches administratives et de les conseiller jusqu'au recours aux soins.

Détectés par les équipes des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) mais aussi par les partenaires conventionnés et acteurs de terrain, ces assurés bénéficient d'un bilan global de leur situation par rapport à leurs droits et à l'écart aux soins, grâce à un accompagnement personnalisé.



En 2017, plus de 7 000 cas de renoncement aux soins ont été déclarés dans le département du Nord. Durant cette même année, 2 262 accompagnements ont abouti à la réalisation des soins.

Acteurs centraux du parcours de soins, les médecins généralistes sont déjà des maillons incontournables dans la détection des situations individuelles. Grâce à la Liègne d'Urgence Précarité, tous les professionnels de santé peuvent saisir la CPAM sur les situations de non recours aux droits et aux soins.



Ce nouveau service de lutte contre le renoncement aux soins est un dispositif concret qui permet d'apporter une réponse adaptée et personnalisée aux assurés.

A.A.F.M.M

Tu as fait tes études à la Faculté Libre de médecine de Lille, devenue Faculté de Médecine et Maïeutique.

Nous avons créé l'Association des Anciens de la Faculté Faculté de Médecine et Maïeutique (A.A.F.M.M.), et statutairement, tu en es membre de droit, que tu sois en activité ou retraité.

L'Association organise des conférences sur l'histoire de la médecine à la Faculté, suivies d'un repas, des sorties conviviales deux fois par an, et la possibilité de participer aux formations de la Faculté.

Une lettre mensuelle « News » est envoyée aux membres.

Pour adhérer à l'Association, il te suffit d'en faire la demande auprès de moi-même, en donnant ton adresse mail et postale.

Je suis à ta disposition pour tout renseignement et conseil.

Bien amicalement.

Gabriel VITU, ancien pédiatre
Président de l'Association des Anciens de la F.M.M.
gabirelvittu@yahoo.fr - tél : 06 75 21 86 48

Les inscriptions



du 21 décembre 2017

ABDEDDAIM Cyril	Médecine salariée	FONTAINE Stéphanie	Médecine hospitalière
AUZIAS Pierre	Médecine hospitalière	GAEREMYNCK Pierre	Médecine hospitalière
BARBERY Adèle	Médecine hospitalière	GELLENS Juliette.....	Médecine hospitalière
BAROUX Romain	Médecin remplaçant	GENGLER Isabelle	Médecin remplaçant
BARRAILLER Stéphanie.....	Médecin spécialiste	GHENASSIA Adrien	Médecine hospitalière
BARSAN Alexandra	Médecine hospitalière	GOUDET Jean-Marc	Médecine salariée
BAUDOUX Matthieu.....	Médecine hospitalière	GREMEZ Marie.....	Médecine hospitalière
BELIN Mathieu.....	Médecine hospitalière	HAROCHE Alexandre	Médecin remplaçant
BIGOURD Quentin.....	Médecine hospitalière	HUSTIN Charles	Médecine hospitalière
BLOUIN Alessandra	Médecine hospitalière	IOOS Barthélémy	Médecin remplaçant
BORJA DE MOZOTA Daphné	Médecine hospitalière	JAULIN Magali	Médecine salariée
BOUGHERARA Lilia	Médecine hospitalière	KACET Gabriela-Monica.....	Médecin spécialiste
BOUHOUTE Mehdi	Médecin généraliste	KLINK Nadine.....	Médecine hospitalière
BOULKEROUA Clémence	Médecin remplaçant	KOUAKOU Mohamed	Médecin généraliste
BOURGE-PIQUET Marina.....	Médecine salariée	KROUCHI Raphaël	Médecine hospitalière
BOUTEKADJIRT Redha	Médecin spécialiste	LALIEU Ambroise	Médecine hospitalière
BRAY Fabien	Médecin remplaçant	LE ROY Gontran	Médecin remplaçant
CAGERON-BOUEX Marine	Médecin remplaçant	LEFEBVRE Judith	Médecine hospitalière
CAQUANT WIBAUT Joséphine	Médecin remplaçant	LEMOINE Cécile	Médecine hospitalière
CARON Corentin	Médecin remplaçant	LESAGE Charles	Médecin remplaçant
COLLET Raphaël	Médecin généraliste	LOTIN Maxime	Médecine hospitalière
DE PALLEJA Gaël	Médecine hospitalière	LUCACI Elena Cristina	Médecine hospitalière
DE PALLEJA Galdric	Médecine hospitalière	MACQUET Laure.....	Médecin remplaçant
DEHEM-GAUTIER Maxime	Médecine hospitalière	MAGNENANT Eric	Médecin spécialiste
DEHONDT Arthur	Médecin généraliste	MARICOT Nomentiana-Paul	Médecin remplaçant
DELARUE Rebecca	Médecine hospitalière	MENG Hélène	Médecine hospitalière
DELCROIX Philippe	Retraité	MEYS Mireille.....	Médecine salariée
DEMBREVILLE Hélène	Médecine hospitalière	MORALY Thomas	Médecine hospitalière
DENMAMODE-OOZEER Fatima	Médecin remplaçant	MORELLO Caroline	Médecin remplaçant
DEPOORTERE Chloé	Médecine hospitalière	NAESSENS Romain	Médecine hospitalière
DESCAMPS Pauline	Médecin remplaçant	NAVE Sophie	Médecine hospitalière
DUBUS-PAPE Sylvie	Médecine salariée	NOIROT-NERIN Henrienne	Médecine salariée
DUHAUTOIS Julien.....	Médecin remplaçant	PONAMALE Tony	Médecin remplaçant
DUMAS Marie	Médecine hospitalière	PROMERAT Aude	Médecine hospitalière
DUMOULIN Emilie	Médecin remplaçant	QUIDET Mathilde	Médecine hospitalière
DURAND Vincent	Médecine hospitalière	RADASAN Andreea	Médecine hospitalière
FARAH Kaissar.....	Médecin n'exerçant pas la médecine	RENARD Nathalie	Médecine hospitalière
		REYMOND Julien.....	Médecin remplaçant



