





6. **Date d'obtention du diplôme permettant l'exercice :**    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

## 7. QUALIFICATIONS ET DISCIPLINES ACQUISES

### **SPECIALITE(S) OBTENUE(S) EN FRANCE :**

**D.E.S. :** .....

Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

**D.E.S.C. (groupe II) :** .....

Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

**C.E.S. :** .....

Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

### **Qualification reconnue par l'Ordre (par voie de Commission de qualification) :**

Validée par quel Conseil Départemental (CD) ?    |\_|\_|<sup>(2)</sup> ..... Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Validée par le Conseil National ..... Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Qualification reconnue dans le cadre de la P.A.E.** (art. L4111-2 I et Ibis du CSP) ..... Date <sup>(3)</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Qualification reconnue par l'autorisation Hocsman** (art. L4111-2 II du CSP) ..... Date <sup>(3)</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Qualification reconnue dans le cadre du régime général** (art. L4131-1-1 du CSP) ..... Date <sup>(3)</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Qualification reconnue dans le cadre de l'arrangement France-Québec** (art. L4111-3-1 du CSP) ..... Date <sup>(3)</sup> : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **SPECIALITE(S) OBTENUE(S) DANS UN PAYS DE L'U.E. OU DE L'AELE :**

Qualification obtenue : .....

Dans quel pays ? ..... Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autres disciplines acquises en qualité de compétence qui vous ont été reconnues par l'Ordre (Ancien Régime) :  
..... CD |\_|\_|<sup>(2)</sup>    Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
..... CD |\_|\_|<sup>(2)</sup>    Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 8. AUTRES DIPLOMES (fournir copie du diplôme)

**D.E.S.C.** (groupe I) : .....

Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

**D.I.S. :** .....

Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

**Capacité(s) :** .....

Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

### **Diplômes interuniversitaires (D.I.U.) ou universitaires (D.U.) de formation complémentaire :**

Lieu d'obtention : Faculté ..... Pays.....

## 9. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE PREVUE DANS LE DÉPARTEMENT

Veillez préciser ci-dessous votre situation professionnelle : (Ne cocher qu'une seule case)

- En activité :  une ou des **activités médicales régulières** (y compris les vacances régulières)  
 activité médicale **intermittente** (remplacements discontinus ou réguliers, vacances occasionnelles) –  
(Passer à la question 18 et suivantes)
- Sans activité :  Vous **n'exercez pas temporairement** une activité médicale (période de formation, situation d'inactivité, convenance personnelle) – (Passer à la question 18 et suivantes)

10. Date prévue du début d'exercice : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## 11. RESIDENCE PROFESSIONNELLE DE L'ACTIVITÉ LA PLUS IMPORTANTE EN POURCENTAGE DE TEMPS A COMPTER DU \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Cette adresse figurera au Tableau de l'Ordre : elle sera publiée conformément aux dispositions de l'art. L4113-2 du Code de la santé Publique)

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE OU AUTRE SALARIÉE

Raison sociale : .....

Etage-Escalier-Appart.-BP : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : .....

N° et libellé de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Etage - Service : .....

Lieu-dit - BP : .....

Libeller de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....

## 12. AUTRE LIEU D'EXERCICE N°2 DEPUIS LE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE OU AUTRE SALARIÉE

Raison sociale : .....

Etage-Escalier-Appart.-BP : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : .....

N° et libellé de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Etage - Service : .....

Lieu-dit - BP : .....

Libeller de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....

## 13. AUTRE LIEU D'EXERCICE N°3 DEPUIS LE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE OU AUTRE SALARIÉE

Raison sociale : .....

Etage-Escalier-Appart.-BP : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : .....

N° et libellé de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Etage - Service : .....

Lieu-dit - BP : .....

Libeller de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....

## 14. AUTRE LIEU D'EXERCICE N°4 DEPUIS LE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

ADRESSE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE OU AUTRE SALARIÉE

Raison sociale : .....

Etage-Escalier-Appart.-BP : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : .....

N° et libellé de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....

Employeur : .....

Etage - Service : .....

Lieu-dit - BP : .....

