

ORDRE DES MEDECINS DU CALVADOS

Sommaire

- 01** ▷ L'éditorial du Président
- 02** ▷ La lettre du Doyen
- 03** ▷ Le mot de la Trésorière
- 04** ▷ Le rapport du Secrétaire Général
- 05** ▷ La remise du prix Esculape 2016
- 07** ▷ Dossier : le parcours d'une plainte ordinale
- 11** ▷ Informations médicales
 - Violences sexuelles sur mineurs
 - Evolution récente de la procédure du signalement de la maltraitance
 - Prévention du suicide chez l'adolescent : le point sur la théorie de l'attachement
 - Certificat de décès : pour en finir avec quelques idées reçues
- 16** ▷ Informations diverses
 - Prévention des violences conjugales et sexuelles
 - Le point sur la formation médicale continue
 - Assurance volontaire vieillesse pour les conjoints collaborateurs
 - Actualisation de la carte des Zones d'Implantation Prioritaire
 - Guide des certificats et autres écrits médicaux
 - Diplôme Universitaire d'Éthique des sciences de la vie
- 21** ▷ La déontologie médicale à travers les cultures
 - Déontologie médicale et littérature
 - Déontologie médicale et histoire
- 24** ▷ Carnet médical
 - Carnet médical
 - In memoriam

2016

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Calvados

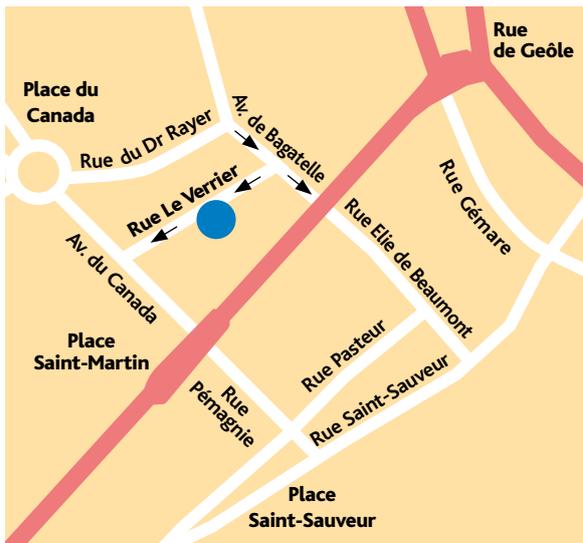
13 rue Le Verrier
14000 CAEN

Tél. : 02 31 86 38 28

Fax : 02 31 38 29 01

Courriel : calvados@14.medecin.fr

Site : <http://www.conseils-ordre-medecins-basse-normandie.fr>



Secrétariat :

- Directrice Administrative : Mme Myriam HERVIEU
- Accueil : Mmes Catherine BECMONT, Anne BRÉGEON

Heures d'ouverture du secrétariat :

- Du lundi au vendredi de 9 h 00 à 12 h 00
- Les lundis, mardis, jeudis et vendredis après-midi de 13 h 30 à 16 h 00

Comité de Rédaction du Bulletin :

Drs BÉQUIGNON Arnaud - BOURDELEIX Sylvie - CENDRIER-SCHAEFFERT Éliane - DEMONTROND Jean-Bernard
HUREL-GILLIER Catherine - HURELLE Gérard - IZARD Jean-Philippe - LEPORRIER Michel - PAPIN-LEFEBVRE Frédérique
SALAUN-LE MOT Marie-Anne



Les limites du secret médical

En dehors des dérogations légales, il faut retenir le caractère général et absolu du secret. Il s'agit d'un concept à la fois ordinal et pénal, nécessaire pour instaurer la confiance indispensable à l'exercice de la profession de médecin. Ni le patient, ni la mort ne peuvent délier le médecin du secret. Dans les limites fixées par la loi du 4 mars 2002, et en toutes circonstances, il n'est plus question d'une simple obligation déontologique pour le médecin mais bel et bien d'un droit pour le patient et qui va dans le sens de son intérêt. Certaines dérogations sont obligatoires : déclaration de naissance, de décès, maladie contagieuse, admission en soins psychiatriques, demande de mise sous protection de justice, accident de travail, procédure d'indemnisation, lutte contre le dopage, veille sanitaire. Le droit a posé au secret médical des limites lorsque le médecin est confronté à des situations particulières. La loi permet, en effet, de signaler des violences infligées à un mineur ou à une personne hors d'état de se protéger ainsi qu'à une personne majeure avec son accord, soit directement au procureur, soit à la cellule de recueil d'informations préoccupantes (CRIP) par le biais d'une information. Autres limites : le médecin est en présence de faits matériels qu'il pense délictueux ou criminels, ou encore, est confronté à une situation qui lui semble pouvoir déboucher sur la possibilité d'un crime ou d'un délit. Les professionnels de santé peuvent ainsi informer le préfet du caractère dangereux du patient qui possède une arme ou qui veut en acquérir une. Dans ces cas-là, le médecin peut en aviser les autorités. Néanmoins, pénalement, il n'est pas obligé de le faire.

La violation du secret médical est un délit prévu par le Code Pénal et qui peut être sanctionné par le tribunal correctionnel. Des situations exceptionnelles ou de circonstances particulières posent au médecin la question de la révélation d'informations couvertes par le secret, en violation des règles législatives et déontologiques, afin d'éviter de possibles conséquences dramatiques. Si le secret médical semble inhérent à l'ADN même du médecin, il semble dans un même temps avoir des limites et mettre à mal, dans certains cas, la sécurité du patient ou de ceux qui l'entourent.

Le crash de l'avion de la GERMANWINGS est un exemple très éloquent. Fallait-il que le médecin, au courant de la pathologie du pilote, rompe le secret ? Le maître mot en médecine aéronautique est la sécurité. Dans le domaine médical, la sécurité est assurée en délivrant l'attitude médicale la plus juste au navigant. Dans cet exemple du pilote d'avion, le risque du secret, en cas de silence du navigant, du médecin traitant ou du médecin du travail, est qu'une décision erronée soit prise quant à son aptitude. En partageant des informations, les médecins pourraient donc non seulement concourir aux soins communs du patient mais également œuvrer à la même mission de service public de protection du patient et des tiers. Dans les faits, le maintien du secret médical, dans ce cas, peut induire une forme de mise en danger délibérée d'autrui. Malgré cela, le médecin n'ose pas s'exprimer. Le secret devient alors un lourd fardeau pour celui qui en est détenteur. Or, si le médecin évoque les risques que son patient pourrait faire courir à la sécurité aérienne, il s'expose alors à un procès ordinal et à un procès pénal en cas de plainte.

Il est important de se rappeler les fondamentaux de la mission du médecin qui est, entre autres, d'être un arbitre entre le particulier et la collectivité tandis que le secret médical est institué dans l'intérêt supérieur du patient. Les dérogations sont destinées à préserver le reste de la collectivité. Les situations doivent donc être nourries par la conscience que le médecin a de ce double devoir : un devoir vis-à-vis du particulier et un devoir vis-à-vis de la collectivité. N'est-il pas possible de faire évoluer le médecin en fonction de ses devoirs éthiques fondamentaux ? Il faudrait préserver son patient à condition que cela ne nuise pas à autrui. Le secret médical n'est donc pas, dans les faits, général et absolu. Cependant trop de dérogations risquent de nuire à la relation de confiance entre le médecin et le patient. Aussi est-il finalement plutôt rassurant de se dire qu'à situation exceptionnelle, réponse exceptionnelle, - principe qui se base d'ores et déjà sur les textes existants -. Ainsi, si un médecin devait enfreindre ses obligations déontologiques au motif qu'il estime être en devoir de signaler une situation qui risque de mettre en danger une ou plusieurs personnes - un conducteur âgé ayant des problèmes de vue, un patient refusant d'avouer sa séropositivité à son conjoint -, et donc en devoir de révéler des informations couvertes par le secret, quitte à être traduit devant une juridiction, ne serait-il pas préférable, finalement, au cas par cas, de choisir la transgression exceptionnelle plutôt que d'envisager de nouvelles dérogations au secret ? Ces dérogations ne seraient-elles pas susceptibles, en effet, d'en entraîner d'autres et de susciter des dérives ultérieures ? La question est difficile et reste posée. Néanmoins, ce point de vue semble assez compatible avec la mission et le statut de médecin en permettant de chercher à trouver le juste équilibre.

Le Président
Docteur Gérard HURELLE



L'éditorial du Président

Cet éditorial, mon premier en tant que directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine, est tout d'abord l'occasion de remercier mon prédécesseur le professeur Pierre Denise qui a été élu président de l'Université Caen Normandie le 1^{er} avril 2016. La politique mise en œuvre depuis le début de son mandat permet d'envisager l'avenir avec confiance. Les enjeux à venir sont majeurs.

L'année 2016 est une année charnière pour notre UFR puisqu'au début de l'année 2017, nous serons une UFR Santé, réunissant la Médecine et la Pharmacie, ce qui complétera l'offre de formation et de recherche au sein du Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS). Cette fusion doit être vue comme une chance pour notre Université, nos étudiants et nos chercheurs, puisqu'elle permettra une optimisation des moyens, une réflexion pédagogique commune et de meilleures collaborations entre les équipes de recherche.

L'année 2016 a inauguré les épreuves classantes nationales (ECN) en version informatisée. Elles se sont déroulées du 20 au 24 juin au PFRS. Outre les candidats locaux, notre UFR a accueilli des candidats européens. Dès cette année, nous devons aussi préparer la réforme du 3^{ème} cycle qui devrait intervenir à la rentrée 2017. Ce diplôme d'état de docteur en médecine sera organisé en 3 phases: (1) acquisition des connaissances de base de

la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession de médecin ; (2) acquisition approfondie des connaissances et des compétences ; (3) formation professionnalisante de la spécialité. Dans ce projet, l'évaluation régulière des connaissances et des compétences de l'interne est renforcée.

Le projet de reconstruction du centre hospitalier et universitaire se dessine. Les grandes lignes de ce projet viennent d'être proposées aux tutelles. Il ouvrira de nouvelles perspectives organisationnelles pour les soins de proximité et de recours ainsi que pour les soins ambulatoires. Il devra être aussi un lieu d'enseignement et de recherche. L'université est la composante qui permet de définir un centre hospitalier et universitaire, par la signature d'une convention constitutive hospitalo-universitaire. Cette convention, signée en 1973, va être révisée dans les prochains mois.

Notre nouvelle Normandie réunie est une belle opportunité d'accroître notre visibilité. La volonté de collaborer avec l'UFR Santé de Rouen est forte, à la recherche de synergies et de complémentarités en formation (stages pour les internes) et en recherche. Enfin, notre UFR poursuit son engagement auprès de ses partenaires. Notamment, les liens avec la médecine ambulatoire sont fondamentaux. Nous avons actuellement plus de 300 internes en formation pour la médecine générale et le renforcement du département de médecine générale reste une priorité. ■

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Faut-il chaque année faire les mêmes réponses aux innombrables mêmes questions ?

Nos confrères doivent avoir peu de temps pour la lecture des bulletins ! Que ce soit dans celui de notre département, bulletin annuel, ou ceux du Conseil National qui paraissent chaque bimestre, les explications concernant les évolutions comptables sont claires et répétées et devraient éviter les courriers trop nombreux que nous recevons de confrères mécontents du montant de leur cotisation. Afin de ne pas nous répéter chaque année, nous vous renvoyons en effet aux précédents bulletins du département concernant l'intérêt de l'inscription des médecins retraités, la cotisation des sociétés d'exercice, les dates de recouvrement des cotisations... La lecture de tous ces éléments parfaitement expliqués permettrait d'éviter les courriers parfois trop acerbes et surtout les frais occasionnés par les rappels et courriers recommandés qui majorent les frais de fonctionnement du secrétariat !

Rappelons ici que le montant de la cotisation se répartit sur un total de 330€ (cotisation pleine) en une quote-part départementale de 162€, une quote-part régionale de 40€ et une quote-part nationale de 128€.

Concernant l'augmentation du montant de la cotisation, le Conseil National explique qu'il a depuis 2014 élargi ses missions par le biais notamment de la Grande Consultation et de quelques débats et commissions de réflexion afin de faire face à l'évolution de la législation et défendre la profession face aux prochaines échéances électorales. Vous pouvez en trouver les explications détaillées dans le bulletin n°42 de janvier-février 2016. De plus la cotisation n'avait pas augmenté de 2011 à 2013 ce qui fait que, ramenée sur six années, la hausse correspond à une revalorisation sur les années précédentes. ■

L'Entraide compte toujours beaucoup dans notre département et cette année nous avons de nouveau adressé l'équivalent de trois bourses d'études soit 18 000€ à l'AFEM (Association Famille et Enfants de Médecins). Nous vous rappelons que vous pouvez aussi aider ces familles par vos dons, un appel à votre générosité étant joint chaque année lors de l'appel de cotisation de janvier.