ROTARU Ioana	Médecine hospitalière	DIALLO-DIBAS-FRANK Diarai	Médecine hospitalière
ROUSSEAU Barthélémy	Médecin remplaçant	DORLENCOURT Aurélie	Médecin remplaçant
SAIDI Imen	Médecine hospitalière	DUCLoux Bernard.....	Médecin remplaçant
SAUDEMONT Gaëtan	Médecine hospitalière	EL AMARI Abderrahim	Médecine hospitalière
SCOUFLAIRE Tatiana	Médecine hospitalière	FAUVILLE Luc	Médecin remplaçant
SERGENT Damien	Médecine hospitalière	FLAHAUT Emilie	Médecine hospitalière
SKIBINSKI Pauline	Médecin remplaçant	FRASCONI Cécilia	Médecine hospitalière
TAMMARO Pasquale	Médecin spécialiste	GAUS Florence	Médecin remplaçant
TANCREZ Marie	Médecin remplaçant	GENC Seray	Médecine hospitalière
TAVERNIER Florie	Médecine hospitalière	GHEYSEN Eugénie.....	Médecine hospitalière
TOULLET Flora.....	Médecine hospitalière	GRAU Perrine	Médecin remplaçant
VAILLANT Mary	Médecine hospitalière	GRUJON Anaëlle	Médecin remplaçant
VAN KERREBROECK Héléna	Médecin n'exerçant pas la médecine	GRUSLIN Jean-Christophe	Médecin spécialiste
VANDENBUSSCHE Cyrille.....	Médecine hospitalière	HOEL Jérémy.....	Médecine salariée
VINCENT Clotilde.....	Médecine salariée	HOUZE Lucie	Médecin spécialiste
WANTIEZ Lucie.....	Médecin remplaçant	KONE Patrick.....	Médecine hospitalière
WECXSTEEN Margot	Médecine hospitalière	KOUBAA Rabah	Médecine hospitalière
WOJEWODA Perrine	Médecine hospitalière	LANNEZ Lucie	Médecin généraliste
ZAIER Djamel	Médecine hospitalière	LARROUTUROU Claire	Médecin remplaçant