Libeller de la voie : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mobile : ..... E-mail : .....



ACTIVITE PRINCIPALE	ACTIVITE 2	ACTIVITE 3	ACTIVITE 4	<p align="center"><b>16. NATURE DE VOTRE ACTIVITE MEDICALE</b></p> <p align="center"><small>(Mettre autant de croix qu'il est nécessaire dans les cases correspondantes en précisant s'il s'agit de l'activité principale ou d'une activité secondaire)</small></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Vous exercez en tant que</u></p> <p><input type="checkbox"/> <b>GENERALISTE</b> <i>(non spécialiste en médecine générale)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SPECIALISTE</b> <i>(y inclus la médecine générale)</i> préciser la spécialité .....</p> <p><b>AUTRE(S) DISCIPLINE(S) EXERCEE(S)</b> <b>Compétence(s)</b> Préciser .....</p> <p><b>D.E.S.C (groupe I)</b> Préciser .....</p> <p><b>Capacité (s)</b> Préciser .....</p> <p><b>D.I.U. ou D.U. (ne sont pris en compte que ceux qui sont reconnus par l'Ordre)</b> Préciser .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Orientation en Homéopathie</b></p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Si vous exercez tout en percevant une retraite, merci de renseigner le cadre ci-dessous**

**17. RETRAITE :**  
*( y compris si vous continuez d'exercer)*

Date de retraite libérale :    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de retraite hospitalière :    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de retraite salariée :    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**18. ADRESSE PERSONNELLE <sup>(4)</sup> :**  
*(Cette adresse figurera au tableau de l'Ordre si vous n'avez pas d'adresse professionnelle distincte)*

Etage-Escalier-Appart. : ..... Tél. : ..... Mobile : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : ..... Fax : .....

N° et libellé de la voie : ..... E-mail : .....

.....

Lieu-dit ou BP : .....

CP : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....

**19. ADRESSE DE CORRESPONDANCE POUR LE RPPS <sup>(5)</sup> :**  
*(Cette adresse servira pour la carte CPS, à l'Assurance Maladie et aux services du ministère chargé de la santé)*

Etage-Escalier-Appart. : ..... Tél. : ..... Mobile : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : ..... Fax : .....

N° et libellé de la voie : ..... E-mail : .....

.....

Lieu-dit ou BP : .....

CP : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....

**20. ADRESSE DE CORRESPONDANCE POUR L'ORDRE :**

Etage-Escalier-Appart. : ..... Tél. : ..... Mobile : .....

Immeuble-Bât.-Résidence : ..... Fax : .....

N° et libellé de la voie : ..... E-mail : .....

.....

Lieu-dit ou BP : .....

CP : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

**21. Préparez-vous actuellement un internat ?** Oui  Non

Dans quelle discipline ? (préciser) .....

.....

**22. Avez-vous effectué des remplacements au cours des 3 dernières années ?** Oui  NonComme étudiant

Si oui, énumérez le(s) Conseil(s) de l'Ordre qui vous ont délivré votre ou vos licence(s) ?

.....

.....

.....

Comme médecin Oui  Non

Si oui, dans quel(s) Conseil(s) de l'Ordre se trouvent vos contrats de remplacements ?

.....

.....

.....

**23. Avez-vous été inscrit à un tableau de l'Ordre ?** Oui  Non

Dans quel département ? |\_|\_|

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dans quel état européen ? .....

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**24. Avez-vous subi un refus d'inscription ?** Oui  Non

Si oui, date du refus ? .....

Conseil ayant prononcé le refus : .....

Pour quel motif ? .....

.....

**25. Etes-vous inscrit dans un ordre ou organisme assimilé à l'étranger ?** Oui  Non

Lequel ? .....

Dans quel pays ? .....

**26. Avez-vous été inscrit dans un ordre ou organisme assimilé à l'étranger ?** Oui  Non

Lequel ? .....