4 Le rapport du Secrétaire Général

Le Conseil Départemental a pour missions, entre autres, de tenir le tableau des médecins du département, de donner un avis déontologique sur les contrats d'exercice et de recevoir les plaintes et doléances concernant les médecins inscrits à son tableau.

Le tableau ci-dessous reprend les chiffres de l'activité ordinaire concernant ces différents domaines.

Ce travail est effectué par le personnel du Conseil (Mme HERVIEU-PROU, directrice ; Mme BECMONT et Mme BREGEON) et les conseillers qui s'investissent dans l'organisation et la tenue des conciliations, la réception des nouveaux inscrits et l'analyse des contrats.

C'est sur ce dernier point que j'aimerais revenir. En effet, le Conseil, fort de son expérience dans l'analyse des contrats d'exercice, a reçu pour mission de donner un avis déontologique sur les contrats passés entre l'industrie pharmaceutique et les praticiens. Cela a été rappelé par le rapport de 2012 de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale. Il arrive assez fréquemment que certains de nos confrères ressentent nos avis comme des mesures vexatoires et discriminantes, voire « menaçantes ». Effectivement nos confrères hospitaliers sont soumis au code de déontologie mais aussi au code

de la Santé Publique dans la définition des liens et devoirs avec leur hiérarchie. Ils doivent signaler leurs « activités accessoires ». N'entrent pas dans nos avis déontologiques l'aspect fiscal, l'assujettissement éventuel aux cotisations sociales et le versement de la prime d'engagement exclusif de service public, mais le rappel des règles qui régissent leur exercice. Ne pas rappeler que l'avis de la hiérarchie est une obligation statutaire serait manquer à notre devoir d'information et risquerait de mettre nos confrères en difficulté (direction hospitalière ou universitaire suivant le statut). C'est en ce sens qu'il faut lire nos avis de non-conformité. Conscient que ces démarches peuvent alimenter un sentiment d'accablement administratif, nous avons écrit au Doyen de la Faculté de Médecine et aux présidents de CME afin d'informer et faciliter le traitement de ces demandes d'autorisation d'activités accessoires. En effet il s'agit souvent d'un travail d'orateur, de chercheur ou de congressiste et ce travail est essentiel pour la communauté médicale. Nous avons eu des réponses favorables. Le Conseil reste à votre entière écoute pour vos remarques et à votre disposition pour vous aider et vous conseiller dans votre vie professionnelle. ■

2015	Inscriptions	Départs	Retraits du tableau	Contrats professionnels	Contrats de remplaçants	Contrats médecins industrie (CMI)	CMI non conformes	Conciliations	Doléances	Plaintes	Décision Chambres Disciplinaires	
Janvier	9	4	2	35	455	19	6	1	1	1	1 relaxe 1 blâme	
Février	9	1	9	44	344	32	6	3	0	1		
Mars	9	11	21	36	390	39	8	2	3	1		
Avril	3	7	3	26	379	8	3	0	1	0	1 refus inscription	
Mai	16	8	5	28	344	43	7	3	6	1	1 suspension de 3 mois	
Juin	18	3	13	34	391	14	2	1	5	1	1 radiation - 3 plaintes rejetées	
Juillet					300							
Août					244							
Septembre	12	14	16	44	415	59	6	1	6	1	1 suspension 3 ans, 1 blâme, 1 plainte rejetée	
Octobre	46	15	7	35	317	41	6	2	5	2		
Novembre	44	15	4	36	467	29	1	0	3	1		
Décembre	11	5	28	47	439	22	4	2	7	4	1 suspension 15 jours	
TOTAUX	177	83	108	365	4485	306	49	15	37	13		
	TENUE DU TABLEAU			AVIS DÉONTOLOGIQUES SUR LES CONTRATS D'EXERCICE				CONTENTIEUX DISCIPLINAIRES				

Remise du PRIX ESCULAPE

au projet de l'Association Médicale
Contre l'Exclusion (AMCE)
présenté par le Docteur François DUPONT

■ Une aide bienvenue pour l'Association Médicale Contre l'Exclusion.

Le Prix Esculape, créé par le CDO 14 en 2013 a pour but de récompenser un projet où se côtoient l'humanisme et l'altruisme indispensables à l'exercice de notre profession. Pour cette troisième édition, la remise du Prix s'est déroulée à la nouvelle faculté de médecine de Caen obligamment mise à notre disposition par le nouveau Doyen, le Professeur Emmanuel Touzé.

■ Le Professeur Israël Nisand, invité d'honneur



Cette année, pour la première fois, nous avons accueilli un invité d'honneur et après avoir fait, avec son brio habituel, une conférence sur « la reproduction humaine de demain », le Professeur Israël NISAND nous a fait l'amitié de parrainer la remise du Prix Esculape.

■ Deux finalistes en compétition pour des actions caennaises

- Madame Ninon Wacheul-Tardy, étudiante en quatrième année, présentait le projet de l'association « Happy Donne ». Cette association a pour objet de fédérer des personnes autour d'un sujet commun pour servir une cause humanitaire, sociale ou médicale. Cette année, la cause choisie était la mucoviscidose, et l'objectif la réalisation d'un livre solidaire dont les bénéficiaires iraient aux services de soins de pédiatrie et de pneumologie du CHU qui s'occupent des patients atteints de mucoviscidose.
- Le Docteur François Dupont, spécialiste en médecine générale, présentait le projet de « l'Association Médicale Contre l'Exclusion » (AMCE). Cette association répond aux besoins de santé exprimés par les personnes fréquentant « La Boussole » lorsqu'elles se trouvent en situation de détresse et sont dépourvues de droits d'accès au système français de soins. L'objectif était l'amélioration de la prise en charge des nombreux migrants (interprète, formation à l'ethno médecine), tout en renforçant la réponse aux besoins des exclus originaires de la région qui ne fréquentent plus le lieu.

■ Le choix du Jury : le projet de l'AMCE

Le jury (tiré au sort sous contrôle d'huissier le 24 mars dernier) s'est réuni le mardi 31 mai. Après délibérations et vote



Remise du Prix ESCULAPE au Docteur François DUPONT en présence du Professeur NISAND, du Président le Docteur Gérard HURELLE et de la Vice-Présidente le Docteur Sylvie BOURDELEIX

effectués également sous contrôle d'huissier, il a donc choisi le projet de l'AMCE présenté par le Docteur François Dupont et lui a attribué une aide de 8000 euros pour le mener à bien. Comme pour les projets primés précédemment, une évaluation de l'évolution du projet est prévue par l'envoi d'un rapport intermédiaire à 6 mois, puis d'un bilan à 12 mois. Une grande partie de l'équipe de l'Association était présente aux côtés du Docteur François Dupont pour recevoir, des mains du Professeur Nisand, et des Docteurs Hurelle et Bourdeleix, président et vice-présidente du CDO 14, un chèque d'un montant de 8000 euros.

■ Un projet local récompensé pour la première fois

Les Prix précédents avaient récompensé des projets internationaux puisqu'ils avaient été attribués :

- En 2014, au Docteur Maxence Ficheux, néphrologue au CHU, pour le projet de l'association « Accueil Enfants d'Ethiopie » à Addis-Abeba, destiné à la prise en charge d'enfants orphelins ou de jeunes mères célibataires avec leur bébé.
- En 2015 au Docteur Nathalie Daluzeau, neurologue à l'hôpital de Lisieux, pour le projet de l'association « REBENOR », destiné à la prise en charge des enfants lourdement handicapés (« enfants serpents »), au Burkina-Faso.

**Ce Prix qui récompense un projet
prônant des valeurs de respect,
de considération et d'empathie se veut
un hommage à l'engagement
et au dévouement des médecins :
nous comptons sur chacun d'entre vous
pour le faire vivre : n'hésitez pas à concourir,
nous attendons vos projets avec impatience !...**

(Le règlement est à votre disposition au secrétariat
du CDO 14 ou sur le site du CDO 14
sur le Portail Basse-Normandie Santé)

L'ASSOCIATION MÉDICALE CONTRE L'EXCLUSION (AMCE) PRÉSENTÉE PAR LE DOCTEUR FRANÇOIS DUPONT

L'AMCE est une association (Loi 1901) de médecins et professionnels de santé. Notre objectif premier est de soigner les personnes en situation de détresse, dépourvues de droits d'accès au système de soins.

Notre second objectif est de contribuer (grâce à l'intervention de partenaires) à faire ouvrir le plus rapidement possible des droits à ces personnes pour leur permettre une prise en charge dans l'offre de soins dite de droit commun, publique comme privée.

Une pharmacienne de PHI (Pharmacie Humanitaire Internationale, ex-Pharmaciens Sans Frontières), membre à part entière de l'AMCE, met à notre disposition et gère dans les règles de l'art un stock de médicaments que nous remettons aux patients, selon nos prescriptions, à l'issue des consultations.

Une subvention de la CPAM du Calvados nous permet de régler les honoraires correspondant aux actes d'imagerie ou de biologie que nous pouvons être amenés à prescrire. Elle nous permet également d'acheter ponctuellement des préparations pharmaceutiques d'indication urgente mais indisponibles dans notre stock.

Le cabinet de consultation est situé à « La Boussole », 31 cours Caffarelli, près du Cargö, salle des musiques actuelles, à Caen.

La Boussole est un lieu d'accueil de jour de premier niveau pour une mise à l'abri en journée, proposant hygiène, accès à la santé avec l'objectif de créer le lien pour un public en grande précarité, tant français qu'étranger. Ce lieu est géré par le CCAS de la Ville de CAEN.

Chaque médecin bénévole détermine librement ses créneaux de consultations et peut choisir soit d'être appelé en cas de besoin soit d'assurer une présence sur un créneau horaire de son choix. Il n'y a aucune contrainte de régularité ni de

fréquence. La liberté est totale. Il suffit d'être thésé et inscrit à un tableau départemental de l'Ordre des Médecins en tant qu'actif (libéral ou salarié) ou retraité.

Pour les médecins retraités ou salariés, l'AMCE souscrit auprès de la MACSF une assurance RCP individuelle nominative couvrant tous les actes qu'ils réalisent au sein de l'association.

Nous remercions chaleureusement le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui vient de nous décerner le **Prix Esculape 2016** grâce auquel nous allons pouvoir renforcer notre action et en améliorer la qualité. Ce prix nous permettra notamment de nous équiper d'une installation informatique et d'un logiciel de gestion de patientèle, d'accéder à un service d'interprètes professionnels au cours de la consultation, d'assurer une formation en ethnomédecine, de mieux répondre aux besoins des exclus originaires de la région qui ne fréquentent pas ou plus « La Boussole » et enfin d'éditer et de diffuser un vade mecum, mode d'emploi détaillé de l'AMCE et de ses partenaires, pour chacun des confrères en activité ... et à venir.

En effet, l'union faisant la force, **nous recrutons de nouvelles bonnes volontés** pour renforcer notre effectif. Toute consœur ou tout confrère intéressé peut se renseigner auprès du Dr François DUPONT, Président de l'AMCE Tél. : 06 62 11 70 58 ou courriel : frandup@free.fr

Nous recherchons également le concours de **spécialistes** qui accepteraient de recevoir bénévolement dans leur cabinet les patients qu'un confrère de l'AMCE aurait besoin de leur confier pour avis, après entente téléphonique directe entre eux bien sûr.

Votre engagement sera le bienvenu, quelle que soit l'ampleur de vos disponibilités.



Le président le Docteur Gérard Hurel, le Docteur François Dupont et une partie de l'équipe de l'AMCE

■ DU SERMENT D'ASSAPH AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DES RÈGLES DE L'ART DE LA MÉDECINE À LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

■ LE CHEMINEMENT HISTORIQUE

La genèse

Malicieusement le terme médecine est apparu avant l'usage du mot médecin qui ne fait qu'en dériver... Rapidement sont advenus les serments et prières qui délimitèrent les règles de l'art de la médecine et son apprentissage par les disciples, les condisciples, les confrères, les praticiens, les physiciens, les mires ou... les médecins.