du 25 janvier 2018

ALADIB Ousama.....	Médecin spécialiste	MAHIEUX Marine	Médecin généraliste
AVIANO Thomas.....	Médecin remplaçant	MARSILI Luisa	Médecine hospitalière
BADRAN Abdul-Monem	Médecin spécialiste	MATHIEU Pierre-Emmanuel	Médecin n'exerçant pas la médecine
BAUVOIS Mathieu	Médecine hospitalière	MOROY Anne	Médecine salariée
BEAUVALLET Pauline	Médecin remplaçant	PAGES Vincent.....	Médecine hospitalière
BENY Alexis	Médecin remplaçant	PISSON Patrick.....	Retraité
BIZALION Gauthier	Médecin remplaçant	POLLET Aurélie	Médecin remplaçant
BUONOMO Antonino	Médecin n'exerçant pas la médecine	POP Madalina	Médecine hospitalière
CAILLAUX-CHARPENTIER Catherine	Retraité	RAMBAUD Thomas	Médecin remplaçant
CARNATIU-LAZAR Liliana-Maria.....	Médecine hospitalière	RAMI Turaia	Médecine salariée
CASTELLS Bernard	Médecine hospitalière	SEGARD-DEDRYVER Victoria	Médecin remplaçant
CHESNEL Jonathan	Médecine hospitalière	SPANNEUT Charles	Médecin remplaçant
COUPEZ Christophe	Médecine hospitalière	THIOUNE Marène	Médecin remplaçant
CUPPENS Charles	Médecin remplaçant	TIRDEA Alina-Elena	Médecin n'exerçant pas la médecine
DELIASSUS Romain	Médecine hospitalière	TOURTE DELPLANQUE Mathilde	Médecine salariée
DERELY Marc.....	Médecine n'exerçant pas la médecine	TRINH Michael	Médecin généraliste
		VINCKIER Sarah	Médecin n'exerçant pas la médecine
		WERION Marion	Médecin remplaçant



du 22 février 2018

BORLAN Volumnia Cipriana	Médecine hospitalière
COMBES Sarah	Médecine hospitalière
DEGROOTE Jonathan	Médecin remplaçant
DEHOET François	Médecin remplaçant
DRUON Vincent	Médecine hospitalière
FLAHAUT Pierre	Médecine salariée
FOURQUET Jacques	Médecin spécialiste
JAMME Philippe	Médecin remplaçant
KABOUL Amel	Médecine hospitalière
MYCINSKI Christophe	Médecin spécialiste
NICOLESCU Tiberiu	Médecine salariée
NIMPA TBOUGOU Prosper	Médecine hospitalière
OSTYN Pierre.....	Médecin remplaçant
PONTHIEU Nicolas	Médecin remplaçant
RIVIERE Camille	Médecin remplaçant
ROLLAND Caroline.....	Médecin généraliste
ROUSSEL Stéphanie.....	Médecin remplaçant
RUDANT Grégory	Médecin remplaçant
SALINGUE Charlotte.....	Médecin remplaçant
SEMMAR Smail	Médecine hospitalière
VAN DER GOOT Laurens	Médecin remplaçant
VOSGIN-DINCLAUX Maylis	Médecine hospitalière

du 29 mars 2018

AHMED Sabri.....	Médecin spécialiste
AISSI Emmanuelle	Médecine hospitalière
ALLONSIUS Thomas.....	Médecin remplaçant
BARRASCOU Eduardo	Médecine hospitalière
BETRY Alexandre	Médecin généraliste
DABROWSKI Charlotte	Médecin remplaçant
DASSIGLI Marlène	Médecine hospitalière
DE MEYER Cécile	Médecine salariée
DE WILDE Emmanuelle	Médecin remplaçant
DELATTRE Amélie	Médecin remplaçant
DEL COURT-REILLE Tiphaine	Médecin remplaçant
DHAENENS Tiphaine	Médecine salariée