Dans quel pays ? ..... de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**27. Etes-vous inscrit comme prestataire de services en France ?** Oui  Non

Si oui depuis quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**28. Avez-vous été inscrit comme prestataire de services en France ?** Oui  Non

Si oui, à quelles dates ?

du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**29. Avez-vous des intérêts dans un organisme ou dans une entreprise**

en rapport avec des activités médicales ou paramédicales ?

Oui  Non

Lesquels ? .....

**30. Avez-vous communiqué votre (ou vos) contrat(s) ou statuts à l'Ordre ?**

Oui  Non

(conformément aux articles L4113-9, 10 - 11 - 12 et R4127-83, R4127-84, R4127-91 et R4127-92 des Codes de la Santé Publique et de déontologie)

Si non, pourquoi ? .....

**31. Une ou des sanctions à caractère définitif ont-elles été prononcées contre vous par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales de l'Ordre des Médecins ?**

Oui  Non

Lesquelles ? .....

A quelles dates ? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat sont-il en cours ?

Oui  Non

**32. Avez-vous subi des condamnations pénales ou civiles ou une sanction administrative définitives ?**

Oui  Non

Lesquelles ? .....

A quelles dates ? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**33. Avez-vous subi des sanctions définitives prononcées par un organe professionnel ou un tribunal pénal à l'étranger ?**

Oui  Non

Lesquelles ? .....

A quelles dates ? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**34. Une instance judiciaire, disciplinaire ou devant la section des assurances sociales, est-elle actuellement en cours à votre égard ?**

Oui  Non

Devant quelle(s) instance(s) ? .....

**35. Une instance judiciaire ou disciplinaire à l'étranger est-elle actuellement en cours à votre égard ?**

Oui  Non

Devant quelle(s) instance(s) ? .....

**Commentaires :**

**Indiquer le libellé de vos plaques et ordonnances**

Dans le cas où l'intéressé désirerait faire paraître dans la presse une annonce d'installation, le libellé devra en être soumis, avant exécution, à l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre.

**Veillez indiquer les mentions données aux annuaires téléphoniques ou à tout autre annuaire professionnel :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**REPRODUIRE CI-DESSOUS A LA MAIN LA PHRASE SUIVANTE :**

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du Code de Déontologie et je fais serment de le respecter. »

**REPRODUIRE CI-DESSOUS A LA MAIN LA PHRASE SUIVANTE :**

« J'affirme sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile professionnelle en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique. »

**Je demande mon inscription au Tableau des Médecins du département de**

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.  
Je m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignements émanant du Conseil de l'Ordre.

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signature**

précédée de la mention manuscrite " Lu et approuvé "

**CE DOSSIER D'INSCRIPTION  
EST A ADRESSER AU CONSEIL  
DEPARTEMENTAL AUPRES DUQUEL  
VOUS SOLLICITEZ VOTRE INSCRIPTION**

# ANNEXE – NOUVEAU REGIME

## Liste codée des qualifications

### D.E.S. DE MEDECINE

ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
 ANESTHESIE REANIMATION (arrêté du 20.06.2002)  
 BIOLOGIE MEDICALE  
 CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES  
 PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE (1)  
 DERMATOLOGIE et VENEREOLOGIE  
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES (2)  
 GASTRO - ENTEROLOGIE et HEPATOLOGIE  
 GENETIQUE MEDICALE  
 GYNECOLOGIE MEDICALE  
 GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE et GYNECOLOGIE  
 MEDICALE Option GYNECOLOGIE MEDICALE (arrêté du 17.08.2000)  
 HEMATOLOGIE  
 HEMATOLOGIE OPTION MALADIES du SANG (arrêté du 25.04.2002)  
 HEMATOLOGIE OPTION ONCO-HEMATOLOGIE (arrêté du 25.04.2002)  
 MEDECINE GENERALE  
 MEDECINE INTERNE  
 MEDECINE NUCLEAIRE  
 MEDECINE du TRAVAIL  
 NEPHROLOGIE  
 NEUROLOGIE  
 ONCOLOGIE OPTION MEDICALE  
 ONCOLOGIE OPTION RADIOTHERAPIE  
 ONCOLOGIE OPTION ONCO-HEMATOLOGIE (arrêté du 25.04.2002)  
 PEDIATRIE  
 PNEUMOLOGIE  
 PSYCHIATRIE  
 RADIODIAGNOSTIC et IMAGERIE MEDICALE  
 RADIOTHERAPIE (3)  
 MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION  
 RHUMATOLOGIE  
 SANTE PUBLIQUE et MEDECINE SOCIALE