Que ce soient :

- Le serment d'ASSAPH, au VI^{ème} siècle (« ... Soyez forts et ne vous laissez pas décourager, car vos efforts seront récompensés : Dieu sera avec vous si vous êtes avec Lui, si vous gardez son alliance et si vous suivez ses lois et si vous lui restez fidèles. Alors vous serez considérés comme des Saints aux yeux de tous les hommes ... »).
- La prière attribuée à Moïse MAÏMONIDE au XII^{ème} siècle (« Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'art (médical) ... Fais que l'amour de mon art, comme cuirasse, me rende invulnérable pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis... ») œuvre possiblement postérieure et apocryphe, peut-être inspirée de la « prière médicale d'un médecin juif de Rome » de Jacob ZAHALON au XVII^{ème} siècle.
- Le serment d'Amatus LUSITANUS au XVI^{ème} siècle «... Je n'ai jamais rien fait qui soit indigne ou déshonorant pour un médecin... que Dieu et son ange Raphaël me punissent de leur courroux éternel et que plus personne n'ait désormais confiance en moi... »
- Ou le plus connu serment d'HIPPOCRATE « Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire et mourir dans la tristesse. » Ou sa variante de l'Université de Montpellier.

Après cette période régie par des règles morales et religieuses, des injonctions menaçantes, des prières et des serments, des interdits et des préceptes sur l'apprentissage, le compagnonnage et l'exercice de la Médecine, une réflexion générale est apparue, au début du XIX^{ème}, dans l'esprit positiviste et épistémologiste sur la science telle celle de Jérémy BENTHAM forgeant le terme de déontologie (« *Deontology or the Science of morality* » publié à titre posthume en 1834). Presque concomitamment, Thomas PERCIVAL publie en

1803 son traité : « *Medical ethics ; or a Code of institutes and precepts, adapted to the professional interests of physicians and surgeons* » (lequel inspira le code de déontologie de l'American Medical Association en 1847). En 1845, à 38 ans, Maximilien Isidore Armand SIMON, un médecin d'Aumale, rédige son ouvrage « *Déontologie Médicale - Des devoirs et des droits des Médecins dans l'état actuel de la civilisation* » aux Editions Baillière, (« *s'il est une profession qui impose à ceux qui l'exercent l'obligation d'une morale sévère, c'est sans contredit celle du médecin.* »).

A ce jour, cette maturation de la réflexion éthique et déontologique aboutit à la version actuelle d'un serment (Hippocrate ou Genève, selon les pays) prêté par les médecins dans plus de 100 pays :

« *Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité... Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.* »

Les temps modernes

Le traumatisme de 1945 à Nuremberg oblige à une refondation de l'éthique et de la déontologie médicale avec la création de l'Association Médicale Mondiale, la rédaction du premier code de déontologie médicale français en 1947 qui prévoit en particulier l'imprescriptibilité des infractions et la non application des lois d'amnistie aux fautes disciplinaires contraires à l'honneur, la probité et aux bonnes mœurs.

Il convient, à ce moment, de noter la décision du Conseil Constitutionnel du 25 novembre 2011. En effet, le Conseil d'Etat, dans une affaire disciplinaire concernant un vétérinaire, avait décidé de renvoyer au Conseil Constitutionnel trois questions prioritaires de constitutionnalité, en particulier sur l'absence de prescription. Il résulte de cette décision que la procédure disciplinaire des vétérinaires était conforme à la Constitution. Le Conseil a, entre autres, écarté le grief tiré de l'absence de règle relative à la prescription des infractions disciplinaires ; il a pour cela considéré que la prescription en matière disciplinaire ne constitue pas un principe fondamental reconnu par les lois de la République, faute d'avoir été constamment appliqué antérieurement à 1946. Le Conseil ne se prononce ici sur la valeur du principe de prescription qu'en matière disciplinaire. Cette position du Conseil constitutionnel a d'ailleurs vocation à concerner également les autres ordres professionnels, tels ceux des médecins et des chirurgiens-dentistes.

Jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle, la chambre disciplinaire pouvait être assimilée à un « Conseil de discipline » au sein de laquelle les médecins, entre eux, jugeaient un de leurs pairs sur témoignage de la victime d'un dol. Seuls pouvaient porter plainte et être parties au procès :

- le Conseil Départemental de l'Ordre,
- le Conseil National de l'Ordre,



- les autorités légales compétentes (Préfet, Procureur, Ministre, Direction Départementale et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales),
- un syndicat de médecin,
- tout médecin inscrit au tableau,

Les patients ne pouvaient être que « témoins » non plaignants, non appelants.

Les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 ont posé les droits des usagers et des patients, glissant d'un colloque que certains ont qualifié de singulièrement paternaliste à un dialogue que d'autres ont souhaité plus généralement équilibré ou démocratique. Elles ont inscrit le code de déontologie dans le Code de Santé Publique lui donnant ainsi force de loi, réorganisé en échevinage les chambres disciplinaires (celles-ci toujours composées d'assesseurs médecins sont présidées par un magistrat professionnel).

La seule modification portée par la loi HPST de 2009 oblige dans son article 56 (article L.162-1-19 du Code de la Santé Publique) les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes à communiquer à l'Ordre toute information pouvant constituer un manquement à la déontologie.

Dès lors peuvent porter plainte toutes personnes physiques ou morales (un médecin, un patient mécontent, une administration, un organisme d'assurance maladie, une association représentant des patients, les autorités compétentes...) qui estiment qu'un médecin a enfreint le code de déontologie. Tous les médecins peuvent-ils être déférés devant la chambre disciplinaire ?

Le Code de Santé Publique distingue plusieurs saisines suivant le statut et la mission du praticien poursuivi. Cela traduit l'évolution progressive, plus ou moins soumise à du « lobbying catégoriel », d'un « conseil de discipline entre pairs » vers un statut de « juridiction ordinale mais plus ordinaire ».

La procédure disciplinaire est une procédure écrite et non orale, régie par le Code de Justice Administrative. Il y a trois échelons juridictionnels :

- la Chambre Disciplinaire de Première Instance
- la Chambre Nationale d'Appel
- le Conseil d'Etat

Ce cheminement historique posé, nous décrivons le parcours d'une plainte selon le statut ou la mission du médecin.

■ LE PARCOURS PROCÉDURAL

En préambule, si l'art (et les règles y afférant) de la médecine peut paraître monolithique et admis dans ses grands principes, une éventuelle infraction constatée prendra différents chemins selon l'auteur présumé.

I/ Médecins non inscrits à l'Ordre

Pour que le Conseil enregistre une plainte, encore faut-il que le médecin soit inscrit au tableau de l'Ordre des médecins...

Sont ainsi dispensés d'une inscription au tableau et donc immuns de toutes poursuites ordinales :

- les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées (article L. 4112-6 du Code de la Santé Publique) ;
- les médecins ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale qui ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à pratiquer la médecine (même article L.4112-6 du Code de la Santé Publique) ;
- les médecins ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen effectuant une libre prestation de services (article L. 4112-7 du Code de la Santé Publique).

1. Médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des Armées

Les médecins militaires sont soumis aux règles de déontologie propres aux praticiens des armées (décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008) s'ils ne pratiquent pas dans le cadre des activités privées lucratives.

Ce n'est pas le caractère médical qui prime dans la déontologie des médecins des armées, mais l'esprit militaire si l'on en croit le premier aspect abordé par les règles de déontologie de ces praticiens. Il est stipulé à l'article 2 qu'« *il doit se comporter en toutes circonstances avec l'honneur, la probité et la dignité qu'exige de lui son état d'officier* ». Ce n'est qu'à l'article 4 que l'esprit médical apparaît : « *le praticien des armées exerce sa mission dans le respect de la vie, de la personne et de sa dignité...* ». Quant à l'article 11, il met sur un même plan l'éthique médicale et la hiérarchie militaire. Un chapitre entier est consacré aux « relations d'autorité ».

Le médecin des armées est d'autant plus responsable des patients que, sur un théâtre d'opérations, le malade ou le blessé n'a pas le libre choix du praticien. Il est responsable de ses subordonnés et la confraternité revêt un caractère plus fort que dans le civil : « *Au cours de leur exercice professionnel, les praticiens des armées se doivent mutuellement assistance, conseil et service* ».

Les infractions possibles au code de déontologie peuvent faire l'objet d'un examen par le conseil de déontologie médicale des Armées qui siège au Val de Grâce. Le conseil de déontologie médicale des armées peut être saisi pour la qualification d'un fait constituant une faute professionnelle ou un manquement aux obligations professionnelles :

- soit par le directeur régional du service de santé des armées dont ils relèvent,
- soit par le président du conseil de déontologie médicale des armées,
- soit par le praticien des armées mis en cause, s'il récuse cette qualification.

Il est composé de 10 membres permanents et présidé par l'Inspecteur Général du Service de Santé des Armées.

2. Médecins ayant la qualité de fonctionnaire ou d'agent titulaire d'une collectivité locale

L'obligation de s'inscrire au tableau de l'Ordre ne s'applique pas à ceux des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine ou l'art dentaire ou à pratiquer les actes entrant dans la définition de la profession de sage-femme.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins estime néanmoins que, dans la mesure où leur recrutement est subordonné à la qualité de médecin, leur activité constitue bien un exercice de la médecine. Celui-ci ne se limite pas à la dispensation de soins ou à la prévention. Il comprend toutes les missions de contrôle, d'expertise, de recherche clinique, d'épidémiologie et d'évaluation.

Toutefois, n'étant pas inscrits au tableau et n'exerçant pas la Médecine, ils ne sont pas susceptibles d'être attirés dans une procédure disciplinaire.

3. Médecins ressortissants d'un Etat membre de la Communauté Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen effectuant temporairement ou occasionnellement une Prestation de Service sur le territoire français.

Cet exercice professionnel sur le territoire national sans obligation d'inscription à l'Ordre est subordonné à une déclaration préalable auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins. De plus ces médecins doivent être titulaires de diplômes, certificats ou autres titres obtenus dans l'un des Etats membres concernés, et doivent exercer légalement leur profession de médecin dans l'un de ces Etats membres. Restant inscrits dans leur Etat d'origine, les plaintes doivent être transmises à leur organisme professionnel (liste sur le site du Conseil Européen des Ordres des Médecins, <http://www.ceom-ecmo.eu/emploi-et-exercice-163>).

II/ Médecins inscrits à l'Ordre

Dès lors les choses pourraient paraître simples, le code de déontologie s'imposant à tous les médecins inscrits, les saisines de la chambre disciplinaire pour infractions pourraient être identiques :

Article 1^{er} (article R.4127-1 du Code de la Santé Publique) : Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 88 du présent code. Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Cependant, il convient là encore de distinguer trois catégories de médecins et trois cheminements différents pour une plainte...

- Les médecins chargés de mission de service public (article L. 4124-2 du Code de la Santé Publique, **alinéa 1^{er}**).
- Les médecins chargés de mission de service public et exerçant une fonction de contrôle (article L. 4124-2 du Code de la Santé Publique, **alinéa 2nd**).
- Et par défaut les médecins, inscrits au tableau, qui ne sont pas chargés de mission de service public et qui n'exercent pas dans cette mission une fonction de contrôle.

Nous commencerons par la dernière catégorie (la plus conséquente en nombre de médecins et de plaintes). L'absence de « filtre ordinal » explique ce plus fort risque.

1. Plainte à l'encontre d'un médecin non chargé de mission de service public et sans fonction de contrôle dans cette mission

Toute personne, qui s'estime victime ou qui pense qu'un médecin aurait enfreint le code de déontologie, peut porter plainte contre ce médecin auprès du conseil départemental de l'Ordre dont relève le médecin.

La plainte contre un médecin, qui exerce son activité à titre libéral ou salarié, peut être portée par :

- un patient,
- les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables des organismes de sécurité sociale,
- les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité (article R.4126-1 du code de la santé publique),
- le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel est inscrit le médecin,
- un syndicat médical ou une association de médecins,
- le ministre de la santé,
- le préfet du département,
- le directeur général de l'ARS,
- le procureur de la République.

Toutefois la plainte ne peut pas être transmise à la chambre disciplinaire de première instance sans qu'une conciliation n'ait été organisée. La procédure est clairement définie par l'article L. 4123-2 du code de la santé publique :

Il est constitué auprès de chaque conseil départemental une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres. La conciliation peut être réalisée par un ou plusieurs des membres de cette commission, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec

l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le conseil départemental peut demander à un autre conseil de procéder à la conciliation.