EKATOMATI Maria	Médecin n'exerçant pas la médecine
FEDERSPIEL Anne-Laure.....	Médecin remplaçant
GRIMBERT Marie	Médecine hospitalière
HEMBERT Karine	Médecine hospitalière
HUYGHE Sophie	Médecin remplaçant
JASON Maxime.....	Médecine hospitalière
LIZIO Andrea	Médecine hospitalière
PAGES Benoîte.....	Médecine hospitalière
PLANCOULAIN Thomas	Médecine hospitalière
POUGES Cécile.....	Médecine hospitalière
RUTA-MURESAN Delia	Médecine hospitalière
SEMANI Djamel	Médecine hospitalière
VILBI Marino	Médecin spécialiste
YIEM Channarith.....	Médecine hospitalière

du 19 avril 2018

BABA AHMED Djamila	Médecine hospitalière
BELKHODJA Abderrahim	Médecin spécialiste
BENSALMA Mahieddine	Médecine hospitalière
FAYARD Cindy	Médecine salariée
MAERTEN-LAMMIN Catherine.....	Médecine salariée
MALEJKA Tadeusz	Médecin généraliste
SABET Sawsan	Médecine salariée
WEMEAU Mathieu.....	Médecine hospitalière

Les qualifications

Décembre 2017 à mai 2018

ANESTHESIE REANIMATION

BAHEUX Eugénie
CARUSO Ornella
COUPEZ Christophe
DECOCK Clément
DELASSUS Romain
ELOI Anaïs
FALCONE Jérémy
KROUCHI Raphaël
MARIE Raphaël
MENG Hélène.
PAGES Vincent
PONTHIEU Nicolas
SEMMAR Smail
VAN DER GOOT Laurens

BIOLOGIE MEDICALE

BIGOURD Quentin
DEBUSE Maud
SAIDI Imen

CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES

KONE Patrick
POP Madalina

CHIRURGIE GENERALE

AUZIAS Pierre
BAUDOIX Matthieu
DELARUE Rebecca
GAEREMYNCK Pierre

CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE

VILBI Marino

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CHRISTIAENS Nicolas
GUERRE Elvire
HUSTIN Charles
POMMEPUY Thomas
STURBOIS-NACHEF Nadine

CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

GRUSLIN Jean-Christophe
PASQUESOONE Louise

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

SOQUET Jérôme

CHIRURGIE UROLOGIQUE

LORION Romain

CHIRURGIE VASCULAIRE

LOMBARDO Almarosa

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

DEWAILLY Vincent
FRASCONI Cécilia
KABOUL Amel

DERMATOLOGIE ET VENERELOGIE

DURETZ Claire

ENDOCRINOLOGIE DIABETE MALADIES METABOLIQUES

DUMAS Marie
TOULLET Flora
WOJEWODA Perrine

GASTRO ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

LALIEU Ambroise

GENETIQUE MEDICALE

MARSILI Luisa

GERIATRIE

CARNATIU-LAZAR Liliana-Maria
FLAHAUT Emilie
LEVY Johana
LIZIO Andrea
VISADE Fabien

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

BOUGHERARA Lilia
BUONOMO Antonino
CLERMONT-HAMA Yasmine
DELTOMBE Sophie
EKATOMATI Maria
JASON Maxime
LESAGE Margaux
MATHIEU Pierre-Emmanuel
RENARD Nathalie
VAN KERREBROECK Helena