### D.E.S. DE CHIRURGIE

AC	CHIRURGIE INFANTILE	CI
AR	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE	CS
BM	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE	CO
CM	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE	CP
PC	et ESTHETIQUE	
DV	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE	CC
EM	CHIRURGIE UROLOGIQUE	CU
GH	CHIRURGIE VASCULAIRE	CL
GM	CHIRURGIE VISCERALE	CV
GY	CHIRURGIE GENERALE (arrêté du 26.03.1993)	CG
	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	GO
GOM	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE et GYNECOLOGIE	
HE	MEDICALE OPTION GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	GOO
HS	(arrêté du 25.04.2002)	
HO	NEUROCHIRURGIE	NC
MG	OPHTALMOLOGIE	OP
MI	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE et CHIRURGIE	
MN	CERVICO-FACIALE	OR
MT	OTO-RHINO-LARINGOLOGIE et CHIRURGIE	
NP	MAXILLO-FACIALE	OC
NE	STOMATOLOGIE	SO
OM		
OT		
OH		
PE		
PN		
PS		
RD		
RT		
RF		
RH		
SS		

RECHERCHE MEDICALE RM  
 QUALIFICATION en MEDECINE GENERALE 90

(1) Abrogé par l'arrêté du 24.05.2005

(2) Dénomination modifiée par l'arrêté du 06.02.2008

(3) D.E.S supprimé par l'arrêté du 04.05.1988

# ANNEXE – NOUVEAU REGIME

## Liste codée des D.E.S.C. du groupe II (1)

- DI CHIRURGIE INFANTILE
- DF CHIRURGIE de la FACE et du COU
- DM CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE
- DS CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE et STOMATOLOGIE
- DO CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIE
- DP CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE et ESTHETIQUE
- DT CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO- VASCULAIRE
- DU CHIRURGIE UROLOGIQUE
- DL CHIRURGIE VASCULAIRE
- DD CHIRURGIE VISCERALE et DIGESTIVE
- DG GERIATRIE (arrêté du 12.02.2004)
- DR REANIMATION MEDICALE (arrêté du 20.06.2002)

(1) article 7 du décret n° 91-1135 du 28 octobre 1991

# ANNEXE - NOUVEAU REGIME

## Liste codée des D.E.S.C. du groupe I et Capacités

### D.E.S.C. DE MEDECINE

YU	ADDICTOLOGIE
YA	ALLERGOLOGIE et IMMUNOLOGIE CLINIQUE
YZ	ANDROLOGIE (arrêté du 26.03.1993)
YO	CANCEROLOGIE
YF	CHIRURGIE de la FACE et du COU (1)
YC	CHIRURGIE PLASTIQUE et RECONSTRUCTRICE (arrêté du 26.07.1983)
YB	CHIRURGIE VASCULAIRE (3)
YQ	DERMATOPATHOLOGIE (arrêté du 25.04.2002)
YX	FOETOPATHOLOGIE (arrêté du 25.04.2002)
YG	GERIATRIE
YJ	HEMATOLOGIE et MALADIE DU SANG
YH	HEMOBIOLOGIE TRANSFUSION
YI	IMMUNOLOGIE et IMMUNOPATHOLOGIE (2)
YYC	MEDECINE de la DOULEUR et MEDECINE PALLIATIVE (arrêté du 26.01.2007)
YL	MEDECINE LEGALE et EXPERTISES MEDICALES
YK	MEDECINE NUCLEAIRE (3)
YYB	MEDECINE de la REPRODUCTION (arrête du 22.09.2004)
YR	MEDECINE de la REPRODUCTION et GYNECOLOGIE MEDICALE
YS	MEDECINE du SPORT (arrêté du 20.06.2002)
YW	MEDECINE D'URGENCE (arrêté du 22.09.2004)
YM	MEDECINE VASCULAIRE (arrête du 15.06.1990)
YY	NEONATOLOGIE (arrête du 19.10.2001)
YYA	NEUROPATHOLOGIE (arrêté du 25.04.2002)
YN	NUTRITION
YD	ORTHOPEDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE
YT	PATHOLOGIE INFECTIEUSE et TROPICALE, CLINIQUE ET BIOLOGIQUE
YV	PHARMACOLOGIE CLINIQUE et EVALUATION des THERAPEUTIQUES
YP	PSYCHIATRIE de L'ENFANT et de L'ADOLESCENT
YE	REANIMATION MEDICALE