En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national transmet la plainte dans le délai d'un mois.

Il y a une exception à la conciliation, admise par la jurisprudence : lorsque la plainte contre un médecin est portée par le conseil départemental et/ou le conseil national de l'Ordre.

Cette conciliation est un temps important sinon le plus important.

Il est clair que cette procédure de conciliation est prévue notamment dans l'intérêt de la personne poursuivie.

Cela permet ainsi non seulement au médecin poursuivi de présenter ses observations mais également à l'autorité compétente d'apprécier la vraisemblance des faits reprochés à la personne poursuivie, et ce, avant de saisir la chambre disciplinaire.

Il arrive dans un pourcentage non négligeable (plus de 50%) qu'à l'issue de cette conciliation, le plaignant ait entendu les explications du médecin, et que cela le convainc de ne pas poursuivre la procédure disciplinaire.

A l'issue de cette conciliation et en cas d'échec, le conseil doit transmettre la plainte à la chambre disciplinaire qui est alors saisie. Le Conseil est tenu de se déterminer avec un avis motivé sur son association ou non à la plainte.

Le président de la chambre désigne alors un rapporteur, la chambre disciplinaire doit statuer dans les 6 mois suivant l'enregistrement de la plainte au greffe de la chambre disciplinaire et se prononcer (relaxe, avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer avec ou sans sursis, radiation du tableau de l'Ordre).

Le plaignant, le médecin poursuivi, les conseils départemental et national, les autorités compétentes légales peuvent relever appel de la décision dans un délai d'un mois, s'ils l'estiment inadaptée.

2. Plainte à l'encontre d'un médecin chargé de mission de service public et sans fonction de contrôle dans cette mission

L'article L4124-2 dans le premier alinéa est très clair :

Les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence

régionale de santé, le procureur de la République, le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit.

C'est la mission qui détermine le statut : par exemple un praticien hospitalier qui fait l'objet d'une plainte dans le cadre de consultations « privées » ne pourra se prévaloir de son statut de médecin de service public. A l'inverse, un médecin « libéral » effectuant une mission de service public (par exemple expertise judiciaire ou pour un organisme public) pourra se prévaloir de cette mission.

Si le Conseil départemental est destinataire d'une plainte ou d'informations sur des faits qui, commis par un médecin chargé de mission de service public, pourraient constituer une infraction au code de déontologie, il doit se déterminer dans un avis motivé s'il décide de poursuivre ou non le médecin.

S'il décide de poursuivre, il n'est pas tenu d'organiser une conciliation. Il peut néanmoins rencontrer le médecin pour l'entendre dans ses observations. La plainte du Conseil est alors transmise à la Chambre Disciplinaire ; le plaignant, s'il n'est pas une des personnes citées à l'article 4124-2, 1^{er} alinéa, n'assistera aux débats que comme témoin et ne pourra pas être appelant de la décision.

S'il décide de ne pas poursuivre, sa décision est souveraine mais peut être contestée sur la forme au Tribunal Administratif. Le plaignant peut alors demander aux autres autorités (conseil national, ARS, Procureur, préfet, ministre) de se saisir éventuellement de cette plainte.

3. Plainte à l'encontre d'un médecin chargé de mission de service public et exerçant une fonction de contrôle dans cette mission

L'article L4124-2 dans le second alinéa est également très clair et restrictif :

Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes commis dans l'exercice de cette fonction, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé ou le procureur de la République.

La saisine de la Chambre Disciplinaire échappe totalement au Conseil de l'Ordre que ce soit à l'échelon national ou départemental. C'est l'une des seules autorités citées qui décide de l'opportunité des poursuites.

Nous pourrions donc, au terme de cet exposé, écrire que, si le code de déontologie est bien un socle commun aux médecins, on distingue suivant son mode d'exercice et son inscription au tableau, des modalités différentes de saisine de la Chambre Disciplinaire. ■

■ Violences sexuelles sur mineurs

Les violences sur les enfants, en particulier les violences sexuelles, sont pour la plupart d'entre nous de l'ordre de l'inimaginable. Or il semble, selon les propos de spécialistes comme le docteur Muriel Salmona, psychiatre spécialisée dans cette problématique de victimes de violences et présidente de l'association « Mémoire traumatique et victimologie », que les jeunes victimes avaient évoqué les violences subies à leur entourage sans déclencher de réactions appropriées. Par exemple, à un garçon de 11 ans qui confiait à sa mère que son éducateur l'avait embrassé, celle-ci avait répondu que c'était sûrement par gentillesse... Et des exemples comme celui-là sont nombreux.

On sait que ne pas croire ce qui est dit ou exprimé d'une autre façon (par un changement brutal de comportement, parfois seul signe clinique d'appel), c'est un moyen de se protéger lorsqu'on est confronté à quelque chose d'insupportable d'autant qu'on peut toucher à des idéaux difficiles à remettre en cause (institutions éducatives, religieuses, professions encadrées par un code de déontologie).

Or la focalisation récente sur une catégorie de population ne doit pas masquer le fait que ce sont les agressions intrafamiliales qui sont de loin les plus nombreuses. Les violences sexuelles commises sur les enfants, très majoritairement par des hommes, touchent les deux sexes et toutes les catégories sociales. Il s'agit d'un phénomène de grande ampleur : 20,4% des femmes et 6,8% des hommes ont subi une agression à caractère sexuel au cours de leur vie (attouchement, tentative de viol, viol) et pour environ 60% des femmes et 70% des hommes, ces faits ont eu lieu avant leurs 18 ans (selon l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) réalisée par l'Inserm et l'Ined en 2006, la dernière réalisée sur ces problématiques de violences sexuelles).

« C'est un problème de santé publique majeur, plaide le docteur Salmona, les violences sexuelles sont les plus traumatisantes à long terme. Les victimes présentent des risques plus importants de suicide, de développement de troubles psychiatriques, d'addictions, de troubles de l'alimentation, du sommeil, de maladies cardio-vasculaires, de troubles gynécologiques ou gastro-intestinaux ». Elles présentent aussi plus de risques de subir des violences dans leur vie conjugale à l'âge adulte, voire d'en commettre.

Depuis les « affaires » récentes de mise au grand jour d'actes de violences sexuelles sur mineurs, et la découverte notamment que plusieurs auteurs de violences sexuelles, identifiés et condamnés, avaient par la suite continué à exercer leur activité professionnelle au milieu d'enfants, un projet de loi autorisant ou, selon les cas, rendant obligatoire la transmission

d'informations entre la justice et l'administration employant des personnes soupçonnées d'actes de pédophilie a été diligenté et a fait l'objet d'un vote à l'Assemblée le 30 mars 2016 (loi du 14 avril 2016 relative à l'information de l'administration par l'autorité judiciaire et à la protection des mineurs). Le texte de loi oblige le procureur à informer l'administration des condamnations et de certaines mesures de contrôle judiciaire prononcées à l'encontre des « personnes exerçant une activité les mettant en contact habituel avec les mineurs ».

Meilleure information, coordination des informations : une meilleure lisibilité des faits semble être le signe d'un changement et, malgré un tabou persistant, on observe « une libération progressive de la parole ».

■ Que faire en cas de violences sexuelles sur mineurs ?

Mettre tout en œuvre pour faire cesser les violences, protéger la victime, la reconnaître comme telle, la soigner, la soutenir ainsi que ses proches. Selon les cas un certificat médical de constatation des faits peut être établi mais une prise en charge spécialisée est préférable, avec les précautions particulières qu'imposent des examens chez un enfant.

Le bulletin du Conseil 2015, en page 17, précise qui appeler en cas de « doute, d'information préoccupante ou de danger grave et avéré » en donnant les renseignements pratiques (contacts et téléphones) : médecin de PMI (0231571764) ou Unité Médico-Judiciaire du CHU de Caen (faire le 15), CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes au 0231571661), Procureur de la République au Tribunal de Grande Instance selon l'évaluation du degré de gravité de la situation.

En cas de doute, des permanences téléphoniques spécialisées peuvent être conseillées : le 119 (enfance maltraitée), le 39-19 (violences conjugales), le 39-77 (maltraitance envers les personnes handicapées).

A consulter :

www.memoiretraumatique.org : le site du docteur Muriel Salmona recense les différentes formes de violences et surtout donne des conduites à tenir devant telle ou telle situation ainsi que des conseils précis aux victimes.

A lire :

« Le livre noir des violences sexuelles » du Dr Muriel Salmona, édition Dunod, 2013.



■ Evolution récente de la procédure de signalement de la maltraitance

Votée à l'unanimité par le Parlement, une loi tendant à faciliter et à étendre le signalement à tous les professionnels de santé des situations de maltraitance a été publiée au *Journal Officiel* du 6/11/2015¹. Le texte modifie essentiellement l'article 226-14 du code pénal relatif à l'atteinte au secret professionnel.

Bien qu'il existe un nombre élevé d'enfants en danger en France (le Ministère de la Justice dénombre 107 672 mineurs en danger pour lesquels le juge des enfants a été saisi en 2014), force est de constater que peu de signalements sont effectués par les médecins (selon les chiffres fournis par le CNOM en 2002, seuls 2 à 5% des signalements émanent du corps médical). Nous savons que cette réticence est liée le plus souvent à la peur d'une évaluation erronée ou à des poursuites judiciaires à leur encontre pour signalement abusif.

Désormais, l'article 226-14 du code pénal, qui autorise la révélation d'informations couvertes par le secret médical, notamment dans les cas de violences physiques, psychiques ou sexuelles, sur mineurs et majeurs protégés ou non, stipule que :

- le signalement ne relève non plus du seul médecin mais aussi de « *tout autre professionnel de santé* ».
- il peut s'effectuer auprès du procureur de la République ou auprès « *de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être* ». Cette disposition fait suite à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, qui a permis aux professionnels concernés d'échanger entre eux des informations normalement couvertes par le secret, mais nécessaires à l'évaluation d'une situation de maltraitance. Le terme de signalement devrait être réservé à la saisine du procureur de la République, lorsque la situation de l'enfant nécessite une protection judiciaire urgente. Dans les autres cas, il s'agit d'une information préoccupante que la cellule départementale évalue avant de mettre en œuvre éventuellement une mesure de protection administrative.
- hormis les cas où il est établi que le professionnel fait preuve de mauvaise foi, « *le signalement aux autorités compétentes ... ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur...* ».

Ces dernières dispositions devraient lever les réticences injustifiées des médecins et autres professionnels de santé, confrontés à la nécessité d'un signalement.

(1) Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé

(2) RF. Ministère de la Justice. Les chiffres-clés de la Justice 2015.

(3) HAS. Maltraitance des enfants. Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger. Questions/Réponses. Novembre 2014.

(4) RF. Ministère de la Santé et des solidarités. Guide Pratique. Protection de l'enfance. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation.

■ La prévention du suicide chez l'adolescent : le point sur la théorie de l'attachement

Le Conseil de l'Ordre du Calvados participe à la concertation régionale de lutte contre le suicide et ce sujet est régulièrement abordé dans le bulletin. Il nous a paru intéressant cette année d'interroger un expert en pédopsychiatrie, le docteur Patrick Genvresse, directeur de la Maison Des Adolescents du Calvados, sur ces notions majeures que sont les théories de l'attachement entre l'enfant et son environnement ainsi que l'importance du soutien précoce de la parentalité.

Le repérage des enfants qui présenteraient des troubles de l'attachement est une aide utile à la prévention du suicide. En effet, on retrouve dans 80% des cas suicidaires ou de morts par suicide un attachement « insécure », « ambivalent » ou « confus ».

Pour faciliter l'accompagnement des jeunes et de leur famille un répertoire est joint à la suite de cet article. Soyons tous acteurs de prévention contre le suicide !

Le Docteur Genvresse nous a adressé l'article suivant :

L'attachement, de la philosophie à la neuro-imagerie

Le suicide a toujours été une énigme pour l'homme. Aussi, très longtemps, le suicide, le « meurtre de soi », a été une affaire de philosophie. Dans la Rome antique, c'était un acte de liberté, les romains considéraient que : c'était la dernière liberté de ceux qui ont perdu la liberté (en raison de la maladie ou d'un « désintérêt » pour la vie). Les monothéismes, au contraire, considèrent que le suicide est un blasphème : on n'a pas le droit de se retirer la vie qui nous a été donnée. Ainsi les chrétiens suppliciaient le corps du suicidé.