MEDECINE DU TRAVAIL

HAMURCU Mehmet

MEDECINE GENERALE

ALLONSIUS Thomas
AMRI Karim
AMROUNI Pierre
ASSAF Ady
AVIANO Thomas
BARBERY Adèle
BAROUX Romain
BEAUVAILLET Pauline
BENY Alexis
BIZALION Gauthier
BOTTI Vincent
BOUHOUTE Mehdi
BOULKEROUA Clémence
BOURGOIS Didier
BOUTTENS Audrey
BRAY Fabien
CAQUANT-WIBAUT Joséphine
CARON Corentin
CUPPENS Charles
DABROWSKI Charlotte
DASSIGLI Marlène
DE MEYER Cécile
DE PALLEJA Gaël
DE PALLEJA Galdrice
DE WILDE Emmanuelle
DEHONDT Arthur
DELATTRE Amélie
DELBROUQUE-GOGNY Caroline
DELCOURT-REILLE Tiphaine
DELPAT Adrien
DENMAMODE-OOZEER Fatima
DESCAMPS Pauline
DHAENENS Tiphaine
DORLENCOURT Aurélie
DUHAUTOIS Julien
DUMOULIN Emilie
FAUVILLE Luc
FEDERSPIEL Anne-Laure
FONTAINE Stéphanie
GAUS Florence
GELLENS Juliette
GRAU Perrine
GREMEZ Marie
GRIMBERT Marie
GRUJON Anaëlle
HENRY-BENSAADA Emmanuelle
IOOS Barthélémy
KATTIYAVONG-HINDI Anissa



Les qualifications

Décembre 2017 à mai 2018

KOUAKOUA Mohamed
LANNEZ Lucie
LE ROY Gontran
LEFEBVRE Judith
LEPEUT Louise
LOTIN Maxime
MAHIEUX Marine
MORALY Thomas
NAESSENS Romain
NAVE Sophie
NEBENZAHL Edith
NOIROT-NERIN Henriette
ONDIK Boris
PLANCOULAINE Thomas
POLLET Aurélie
PONAMALE Tony
RAMBAUD Thomas
REYMOND Julien
RIVIERE Camille
ROLLAND Caroline
ROUSSEAU Barthélémy
ROUSSEL Stéphanie
RUDANT Grégory
SALINGUE Charlotte
SAUDEMONT Gaëtan
SEGARD-DEDRYVER Victoria
SKIBINSKI Pauline
SPANNEUT Charles
TANCREZ Marie
TAVERNIER Florie
THIOUNE Marène
TRINH Michaël
VAILLANT Mary
VINCENT Clotilde
VOSGIN-DINCLAUX Maylis
WANTIEZ Lucie
WECXSTEEN Margot
WERION Marion
WILLOT Philippine

MEDECINE INTERNE

RADASAN Andreea
ROUSSELIN Clémentine

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

BOUKHRISS Mohamed
KINS Marie-Josée

NEPHROLOGIE

LEMOINE Cécile
PROMERAT Aude
TIRDEA Alina-Elena
VANDENBUSSCHE Cyrille

NEUROCHIRURGIE

FARAH Kaissar
QUIDET Mathilde

NEUROLOGIE

BOUCHER Julie
GRIGORAS Alexandru-Valer
PAGES Benoîte

ONCOLOGIE Option MEDICALE

JAMME Philippe

OPHTALMOLOGIE

MAUDINET Adrien
MORELLO Caroline
SERGENT Damien
ZAIER Djamel

OTO-RHINO LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE

GENGLER Isabelle

PEDIATRIE

BARREAU Pauline
BOULISFANE Siham
COMBES Sarah
FALLOT Camille
LE CONIAC Mathilde
LEROUX Amélie
NEN Andreea-Elena
PIETRZAK Claire
RODERMANN Fanny

PNEUMOLOGIE

BARSAN Alexandra
DEPOORTERE Chloé
DURAND Vincent

PSYCHIATRIE

CATTEAU Bénédicte
CHESNEL Jonathan
DERELY Marc
GHEYSEN Eugénie
HAROCHE Alexandre
KLINK Nadine
LARROUTOUROU Claire
MIGDAL Alix
SCOUFLAIRE Tatiana
ZEGHLACHE Khadra

RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE

BORLAN Volumnia-Cipriana
JACQUIEZ Caroline
LUCACI Elena Cristina
ROTARU Ioana
YIEM Channarith