### D.E.S.C. DE BIOLOGIE MEDICALE

Y1	BIOCHIMIE HORMONALE et METABOLIQUE
Y2	BIOLOGIE des AGENTS INFECTIEUX
Y3	BIOLOGIE MOLECULAIRE
Y4	CYTOGENETIQUE HUMAINE
Y5	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
Y6	PHARMACOCINETIQUE et METABOLISME des MEDICAMENTS
Y7	RADIOPHARMACIE et RADIOBIOLOGIE
Y8	TOXICOLOGIE BIOLOGIQUE

### CAPACITES

(Concerne également l'Ancien Régime)

ZA	ADDICTOLOGIE CLINIQUE (arrêté du 11 .03.2002)
Z1	AIDE MEDICALE URGENTE ou MEDECINE D'URGENCE (4)
Z2	ALLERGOLOGIE
ZW	ANGEIOLOGIE (arrêté du 15.06.1990)
ZV	EVALUATION et TRAITEMENT de la DOULEUR
Z3	GERONTOLOGIE
Z4	HYDROLOGIE et CLIMATOLOGIE MEDICALES
Z5	MEDECINE AEROSPATIALE
Z6	MEDECINE et BIOLOGIE DU SPORT
Z7	MEDECINE de CATASTROPHE
Z8	MEDECINE PENITENTIAIRE
ZT	MEDECINE de SANTE au TRAVAIL et de PREVENTION des RISQUES PROFESSIONNELS (arrêté du 14.11.2003)
Z9	MEDECINE TROPICALE
ZJ	PRATIQUES MEDICO-JUDICIAIRES (arrêté du 10.01.2000)
ZY	TECHNOLOGIE TRANSFUSIONNELLE (arrête du 28.06.1991)
ZX	TOXICOMANIES et ALCOOLOGIE (arrêté du 29.04.1988)

- (1) ancienne dénomination : CHIRURGIE CERVICO-MAXILLO-FACIALE  
(2) ancienne dénomination : IMMUNOPATHOLOGIE  
(3) D.E.S.C supprimé par l'arrêté du 4 mai 1988  
(4) Nouvelle dénomination (arrêté du 3 juin 1998)