On le voit, le suicide a longtemps été une question philosophique tournant autour de la dignité, du courage et de la liberté, certains des adolescents d'aujourd'hui nous entraînent sur le terrain de cette discussion (« Je suis bien libre après tout, si je veux mourir, c'est mon droit...qu'est ce que ça peut vous faire ? »)(sic) Jonathan, 16 ans). En effet, l'une des « révélations », une prise de conscience, pendant le temps d'adolescence, n'est-elle pas que nous ne maîtrisons pas grand chose : « Nous ne maîtrisons ni notre venue au monde, ni notre mort » (D. Marcelli).

Au XIX^{ème} siècle, l'approche philosophique du suicide cède le pas à d'autres modalités de compréhension. Ainsi, l'aliéniste Etienne Esquirol considérait le suicide comme une aliénation non spécifique, alors qu'Emile Durkheim postulait que « le suicide est un fait social ». Plus récemment, avec

le remarquable essor de la neurobiologie et de l'imagerie, certains ont pu avancer que le suicide ne serait que « d'origine biologique ».

Aujourd'hui la compréhension du suicide est multifactorielle (psychologique, situationnelle, génétique, sociale et psychopathologique) et une attention particulière, dans un but préventif, est accordée au type de lien d'attachement entre l'enfant et son environnement.

En France, on avance qu'un enfant sur trois fait montre d'un attachement inséure. Or les tenants de la théorie de l'attachement suggèrent que les difficultés du lien d'attachement peuvent influencer la survenue de troubles psychopathologiques, notamment la dépression, l'agoraphobie et les conduites suicidaires. On dénombre, dans notre pays, plus de 200 000 tentatives de suicide, 11 000 suicides dont environ 1000 suicides d'adolescents.

Contrairement à ce que l'on peut penser intuitivement, les idées de mort ne sont pas rares à l'adolescence, environ un jeune sur trois dit y avoir été parfois confronté. Le processus d'adolescence engendrerait donc une sorte de maturation de la « finitude », une forme d'apprivoisement progressif avec l'idée de la fin des êtres et de la sienne propre. La question ne serait donc pas tant celle de la genèse des pensées de mort à l'adolescence mais bien qu'est-ce qui pourrait bien en précipiter la mise en acte pour certains ?

Selon P. Fonagy, les sujets à l'attachement sécure se suicident peu, hormis les cas de tragédies familiales (morts répétées de proche par exemple). En revanche, **il est retrouvé un attachement inséure, ambivalent ou confus dans 80% des suicidaires et des morts par suicide.**

On le sait, les enfants qui sont élevés dans la discontinuité du lien et son peu de cohérence éducative présentent une vulnérabilité neuro émotionnelle précoce (atrophie fronto- limbique sur les images en résonance magnétique) et un lien d'attachement inséure.

Mais pour tisser ou réparer une trame d'attachement sécure chez un enfant, ne peut-on compter que sur les parents ? Bowlby le pensait et avait émis l'hypothèse de la « monotropie » : il n'existerait qu'une seule figure d'attachement possible (la mère). De nombreuses études réalisées par la suite vont à l'encontre de la monotropie en montrant que ce qui compte avant tout, c'est la qualité respective des différentes personnes que l'enfant rencontre. Ainsi, non seulement les parents mais aussi la famille et les professionnels de l'enfance peuvent contribuer à l'établissement de patterns d'attachement sécure. La possibilité de plusieurs lieux et personnes d'attachement possibles constituent un enrichissement et un facteur de résilience pour l'enfant. En effet, un lien sécurisant établi avec une personne pourra compenser la relation anxigène développée avec une autre.

Oeuvrons donc pour soutenir précocement la parentalité chez les parents en difficulté et pour proposer des lieux d'accueils tiers, des médiations relationnelles diverses pour les enfants à l'attachement inséure.

Voici les différents lieux du département vers lesquels il est possible d'adresser parents et jeunes enfants :

1. Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

Ces centres d'évaluation et de prise en charge sont spécialement destinés aux enfants de moins de 6 ans pour toute question, difficultés ou tout type de troubles.

Ils sont au nombre de 6 dans le département :

- Un CAMSP, 24 rue Bailey à Caen
- Un CAMSP, boulevard Victor Hugo à Ifs
- Un CAMSP, 9 avenue du Général de Gaulle à Falaise
- Un CAMPS, 7 quai des Remparts à Lisieux
- Un CAMPS du CROP (Centre de Rééducation de l'Ouïe et de la Parole) « La pomme bleue » à Bretteville/Odon
- Un CAMPS à Isigny d'ouverture récente en lien avec le Centre de Guidance de l'ACSEA

2. Les Centres Médico-Psychologiques pour Enfants et Adolescents.

Ils dépendent de l'hôpital public (EPSM Caen, Hôpital de Bayeux, Hôpital de Vire).

- Le CCTEF (Centre de Consultation Thérapeutique de l'Enfant et de la Famille) de Caen, Boulevard Dunois
- Le CMP de Falaise au Centre Hospitalier
- Le CMP de Colombelles, rue Elsa Triolet
- Le CMPEA de Lisieux, rue Herbet Fournet
- Le CMPEA de St Pierre sur Dives, rue Général Leclerc
- Le CMPEA de Dives sur Mer, av. Secretan
- Le CMPEA de Bayeux, route de Vaux/aure
- Le CMPEA d'Hérouville Saint Clair, 7, avenue de Cambridge

3. Les Centres Médico Psycho Pédagogiques

Ces centres de consultation et de prise en soins sont destinés aux jeunes de 3 à 18 ans et à leur famille. Il y en a 4 dans le département et une structure partenariale entre une association et un Centre Hospitalier :

- Le CMPP « Centre de Guidance » de l'ACSEA, 4 rue Jean de la Varende à Caen, qui a un agrément BAPU (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire) qui permet aux étudiants jusqu'à 28 ans de consulter.
- Le CMPP de l'Université de l'Association Gaston Mialaret, 12 rue Ferdinand Buisson, Parc Athena à Saint Contest, qui dispose également d'un agrément BAPU.
- Le CMPP du Pays d'Auge, 7 quai des Remparts à Lisieux ►►

- Le CMPP de Trouville de l'Association CMPP, rue d'Estimauville à Trouville/mer
- Le Pôle Enfance Famille de Vire dont l'association Gaston Mialaret est l'un des opérateurs avec l'hôpital de Vire

4. L'Accueil sans rendez-vous Parents enfants (enfants jusqu'à 6 ans) au Centre Psychothérapique pour Enfants, 35 route de Trouville à Caen, dépendant de l'EPSM.

5. L'Espace Accueil de la Maison des Adolescents du Calvados, place de la Mare à Caen

6. Le service de pédopsychiatrie Universitaire du CHU, côte de Nacre à Caen

7. L'offre libérale de soin en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent dans le Calvados

- Sur la trentaine de psychiatres installés dans l'agglomération Caennaise, peu (4 ou 5) acceptent de recevoir des enfants ou des adolescents.
- En revanche, de nombreux psychologues en ville acceptent de recevoir des enfants ou des adolescents mais les familles invoquent très souvent la charge financière que de tels soins non pris en charge impliquent.
- CADIAE (sarl) à Authie est un centre d'évaluation et de soin qui s'adresse aux enfants et aux adolescents.
- Les autres bassins de population du département (Bayeux, Lisieux, Falaise, Vire) se caractérisent par le peu ou l'absence d'offre de soin pédopsychiatrique.

8. Dans le cadre du REAAP (Réseau Ecoute Appui Accompagnement Parents) du Calvados, les lieux d'Accueil, Ecoute Parents (L.A.E.P.)

LA SOURIS VERTE :

1 rue du Bouvreuil - 14000 Caen Chemin Vert

RICOCHET :

Espace Malraux - 8 esplanade André Malraux
14000 Caen Grâce de Dieu

LA MOSAÏQUE :

Centre socio culturel Caf - Rue Taunton
14100 Lisieux

PERLIPAROLE :

6 avenue de Glattbach - 14760 Bretteville-sur-Odon

L'ILE AUX PARENTS :

48 rue de Bretagne - 14400 Bayeux

LA RONDE DES LUTINS :

Salle des Pompes, rue Paul Hérault
14220 Thury-Harcourt

■ Le certificat de décès : pour en finir avec quelques idées reçues

J'ai été appelé pour constater le décès de mon patient qui s'était pendu. J'ai refusé de signer le certificat de décès.

La rédaction du certificat de décès par le médecin est une obligation légale et déontologique, prévue par l'article 78 du code civil et l'article R2213-17 du code général des collectivités territoriales.

Lorsque le médecin constate des indices de mort suspecte ou des signes de mort violente, il doit s'opposer à l'inhumation en cochant un obstacle médico-légal à l'inhumation sur la partie administrative du certificat de décès.

C'est l'autorité judiciaire qui lève ensuite l'obstacle médico-légal en délivrant le permis d'inhumer.

J'ai constaté le décès sur mon papier en-tête mais je n'ai pas délivré le permis d'inhumer.

L'arrêté du 24 décembre 1996 a institué deux formulaires CERFA de certificats de décès : l'un de couleur verte, concerne les décès néonataux, survenus jusqu'à 27 jours révolus de vie ; et l'autre, de couleur bleue, de droit commun. Ces formulaires sont délivrés par l'ARS. Depuis le décret n°2006-938 du 27 juillet 2006, le médecin peut aussi établir le certificat de décès par voie électronique (<http://certdc.inserm.fr>).

Je n'ai pas reconnu son visage car le corps était putréfié mais je suis intervenu à son domicile. Ça doit être lui...

La rédaction du certificat de décès est un acte médical important, tant sur le plan médical et judiciaire qu'administratif. C'est sur la production du certificat de décès que l'officier d'état civil rédige l'acte de décès et délivre le permis d'inhumer en l'absence d'obstacle médico-légal.

Si l'identité de la personne n'est pas formellement établie, il appartient au médecin qui constate le décès de mentionner « sujet non identifié », à la place du nom et du prénom, et de cocher la case « obstacle médico-légal ». Des investigations médico-légales seront ensuite diligentées pour établir l'identité de la personne décédée.

Cela fait plusieurs jours qu'il a disparu mais je ne sais pas à quelle date le décès est survenu.

Lorsque la date du décès est inconnue ou incertaine, il appartient là encore au médecin d'être prudent et de mentionner sur le certificat de décès à la place de « survenue le... », « à une date indéterminée » ou « semblant remonter au... ».

Si nécessaires, des investigations médico-légales complémentaires seront ordonnées par l'autorité judiciaire pour fournir des éléments de datation du décès.

J'ai mis un obstacle médico-légal. Les gendarmes sont venus. Ils m'ont dit que c'était clair : c'est un suicide. Ils m'ont demandé de refaire mon certificat de décès.

Le certificat de décès est un document unique, dont la rédaction engage la responsabilité du médecin qui l'établit. S'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort suspecte, le médecin doit cocher la case « obstacle médico-légal ».

Il appartiendra ensuite au procureur de la République de diligenter ou non une enquête pour recherche des causes de la mort. Il pourra se faire assister par un médecin légiste pour apprécier la nature des circonstances du décès (article 74 du code de procédure pénale).

Si les éléments de l'enquête s'orientent vers un suicide, il n'y a pas lieu de refaire le certificat de décès. Le procureur de la République lève l'obstacle médico-légal et délivre le permis d'inhumation.

CRITÈRE D'UNE MORT SUSPECTE

- **Qualité du sujet** : personnage officiel, magistrat, témoin gênant, nouveau né...
- **Circonstances du décès** : rixe, mort au cours du travail
- **Lieu** : lieu de travail, cabinet médical, salle d'opération, prison, terrain vague...
- **Symptômes terminaux** : digestifs, pouvant simuler un empoisonnement : respiratoires, pouvant simuler une asphyxie : gynécologique hémorragiques, pouvant simuler un crime sexuel ou un avortement criminel...
- **Invraisemblances** : position incompatible des lividités, position anormale de l'arme...
- **Rumeur publique**
- **Mort subite**

C'est quoi une mort suspecte ?

Elle est régie par l'article 74 du code de procédure pénale : « En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.

Ainsi, la mort dont la cause est « inconnue » est celle qui, au premier abord, « est survenue dans des circonstances de faits qui n'expliquent pas l'événement ». La mort dont la cause est « suspecte » est celle qui semble, au premier abord, « susceptible de receler un homicide volontaire ou involontaire dont la matérialité reste toutefois à établir ».

Lorsque rien ne permet de porter avec certitude le diagnostic étiologique en faveur d'une mort naturelle, le médecin ne doit pas hésiter à mentionner sur le certificat de décès un obstacle médico-légal, ce qui entraîne automatiquement une enquête judiciaire.