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

GHENASSIA Adrien
GOUDET Jean-Marc
JUNG Yu Jin
PROVOOST Aurélien

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE

RICHEZ-MOUTON Cécile : Addictologie
THOMAS Céline : Nutrition

Médecins décédés

CASSOU Jean Marie	CROIX	79 ans
CONTE Raymond	LE THOR	85 ans
COOREN JEAN	LILLE	80 ans
COOREN Jean-Claude	MOUVAUX	74 ans
CORNETTE Walter	COMPIEGNE (60)	84 ans
COUSIN Robert	ROUBAIX	91 ans
CRASQUIN André	VALENCIENNES	92 ans
DAILLIEZ Jean	CAMBRAI	94 ans
DECHERF Dominique	LILLE	71 ans
DELOBEL Jacques	CAUDRY	94 ans
DEMETTRE Yves	BIERNE	64 ans
DESROUSSEAU Eliane	METEREN	79 ans
DUBIEZ Fernand	CROIX	98 ans
DUMAS Catherine	ILLE	48 ans
DUONG Chung Tan	BEUVRAGES	67 ans
FLAMENT Raymond	DUNKERQUE	91 ans
FRENS Philippe	TOURNAI (Belgique)	71 ans
FRITSCH Paul	MAUBEUGE	91 ans
FURON Daniel	SANTES	82 ans
GAMOT DAUBRESSE Maryvonne	MARCQ EN BAROEUL	73 ans
GASNAULT Jean Pierre	LILLE	86 ans
GELEZ Pierre	MARCQ EN BAROEUL	68 ans
GOGUILLON Charles	SUISSE	80 ans
GRAYE Françoise	BAISIEUX	65 ans
HEBBINCKUYS Paul	Roubaix	89 ans
HECQUET Patrice	LAMBERSART	70 ans
HETMANCZYK Richard	MARQUETTE LEZ LILLE	66 ans
JOUET Jean-Pierre	ALLENES LES MARAIS	69 ans
LASSELIN Michel	MARCQ EN BAROEUL	92 ans
LEJEUNE Michel	CROIX	80 ans
LILIN Norbert	TOURCOING	66 ans
LOREZ Lionel	MARCQ EN BAROEUL	66 ans
MARCELLE Bernard	PANJAS (32)	74 ans
MARIETTE Chrsitophe	LILLE	47 ans
MASINGUE Jean	LOOS	94 ans
MELINE Eric	ROUBAIX	53 ans
MERTEN Pascal	DOUAI	68 ans
MUKA LOURDAUX Odile	LILLE	58 ans
NTUMBA Mukadi	VILLENEUVE D ASCQ	60 ans
THIBAUDIER BEZIN Michelle	LOOS	91 ans
TOURNAY Marcel	VALENCIENNES	68 ans
TROUILLEZ Jean	BADEN	90 ans
TROUILLEZ Jean Marie	Croix	95 ans
VANDENBROERE BOUQUET ANNE	DUNKERQUE	51 ans
VAUTRIN Gérard	DUNKERQUE	93 ans
VITRAC Pierre	LILLE	66 ans
WALLON André	MERVILLE	91 ans

Nous adressons nos sincères condoléances aux familles des médecins disparus.



“Etrange l’homme sans rivage près de la femme riveraine (St J.P) – Vitraux”

Docteur Robert-Henri CLAISSE



▪ *Directeur de publication :*
Dr Jean-François RAULT

▪ *Rédacteur en chef :*
Dr Jean-Philippe PLATEL

▪ *Rédactrice :*
Mme Julie SCARNA

▪ *Comité de la rédaction :*
Les Docteurs Jean-François
RAULT, Jean-Philippe PLATEL,
Bernard DECANTER, Caroline
FLORENT-BRUANDET, Martine
LEFEBVRE-IVAN et Patrick
LEROUX.

▪ *Photos :* Archives du Conseil
de l’Ordre des Médecins.

▪ *Conception et réalisation :*
Exemplaire, Villeneuve d’Ascq.
Tél.: 03 20 70 96 05

▪ *Dépôt légal :* en cours
▪ *ISSN :* en cours.

▪ *Vous pouvez adresser vos
réactions à la Commission
du bulletin :*
Tél.: 03 20 31 10 23
(Mme Julie Scarna)
Mail : nord@59.medecin.fr