## ANNEXE – ANCIEN REGIME

### Liste codée des Qualifications acquises par CES ou par COMMISSION

	S. = SPECIALITE	C. = COMPETENCE		C. ex. = COMPETENCE EXCLUSIVE	
C.	ALLERGOLOGIE	33	S.	MALADIES de L'APPAREIL DIGESTIF	28
S.	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES HUMAINES	66	C.	MALADIES de L'APPAREIL DIGESTIF	29
C.	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES HUMAINES	01	C.	MALADIES du SANG	38
S.	ANESTHESIE - REANIMATION	02	C.	MEDECINE APPLIQUEE aux SPORTS	05
C.	ANESTHESIE - REANIMATION	03	C.	MEDECINE EXOTIQUE	31
C.	ANGEIOLOGIE	34	S.	MEDECINE INTERNE	32
S.	BIOLOGIE MEDICALE	04	C.	MEDECINE LEGALE	40
C.	CANCEROLOGIE	35	S.	MEDECINE NUCLEAIRE	81
S.	CARDIOLOGIE et MEDECINE des AFFECTIONS VASCULAIRES	06	C.	MEDECINE NUCLEAIRE (*)	69
C.	CARDIOLOGIE et MEDECINE des AFFECTIONS VASCULAIRES	07	C.	MEDECINE THERMALE et CLIMATOLOGIE MEDICALE	71
C.	CHIRURGIE de la FACE et du COU	83	S.	MEDECINE du TRAVAIL (*)	77
S.	CHIRURGIE GENERALE	08	C.	MEDECINE du TRAVAIL	41
C.	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	10	S.	NEPHROLOGIE	67
C.	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE	12	C.	NEPHROLOGIE	30
S.	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE	70	S.	NEUROLOGIE	42
C.	CHIRURGIE PEDIATRIQUE	68	C.	NEUROLOGIE	43
S.	CHIRURGIE PEDIATRIQUE	89	S.	NEURO-CHIRURGIE	44
C.	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTION et ESTHETIQUE	09	C.	NEURO-CHIRURGIE	45
S.	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE et ESTHETIQUE (**)	85	S.	NEURO-PSYCHIATRIE	46
C.	CHIRURGIE THORACIQUE	11	C.	NEURO-PSYCHIATRIE	47
S.	CHIRURGIE THORACIQUE (**)	86	C. ex.	OBSTETRIQUE	26
S.	CHIRURGIE UROLOGIQUE (**)	87	C.	OBSTETRIQUE	27
S.	CHIRURGIE VASCULAIRE (*)	82	S.	ONCOLOGIE MEDICALE (*)	78
S.	CHIRURGIE VISCERALE et DIGESTIVE (**)	88	S.	ONCOLOGIE RADIOTHERAPIQUE (*)	80
S.	DERMATO -VENEREOLOGIE	14	S.	OPHTALMOLOGIE	48
C.	DERMATO -VENEREOLOGIE	15	S.	O.R.L.	49
C.	DIABETOLOGIE-NUTRITION	36	C.	ORTHOPEDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE	76
S.	ELECTRO-RADIOLOGIE	16	S.	PEDIATRIE	50
C.	ENDOCRINOLOGIE	37	C.	PEDIATRIE	51
S.	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES	74	C.	PHONIATRIE	52
C.	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES	75	S.	PNEUMOLOGIE	53
C.	GENETIQUE MEDICALE	72	C.	PNEUMOLOGIE	54
S.	GENETIQUE MEDICALE	84	S.	PSYCHIATRIE	55
S.	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	21	S.	PSY. OPTION ENFANT ADOLESCENT	56
Bi-C. ex.	GYNECOLOGIE MEDICALE et OBSTETRIQUE	22	C.	PSYCHIATRIE	57
Bi C.	GYNECOLOGIE MEDICALE et OBSTETRIQUE	23	C.	PSY. OPTION ENFANT ADOLESCENT	58
C. ex.	GYNECOLOGIE MEDICALE	24	S.	RADIO - DIAGNOSTIC	17
C.	GYNECOLOGIE MEDICALE	25	S.	RADIO - THERAPIE	18
			S.	RADIO - DIAGNOSTIC - THERAPIE	19
			C.	REANIMATION	39
			S.	REED. READAPT. FONCTIONNELLES	59
			C.	REED. READAPT. FONCTIONNELLES	60
			S.	RHUMATOLOGIE	61
			C.	RHUMATOLOGIE	62
			S.	SANTE PUBLIQUE (*)	79
			S.	STOMATOLOGIE	63
			C.	UROLOGIE	13
			C. ex.	UROLOGIE	64

(\*) Loi du 18.01.1994

(\*\*) Loi du 17.01.2002

# ANNEXE

## Articles L.4113-9-10-11-12 et 4163-10 du Code de la Santé publique Articles R4127-83, R4127-84, R4127-91 et R4127-92 du Code de Déontologie

### CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Art. L. 4113-9 - Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes en exercice, ainsi que les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exercent leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.

Les mêmes obligations s'appliquent aux contrats et avenants ayant pour objet de transmettre sous condition résolutoire la propriété du matériel et du local.

La communication prévue ci-dessus doit être faite dans le mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant, afin de permettre l'application des articles L. 4121-3 et L. 4127-1.