La famille demande une autopsie. Que dois-je faire ?

Le médecin qui constate le décès doit s'enquérir des motivations de cette demande. S'il s'agit d'établir les circonstances du décès (mort naturelle, suicide, accident ou homicide), le médecin devra cocher un obstacle médico-légal sur le certificat de décès et prévenir les autorités judiciaires. S'il s'agit de déterminer la cause de la mort dans le cadre d'une mort naturelle, le médecin devra cocher la case OUI devant « prélèvement en vue de rechercher la cause du décès » sur le certificat de décès, après avoir vérifié que le patient n'est pas porteur d'une maladie contagieuse imposant la mise en bière immédiate en cercueil hermétique. Il prendra ensuite attache avec le service d'anatomie pathologique du CHU pour organiser l'autopsie médicale.

Ma patiente a fait don de son corps à la science. La famille ne connaît pas les démarches nécessaires. Qu'est-ce que je peux leur dire ?

Le médecin qui constate le décès devra cocher la case NON devant « obstacle au don du corps » sur le certificat de décès, après avoir vérifié l'absence d'obstacle médico-légal et l'absence de maladie contagieuse obligeant à une mise en bière immédiate. En faisant don de son corps à la science, la patiente s'est vue délivrer une carte de donateur par la faculté de médecine de son choix. Munie de cette carte, la famille en informera les Pompes Funèbres qui feront transporter le corps vers la faculté choisie. En cas de décès au CHU, la famille pourra préalablement se recueillir sur le corps pendant 48 heures. Il n'y aura pas d'inhumation du corps à l'issue.

La compagnie d'assurance demande un certificat médical attestant que mon patient est décédé de mort naturelle. Est-ce que je peux le remplir ?

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que des informations soient délivrées aux ayants droits d'une personne décédée pour leur permettre de faire valoir leurs droits (article L1110-4 du code de santé publique). Le médecin devra toutefois s'assurer de l'absence de volonté contraire exprimée par le défunt de son vivant. Après s'être assuré du statut d'ayant droit de la personne, il lui remettra le certificat (sans s'adresser directement à la compagnie d'assurance). Celle-ci pourra ensuite en faire l'usage nécessaire pour faire valoir ses droits. ■

■ Prévention des violences conjugales et sexuelles

I. Protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2018

Dans le cadre du suivi des actions départementales puis régionales menées contre les violences, la réunion plénière relative **au protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2018** a eu lieu le 25 février 2016. Son objectif était de :

- faire un état des lieux des violences dans le Calvados par les forces de l'ordre (gendarmerie et police),
- donner le bilan 2015 des violences faites aux femmes,
- évoquer l'existence récente et la formation de référents VIF (Violences Intra Familiales) au sein de la gendarmerie,
- préciser la prise en charge des auteurs et les stages de responsabilisation des auteurs.

Les forces de l'ordre, gendarmerie et police, étaient représentées respectivement par le chef d'escadron pour la gendarmerie et deux commandants de police ; une assistante sociale à l'Hôtel de Police de Caen formée à l'accueil des personnes victimes de violences était présente. La déléguée départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité, Alexandra Destais, a présenté le bilan 2015.

Le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de prévention (SPIP), et la directrice du Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles du Calvados (CIDFF), Nathalie Perringerard, ont fait le point sur les stages de responsabilisation des auteurs.

- Les données de la gendarmerie font état, **pour 2015, de 10% d'augmentation des victimes de violences conjugales (600 plaintes pour violences intra-familiales) et de 15% d'augmentation des plaintes pour viols ou tentatives de viol.** Cette augmentation est imputable d'une part au fait que les femmes dénoncent plus facilement les sévices subis, avec une meilleure prise en compte des plaintes de la part de la gendarmerie, et d'autre part au fait que cette augmentation est corrélée à une consommation plus élevée d'alcool, de stupéfiants ainsi qu'à un contexte accru de chômage et de désœuvrement. Ces violences intra-familiales touchent majoritairement les femmes avec un retentissement sur les enfants, devenus enfants témoins ou victimes lorsqu'ils s'interposent entre les parents.

Il faut noter **la création récente de 26 postes de « référents violences intra-familiales »** (VIF) répartis sur les 6 compagnies de gendarmerie départementales. Après l'entretien avec la victime, des « fiches navette » sont envoyées au Conseil Départemental qui les diffuse au réseau d'assistantes sociales qui prennent ensuite contact avec les victimes.

- Les données de la police font état **de 1344 plaintes à Caen en 2015 pour violences sexuelles, soit une augmentation de plus de 40% de violences sexuelles chez les femmes majeures et mineures.** Les tentatives d'explication sont du même registre que celles décrites ci-dessus.

- La déléguée départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité a annoncé :
 - un plan de lutte contre les agressions sexistes et le harcèlement dans les transports publics,
 - la mise en place d'un parcours de sortie de la prostitution avec des crédits dédiés à cet objectif (aucune précision n'a été donnée...),
 - la possibilité d'utiliser un « téléphone grave danger » (TGD), piloté par le ministère de la Justice et utilisé à titre expérimental jusqu'à maintenant : le tribunal de Caen en a un exemplaire à sa disposition,
 - un protocole d'accueil étendu à 72 heures pour les femmes victimes organisé par l'association Itinéraire.

- Le CIDFF et le SPIP :

Depuis août 2014 un texte de loi prévoit des stages de responsabilisation des auteurs de violences : 10 sites expérimentaux existent en France, dont un dans le Calvados. Le déroulé du stage se fait sur une dizaine de séances de trois heures ; l'accent est mis sur la notion de « responsabilisation » des auteurs par des entretiens de groupe animés par un homme et une femme, des jeux de rôles, des projections de films suivis d'échanges.

Le représentant de l'association « Revivre » a exprimé la nécessité d'une prise en charge des auteurs dès leur sortie de prison et a rappelé qu'il s'agit d'une population où l'importance des addictions de toutes natures, des difficultés professionnelles, de l'isolement rend particulièrement difficile le suivi régulier.

II. Un projet médical local en cours d'élaboration :

La création d'un Centre d'Évaluation, d'Orientation et de Consultations Spécialisées concernant les Violences Sexuelles (CEOCVS) à vocation régionale, accueillant les victimes, les auteurs de violences (surtout mineurs) ainsi que les familles est élaborée par l'équipe du CRIAVS BN (Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Basse Normandie) sous la responsabilité du docteur Catherine Gindrey et en lien avec l'EPSM de Caen.

CRIAVS-BN :

2 porte de l'Europe 14000 Caen - 02 31 06 18 80
criavs.bn@epsm-caen.fr

III. Une nouvelle association :

Une nouvelle association locale a été créée : REPENVIS, sous l'égide d'une association nationale non gouvernementale « Stop Violences Sexuelles », par Sylvie Feron, sage-femme et Caroline Devisme, psychologue-sexologue, du Centre Périnatal de Proximité et de Petite Enfance d'Honfleur. Leur souhait est de mettre en place un groupe de parole co-animé par une psychologue et une sage femme afin de développer le dépistage des violences au moment du suivi des femmes pendant la grossesse.

reprenvis@gmail.com

IV. Un annuaire de tous les professionnels concernés par la lutte contre les violences faites aux femmes (services d'urgence, numéros d'appels en cas d'urgence, lieux d'accueil et d'hébergement, associations spécialisées, assistance juridique, liste des commissariats de police, gendarmerie etc...) vient d'être édité par le CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles). Il est disponible : pour l'instant en ligne sur la page Facebook du Centre et leur blog, très bientôt sur leur site (en cours d'élaboration). Egalement sur le site de la délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité.

Rappel : le CIDFF 14 a pour mission d'informer, d'écouter et d'orienter anonymement et gratuitement le public, notamment les femmes (mais pas seulement) dans les domaines du droit, de la santé (y compris dans toutes les problématiques de violences), de la vie quotidienne et de l'emploi. Il est basé à Lisieux et a quatre permanences à Caen, sur rendez-vous.

CIDFF 14

Résidence Saint Ursin - 10 rue Roger Aini - Hauteville
14100 Lisieux - 02 31 62 32 17
cidfflisieux@wanadoo.fr

**DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE
AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ**
02 31 52 74 27

<http://www.calvados.gouv.fr/droits-des-femmes-et-egalite-r660.html>

■ Le point sur la formation médicale continue

■ Qu'est ce que le Développement Professionnel Continu (DPC) ?

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins ». Article L. 4133-1 du code de santé publique.

Le DPC a été créé par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) en 2009.

Ce dispositif s'adresse aux professionnels de santé de France (médecins mais aussi dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, sages-femmes, pharmaciens).

Le DPC s'impose donc comme une obligation à l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre quel que soit leur statut (libéral, hospitalier, salarié).

Il est en application depuis le 1^{er} janvier 2013 ; sont abandonnés à cette date les précédents dispositifs de formation (FPC) et le crédit/point.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu.

Chaque médecin a l'obligation de suivre un programme de DPC par an ; ce programme peut se dérouler sur une année ou par plusieurs étapes pluriannuelles.

Il a pour buts :

- l'acquisition et l'approfondissement de connaissances et/ou de compétences,
 - l'analyse par les professionnels eux mêmes de leurs pratiques,
- le but ultime étant « l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la maîtrise médicale des dépenses de santé ».

Le médecin est donc acteur de sa formation ; il a comme outil l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel) qui centralise toutes les offres et gère, via un compte personnel, cette formation.

En 2015, 58 950 médecins étaient inscrits sur le site de l'OGDPC pour suivre un programme de formation.

■ Qu'est ce qu'un programme de DPC ?

Le programme doit être mis en œuvre par un organisme agréé de DPC. Il doit être conforme à une orientation nationale (publiée par le Ministère en charge de la Santé) ou régionale (ARS). Il doit reposer sur une méthode et être effectué selon des modalités validées par la Haute Autorité de Santé après avis de la CSI (Commission Scientifique Indépendante) des médecins.

Ce programme doit permettre l'acquisition ou le perfectionnement de compétences et l'analyse, après évaluation, des pratiques professionnelles.

Il existe plusieurs types de programmes :

- **les programmes présentiels de DPC** : nécessitent la présence physique des participants,
- **les programmes non présentiels de DPC** : ne nécessitent pas la présence des participants (cours sur internet, lecture de documents...),
- **les programmes mixtes de DPC** : mélangent des séquences nécessitant la présence des médecins et d'autres étapes non présentielles.

Les programmes doivent s'articuler sur deux étapes au minimum :

- acquisition / perfectionnement des connaissances
- évaluation / analyse des pratiques professionnelles.

Les programmes peuvent être annuels ou pluriannuels.

■ Comment réaliser son DPC ?

- **En établissement de santé** : les médecins mettent en œuvre des démarches d'amélioration de pratiques, le plus souvent de manière collective (mono-disciplinaire, multi-disciplinaire ou pluri professionnelle) à travers, par exemple :
 - la certification des établissements,
 - l'accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risques ».

Le rôle des CME est important. Elles ont un rôle de promotion des programmes de DPC proposés par les organismes.

- **En médecine libérale**, il suffit de créer un compte personnel sur www.mondpc.fr : cela permet d'avoir accès aux organismes et aux formations.

Les URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) ont un rôle de promotion, voire d'initiateur des programmes de DPC.

En Basse Normandie, l'URML a mis en place dès 2007 des groupes « qualité » en partenariat avec l'ARS et l'Assurance Maladie en région et d'autre part avec le ministère de la santé et l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie).

Ces groupes « qualité » sont des groupes d'échanges de pratiques qui permettent aux médecins généralistes d'un même territoire de se rencontrer, d'échanger et de développer une démarche réflexive sur leur pratique. Sous la responsabilité d'un médecin animateur, autour de thèmes définis ou au contraire, librement choisis. Il s'agit de confronter leurs démarches cliniques et thérapeutiques aux recommandations professionnelles actualisées et validées. Ces réunions régulières permettent une validation DPC (120 médecins Bas Normands en ont profité en 2015).

Le DPC repose finalement sur les fondamentaux de la démarche de qualité. De nombreux outils, guides, documents de référence et démarches ayant pour objectif d'améliorer la qualité et la sécurité contribuent au DPC, notamment pour l'analyse des pratiques professionnelles.

■ Le Financement du dispositif

• Les médecins libéraux et médecins exerçant dans les centres de santé conventionnés :

L'OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu) et demain l'ANDPC (voir ci-dessous) finance le DPC dans la limite des forfaits individuels et surtout dans la limite de leur budget annuel. Sont pris en charge les frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de formation, les pertes de ressources des professionnels libéraux ainsi que les frais divers induits par leurs participations à ces programmes.

• Les médecins des hôpitaux publics et privés :

Les CHU consacrent un pourcentage minimum de 0,5 % du montant de rémunérations de leurs médecins au financement des actions de DPC. Les autres établissements publics de santé consacrent au financement des actions de DPC des médecins qu'ils emploient un minimum de 0,75 % du montant des rémunérations de leurs médecins.

• Les médecins fonctionnaires et contractuels de l'état et des collectivités locales :

Les actions de développement professionnel continu sont financées dans le cadre des crédits prévus par la législation.

■ Et demain ?

Dans la continuité de l'OGDPC, devrait tout prochainement se mettre en place **l'Agence Nationale du DPC des professionnels de santé (ANDPC)**,

Groupement d'Intérêt Public (GIP), qui aura pour missions :

- le pilotage du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé,
- la gestion financière du DPC,
- la promotion du DPC auprès des professionnels de santé et des organismes partenaires.

L'obligation triennale

Chaque professionnel de santé devra suivre un parcours de DPC tous les 3 ans. Les parcours de DPC seront fixés par chaque profession au sein de leur Conseil National Professionnel (CNP).

Il faut attendre la publication des « parcours de DPC » pour chaque profession pour savoir comment le professionnel de santé remplira cette obligation.

■ Le rôle de l'Ordre des Médecins

Le texte de loi prévoit que les Conseils Départementaux de l'Ordre assurent la promotion des programmes de DPC auprès de tous les médecins quel que soit leur statut : libéral, hospitalier, salarié.

Ils informent le médecin sur le DPC dès le début de sa carrière et l'accompagnent ensuite tout au long de sa vie professionnelle.

Les Conseils Départementaux ont aussi une mission de contrôle du DPC. Ils s'assurent, au moins une fois tous les 5 ans, que les médecins ont satisfait à leurs obligations annuelles, sur la base des attestations fournies par les organismes de DPC.

Si l'obligation n'est pas satisfaite, l'Ordre doit proposer au médecin un plan d'accompagnement personnalisé.

Un médecin qui ne suivrait pas le plan proposé serait en situation d'insuffisance professionnelle au sens de l'article L. 4113-14.

■ Assurance Volontaire Vieillesse pour les conjoints Collaborateurs

Par Décret 2015-769 du 29 juin 2015 les conjoints collaborateurs qui ne peuvent plus cotiser suite à l'arrêt de la collaboration peuvent néanmoins s'affilier volontairement au régime d'assurance vieillesse. Ceci permet aux conjoints qui ne sont plus affiliés suite à une séparation ou à une cessation d'activité du professionnel de continuer à se constituer des droits à la retraite. Cette adhésion inclut les régimes complémentaires. Les demandes doivent être présentées dans un délai de six mois après la radiation de cotisant obligatoire. Il est important de noter que l'assurance volontaire donne droit, dans les mêmes conditions que l'assurance obligatoire, aux prestations de l'assurance vieillesse de base et complémentaire et, s'il y a lieu, de l'assurance invalidité-décès.

L'intérêt de ce décret est aussi de permettre aux conjoints collaborateurs ayant une différence d'âge avec le professionnel de ne pas être pénalisés lors du départ à la retraite de celui-ci, de même pour les conjoints qui subissent une séparation.

■ « Le guide des certificats et autres écrits médicaux »

des docteurs Ariel Tolédano et Philippe Garat Med-line Editions, avril 2016

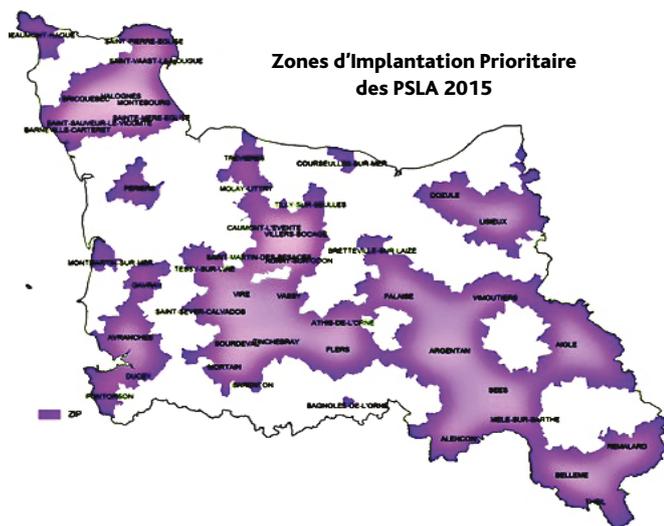


■ Actualisation de la carte des Zones d'Implantation Prioritaire (ZIP) des Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires (PSLA)

La carte ZIP PSLA de Basse Normandie (BN), permettant le classement des bassins de vie de la région en 5 catégories (de « sur dotées » à « très sous dotées ») a été actualisée comme chaque année, selon la nouvelle méthodologie validée le 13/09/2012, définie dans la Charte Partenariale Régionale pour la période 2014/2020(1).

Les signataires de cette charte coordonnent leurs actions et leurs moyens pour aider à la création et au développement de Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires (PSLA), l'objectif étant d'assurer un meilleur accès aux soins de premiers recours dans tout le territoire et d'optimiser le parcours de soins.

Cette carte est un outil diagnostic nous permettant d'identifier les zones déficitaires, définies dans le volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation des Soins, inscrit dans le Projet Régional de Santé de l'ARS (Agence Régionale de Santé). Ces zones sous dotées peuvent bénéficier de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé et des pôles de santé.



La méthodologie de cette classification est basée sur :

- le découpage de la région en bassins de vie (et bassins de vie intermédiaires pour Caen, Bayeux et Vire) selon le découpage l'INSEE de 2007,
- l'activité des médecins généralistes libéraux selon les relevés SNIR de 2014,
- la densité pondérée des médecins généralistes (nombre de MG pour 5000 habitants),
- l'âge des médecins au 30/06/2015,
- le nombre de consultation pour la population de plus de 75 ans.

Ainsi en BN on dénombre 82 projets :

- l'ouverture de 37 pôles de santé libéraux ambulatoires et 13 structures à exercice regroupé (différentes des pôles

par l'absence de définition de projet de santé) dont 21 dans le Calvados,

- 25 en phase d'ingénierie dont 14 dans le Calvados.
- 6 en construction dont 1 dans le Calvados

Un nouvel enjeu se présente pour 2016 : l'élaboration d'une Carte Régionale ZIP PSLA de Normandie.

(1)Charte Partenariale Régionale :

http://www.urml-bn.org/wp-content/uploads/2015/04/Charte_Parteneriale_Régionale_PSLA_2014_2020.pdf

Charte_Parteneriale_Régionale_PSLA_2014_2020.pdf

Arrêté 21/12/2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'art L. 1434-7 du CSP <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025055418&categorieLien=id>

Le bulletin annuel du Conseil de l'Ordre des Médecins du Calvados est diffusé pour la première fois en version numérique.

Cependant une version papier peut être envoyée sur simple demande, téléphonique au 02 31 86 38 28 ou électronique à calvados@14.medecin.fr

Le Docteur Jacques Desplanches, ancien Secrétaire Général du CDO et ancien Secrétaire Général du Conseil Régional de Basse-Normandie a souhaité par écrit rendre un hommage personnalisé au docteur Jean-Pierre Bernard, ancien Président du CDO, tout juste retraité, auquel s'associent l'ensemble des membres du Conseil.

Notre confrère Jean-Pierre Bernard vient de cesser en juin son activité libérale. Chef de clinique en 1969 dans le service de cardiologie du CHU de Caen, il a aimé transmettre à de nombreux confrères son intérêt pour sa spécialité, ses qualités cliniques et humaines allant bien au delà de son activité médicale.

Elu en 1975 au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Calvados, il en assurera la présidence avec talent de 1992 à 2002. Son souci pointilleux de la déontologie médicale a mené son action et son esprit de tolérance et d'équité, en particulier au cours des commissions de conciliation, a désamorcé bien des conflits souvent inutiles et toujours regrettables.

En 2002 il intègre le Conseil Régional de Basse Normandie, notre juridiction professionnelle de première instance. Nommé vice-président, il y exercera plusieurs années son expertise éclairée et pertinente.

Cher Jean-Pierre, ton dévouement à la cause médicale est incontestable et tu as fait honneur à la profession ; nous te souhaitons une longue et belle retraite à partager avec les tiens, en te remerciant de ton action au nom du Conseil de l'Ordre des Médecins du Calvados et de tous ceux qui t'ont approché et estimé au cours de ta belle carrière.



2016-2017

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
ETHIQUE DES SCIENCES DE LA VIE : SOINS, SANTE, SOCIETE**

UFR de Médecine de CAEN - IAE IUP Management du Social et de la Santé.

Responsables pédagogiques :

Grégoire MOUTEL, Dominique ARSENE, Dominique BEYNIER, Anne GOLSE, Guillaume GRANDAZZI

Comité pédagogique : Jean-Marc BALEYTE, Annick BATTEUR, Guillaume BESNOIT, Françoise CHASTANG, Mathias COUTURIER, Delphine CYSIQUE, Cédric DAUBIN, Arnaud DE LA BLANCHARDIERE, Pierre DELASSUS, Marie-Loup EUSTACHE, Marion GERARD, Nicolas GRUCHY, Emmanuel HOUSSET, Mickael LAISNEY, Pauline LAUNAY, Cyrille LE JAMTEL, Franck LELIEVRE, Béatrice LEVALTIER, François LEROY, Gilles RAOUL-CORMEIL, Marc TOULOUSE, Gérald VIQUESNEL.

Objectifs :

Les Espaces de Réflexion Ethique implantés dans chaque région au sein d'un centre hospitalo-universitaire ont vocation à susciter et à coordonner les initiatives en matière d'éthique dans les domaines des sciences de la vie et de la santé (arrêté du 4 janvier 2012). Parmi ses missions de sensibilisation et de formation universitaire, de documentation, de rencontres et d'échanges interdisciplinaires, d'observatoire régional des pratiques éthiques, d'organisateur de débats publics, l'Espace de Réflexion Ethique met en place un Diplôme d'Université, formation universitaire de troisième cycle. La formation proposée intéresse l'ensemble des professionnels dans les domaines des sciences de la vie et de la santé, participant à des établissements sanitaires ou médico-sociaux, ainsi que dans les domaines de la recherche ou de la santé publique, tant au niveau de leur formation initiale que de leur formation continue. Cet enseignement mobilise des compétences universitaires et académiques de manière interdisciplinaire, en créant des partenariats, collaborations et interfaces avec les différentes composantes de l'Université ainsi qu'avec les unités de recherche régionales.

Discerner, confronter et construire les valeurs du soin et de la santé s'inscrit dans l'appréhension du sujet, malade ou professionnel, dans ses différents systèmes d'appartenance, familiaux, professionnels et culturels. Cette entreprise est indissociable de l'inscription de ces organisations dans une appréhension globale des valeurs qui organisent la vie en société.

I. Présentation du DU. Les fondements de l'éthique des soins et de la santé	Vendredi 4 novembre 2016
---	--------------------------

II. La reconnaissance de la personne soignée	Vendredi 25 novembre 2016
--	---------------------------

III. Préparation des mémoires – Documentation	Vendredi 16 décembre 2016
---	---------------------------

IV. Famille proche et aidants	Vendredi 20 janvier 2017
-------------------------------	--------------------------

V. Débuts de la vie : génétique et périnatalité	Vendredi 10 février 2017
---	--------------------------

VI. Maladie grave, fin de vie	Vendredi 17 mars 2017
-------------------------------	-----------------------

VII. Handicaps, dépendances et grand âge	Vendredi 28 avril 2017
--	------------------------

VIII. Santé Mentale et Psychologie : respect de la personne et offre de soins	Vendredi 19 mai 2017
---	----------------------

IX. Santé publique – Recherche	Vendredi 16 juin 2017
--------------------------------	-----------------------

X. Soutenance des mémoires	Vendredi 20 Octobre 2017
----------------------------	--------------------------

Information et Candidatures (CV + lettre de motivation)

Secrétariat Espace de Réflexion Ethique de Normandie C.H.R. Caen 02 31 27 21 16 (Mme DUC LOS PEGEAULT) pegeault-s@chu-caen.fr

Droits d'inscription : formation initiale 400 € ; formation continue 1090 euros (frais pédagogique + frais d'inscription) U.F.R. de médecine, avenue Côte de Nacre à Caen

■ Déontologie médicale et littérature

Chronique déontologique

La déontologie est la doctrine des devoirs (du grec *deon*, devoir, et *logos* doctrine). Pour être au centre de nos préoccupations actuelles, elle n'en est pas moins aussi ancienne que la pratique médicale elle-même.