Les contrats et avenants dont la communication est prévue ci-dessus doivent être tenus à la disposition du ministre chargé de la santé par le conseil départemental de l'ordre des médecins, par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou par le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes.

Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme doit le faire par écrit.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes exerçant en société doivent communiquer au conseil dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés. Ces communications doivent être faites dans le mois suivant la conclusion de la convention ou de l'avenant.

Article L. 4113-10 - Le défaut de communication des contrats ou avenants ou, lorsqu'il est imputable au praticien, le défaut de rédaction d'un écrit constituant une faute disciplinaire susceptible d'entraîner une des sanctions prévues à l'article L. 4124-6 ou de motiver un refus d'inscription au tableau de l'ordre.

Le conseil départemental ne peut plus mettre en œuvre, à raison des contrats et avenants ci-dessus prévus, les pouvoirs qu'il tient de l'article L. 4112-3 lorsqu'un délai de six mois s'est écoulé depuis la communication desdits contrats ou avenants.

Article L. 4113-11 - L'absence de communication ou la communication mensongère expose son auteur aux sanctions prévues à l'article L. 4124-6.

Le conseil de l'ordre peut refuser d'inscrire au tableau des candidats qui ont contracté des engagements incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver le praticien de l'indépendance professionnelle nécessaire.

Article L. 4113-12 - Modifié par Ordonnance n°2005-1040 du 26 août 2005, art. 1, JOSE 27 août 2005

Les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4113-9 peuvent soumettre au conseil de l'ordre les projets des contrats mentionnés aux premier et deuxième alinéas dudit article. Le conseil de l'ordre doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Art. L.4163-10 - Le refus d'un contractant non praticien de régler par écrit un des avenants prévus à l'article L. 4113-9 est puni de 6000 euros d'amende.

### CODE DE DEONTOLOGIE

- Art. R4127-83 - Conformément à l'article L. 4113-9 du code de la santé publique l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent code de déontologie.

Tout projet de contrat peut être communiqué au Conseil départemental de l'Ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Toute convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au premier alinéa, en vue de l'exercice de la médecine, doit être communiqué au Conseil départemental intéressé, de même que les avenants et règlements intérieurs lorsque le contrat y fait référence.

Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le Conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au Conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ni aucun avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du Conseil.

- Art. R4127-84 - L'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'un établissement public, doit faire l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le médecin a la qualité d'agent titulaire l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

Le médecin est tenu de communiquer ce contrat à l'instance compétente de l'Ordre des Médecins. Les observations que cette instance aurait à formuler sont admises par elle à l'autorité administrative intéressée et au médecin concerné.

- Art. R4127-91 - Modifié par décret n°2006-1566 du 13 décembre 2006 - art. 1 JOIF 14 décembre 2006

Toute association ou société entre médecins en vue de l'exercice de la profession doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Il en est de même dans les cas prévus aux articles R.4127-65, R.4127-67, R.4127-68 du présent code de déontologie, ainsi qu'en cas d'emploi d'un médecin par un confrère dans les conditions prévues par l'article R. 4127-95.

Les contrats et avenants doivent être communiqués, conformément à l'article L.4113-9 au conseil départemental de l'ordre qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie, ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national.

Toute convention ou contrat de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs médecins, d'une part, et un ou plusieurs membres des professionnels de santé, d'autre part, doit être communiqué au conseil départemental de l'ordre des médecins. Celui-ci le transmet avec son avis au conseil national, qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur, avec le code de déontologie et notamment avec l'indépendance des médecins.

Les projets de convention ou de contrat établis en vue de l'application du présent article peuvent être communiqués au conseil départemental de l'ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Le médecin doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ni aucun avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du conseil.

- Art. R4127-92 - Le médecin ne peut accepter que dans le contrat ou le loi à l'établissement de santé où il est appelé à exercer figure une clause qui, en faisant dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères liés à la rentabilité de l'établissement, aurait pour conséquence de porter atteinte à l'indépendance de ses décisions ou la qualité de ses soins.