Si Hippocrate et Maïmonide (du moins les écrits qui leur sont attribués) en ont jeté les bases, les médecins ne sont pas les seuls à en avoir établi les principes.

La déontologie est issue d'une réflexion sur les rapports qui régissent l'exercice médical face à deux obligés : l'individu malade et la société qui en assure la charge. En première analyse, ces rapports pourraient se réduire dans une perspective scientifique et juridique : le médecin consacre son savoir et sa pratique au bienfait de l'individu, et répond de cette obligation devant les lois de la société. Le risque est grand de concéder la priorité à celui-ci ou celle-là. Il est donc naturel que chacune des parties ait inscrit ses exigences propres au centre des devoirs du médecin, et en première analyse, il lui suffirait d'un bon traité de médecine, d'un code civil et de santé publique pour qu'il s'acquitte convenablement de ses obligations. Mais « la médecine étant une discipline trop proche de l'homme pour n'être pas incertaine »⁽¹⁾, l'exercice médical ne peut être réduit à ces aspects strictement scientifiques et sociétaux : un espace de liberté lui est nécessaire, avec pour corollaire l'énoncé des limites qu'il ne peut franchir. Pour compliquer le tout, ni le corpus des connaissances médicales, ni les lois n'étant immuables, cet espace de liberté et les règles qui le régissent sont fragiles, ballottés entre les risques de l'obsolescence et ceux de l'imprévision. « Les lois changent moins vite que les mœurs : dangereuses quand elles retardent sur celles-ci, elles le sont plus encore lorsqu'elles se mêlent de les précéder ».⁽²⁾

Cette rubrique vise à montrer comment les écrivains et les philosophes se sont invités dans la conception des principaux aspects de notre déontologie.

Article 7 (article R.4227-7 du code de santé publique).
Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Dans cet article est explicitement énoncée l'obligation de soins à toute personne, sans autre considération. Sur ce point, il nous a semblé que cet impératif avait été magnifiquement évoqué par Denis Diderot dans un petit opuscule. La scène réunit, autour d'un foyer au domicile du père de l'auteur, quelques relations amicales. On parle de choses et d'autres, sur un ton de badinage apparent, mais il s'agit en réalité de propos très sérieux comme toujours chez Diderot. En voici un extrait.

« Mon père, en était là, lorsque le docteur Bissei entra : c'était l'ami et le médecin de la maison. Il s'informa de la santé de mon père, lui tâta le pouls, ajouta, retranscha à son régime, prit une chaise, et se mit à causer avec nous.

Mon père lui demanda des nouvelles de quelques-uns de ses malades, entre autres, d'un vieux fripon d'intendant, d'un M. de La Mésangère, ancien maire de notre ville. Cet intendant avait mis le désordre et le feu dans les affaires de son maître, avait fait de faux emprunts sous son nom, avait égaré des titres, s'était approprié des fonds, avait commis une infinité de friponneries dont la plupart étaient avérées, et il était à la veille de subir une peine infamante, sinon capitale. Cette affaire occupait alors toute la province. Le docteur lui dit que cet homme était fort mal, mais qu'il ne désespérait pas de le tirer d'affaire.

Mon père. - C'est un très mauvais service à lui rendre.

Moi. Et une très mauvaise action à faire.

Le docteur Bissei. - Une mauvaise action ? Et la raison, s'il vous plaît ?

Moi. - C'est, qu'il y a tant de méchants dans ce monde, qu'il n'y faut pas retenir ceux à qui il prend envie d'en sortir.

Le docteur Bissei. - Mon affaire est de le guérir, non de le juger; je le guérirai, parce que c'est mon métier; ensuite le magistrat le fera pendre, parce que c'est le sien.



Moi. - Docteur, mais il y a une fonction commune à tout bon citoyen, à vous, à moi, c'est de travailler de toute notre force à l'avantage de la République; et il me semble que ce n'en est pas un pour elle que le salut d'un malfaiteur, dont incessamment les lois la délivreront.

Le docteur Bissei. - Et à qui appartient-il de le déclarer malfaiteur ? Est-ce à moi ?

Moi. - Non, c'est à ses actions.

Le docteur Bissei. - Et à qui appartient-il de connaître de ces actions ? Est-ce à moi ?

Moi. - Non ; mais permettez, docteur, que je change un peu la thèse, en supposant un malade dont les crimes vous soient de notoriété publique. On vous appelle, vous accourez, vous ouvrez les rideaux, et vous reconnaissez Cartouche ou Nivet. Guérez-vous Cartouche ou Nivet ?

Le docteur Bissei, après un moment d'incertitude, répondit ferme qu'il le guérirait ; qu'il oublierait le nom du malade, pour ne s'occuper que du caractère de la maladie ; que c'était la seule chose dont il lui fût permis de connaître ; que s'il faisait un pas au delà, bientôt il ne saurait plus où s'arrêter; que ce serait abandonner la vie des hommes à la merci de l'ignorance, des passions, du préjugé, si l'ordonnance devait être précédée de l'examen de la vie et des mœurs du malade. « Ce que vous me dites de Nivet, un janséniste me le dira d'un moliniste, un catholique d'un protestant. Si vous m'écartez du lit de Cartouche, un fanatique m'écartera du lit d'un athée. C'est bien assez que d'avoir à doser le remède, sans avoir encore à doser la méchanceté qui permettrait ou non de l'administrer...».

- Mais, docteur, lui répondis-je, si après votre belle cure, le premier essai que le scélérateur fera de sa convalescence, c'est d'assassiner votre ami, que direz-vous ? Mettez la main sur la conscience; ne vous repentirez-vous point de l'avoir guéri ? Ne vous écrierez-vous point avec amertume: Pourquoi l'ai-je secouru ? Que ne le laissai-je mourir ? N'y a-t-il pas là de quoi empoisonner le reste de votre vie ?

Le docteur Bissei. - Assurément, je serai consumé de douleur; mais je n'aurai point de remords.

...

Moi. - Docteur, encore un moment. Galien, qui vivait sous Marc-Aurèle, et qui, certes, n'était pas un homme ordinaire, bien qu'il crût aux songes, aux amulettes et aux maléfices, dit de ses préceptes sur les moyens de conserver les nouveau-nés :

« C'est aux Grecs, aux Romains, à tous ceux qui marchent sur leurs pas dans la carrière des sciences, que je les adresse. Pour les Germains et le reste des barbares, ils n'en sont pas plus dignes que les ours, les sangliers, les lions et les autres bêtes féroces. »

Le docteur Bissei. - Je savais cela. Vous avez tort tous les deux ; Galien, d'avoir proféré sa sentence absurde ; vous, d'en faire une autorité. Vous n'existeriez pas, ni vous ni votre éloge ou votre critique de Galien, si la nature n'avait pas eu d'autre secret que le sien pour conserver les enfants des Germains.

Moi. - Pendant la dernière peste de Marseille...

Le docteur Bissei. - Dépêchez-vous, car je suis pressé.

Moi. - Il y avait des brigands qui se répandaient dans les maisons, pillant, tuant, profitant du désordre général, pour s'enrichir par toutes sortes de crimes. Un de ces brigands fut attaqué de la peste, et reconnu par un des fossoyeurs que la police avait chargés d'enlever les morts. Ces gens-ci allaient, et jetaient les cadavres dans la rue. Le fossoyeur regarde le scélérateur, et lui dit : « Ah ! misérable, c'est toi », et en même temps, il le saisit par les pieds, et le traîne vers la fenêtre. Le scélérateur lui crie : « je ne suis pas mort. » L'autre lui répond : « Tu es assez mort », et le précipite à l'instant d'un troisième étage. Docteur, sachez que le fossoyeur qui dépêche si lestement ce méchant pestiféré, est moins coupable à mes yeux qu'un habile médecin, comme vous, qui l'aurait guéri, et partez.

Le docteur. - Cher philosophe, j'admire votre esprit et votre chaleur, tant qu'il vous plaira; mais votre morale ne sera ni la mienne, ni celle de l'abbé, je gage.

L'abbé - Vous gagez a coup sûr. »

La place impartie nous empêche de reproduire la suite de cet échange de propos, auquel le lecteur est invité à se reporter⁽³⁾. On aura compris que c'est le médecin qui exprime le fond de la pensée de Diderot... ■

(1) Marguerite Yourcenar. Mémoires d'Hadrien. Gallimard, p 38.

(2) Ibid, p 119

(3) Denis Diderot. Entretien d'un père avec ses enfants. La Pléiade.

■ Déontologie médicale et histoire

« Primum non nocere La prière du médecin »

Un confrère érudit et spécialiste des cultures arabo-islamiques médicales nous rappelle l'origine de ces deux termes en les replaçant dans leur contexte historique et sociologique.

Quelques apports des médecins de langue arabe au code de déontologie

À l'heure où nous vivons une période d'affrontement idéologique entre plusieurs civilisations, l'occident chrétien se sent envahi par la culture orientale principalement par l'Islam. Paradoxalement les cultures extrêmes orientales semblent mieux acceptées. Pourtant entre les IX^{ème} et XIII^{ème} siècles la culture islamique fut rayonnante, accueillante et produisit à la suite des traductions des textes grecs et latins favorisés par le mécénat des princes abbassides à Bagdad, des doctrines et des ouvrages qui transformèrent le développement de l'occident du moyen-âge à la période des grandes découvertes jusqu'au siècle des lumières.

Si les apports en mathématiques, en astronomie, en philosophie sont connus et persistent, il nous reste aussi des médecins de langue arabe et de culture islamique un héritage extrêmement vivant.

Nous présenterons brièvement deux domaines où leur influence a été déterminante.

Le médecin persan Rāzī (Rhazès des latins, né en 865, mort en 925 de l'ère commune) vécut entre sa ville natale de Ray, dans la banlieue de l'actuelle ville de Téhéran, et Bagdad où il fonda et dirigea un hôpital (bimaristān) qui resta longtemps exemplaire⁽¹⁾. Il y enseignait l'examen clinique au lit du malade⁽²⁾. C'était une première. De ses nombreuses observations il tira un livre décrivant le diagnostic différentiel de la variole et de la rougeole⁽³⁾. Ce livre nous est connu par une traduction grecque byzantine qui servit de base à la traduction latine connue sous le nom de *De pestilentia*. Dans ce traité, l'auteur « plaide et appelle en permanence ses lecteurs médecins à réfléchir et à mesurer les dangers avant toute thérapie ». Il s'agit de la première mise en pratique connue du fameux aphorisme attribué à Hippocrate de Cos (460 – 356 BC), « il importe d'abord de ne pas nuire »⁽⁴⁾ connu et utilisé sous sa forme latine « *primum non nocere* », principe qui est repris dans notre code de déontologie en son article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique).

Le deuxième exemple nous vient du XII^{ème} siècle et de l'extrémité occidentale de l'aire culturelle arabo-islamique. Le médecin et philosophe juif, Mūsā ibn Maymūn, connu dans l'occident sous le nom de Maïmonide, naquit à Cordoue, en Andalousie, en 1135 de l'ère commune. Dans son voyage de retour de Jérusalem, on lui attribua la rédaction d'une prière⁽⁵⁾, connue sous le nom de « prière du médecin », qui est à la fois une adaptation du serment d'Hippocrate au contexte historique et social du XII^{ème} siècle andalou, et une évolution. C'est l'esprit dans lequel est rédigé notre actuel serment d'Hippocrate prêté par chaque médecin lors de la soutenance de sa thèse d'état. Dans cette prière, Maïmonide recommande au médecin de conserver sa curiosité et de maintenir à jour ses connaissances. C'est ce qui en fait la modernité par rapport aux textes antérieurs grecs et arabes : « *Donne-moi (Dieu/Allah) la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'art est grand, mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant* ». Cette modernité est reprise dans notre code de déontologie en son article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique).

Chaque article de notre code de déontologie pourrait ainsi bénéficier d'une relecture historique, c'est à dire non seulement historiographique ou philologique, mais aussi sociologique. L'évolution du texte correspond à l'évolution du contexte dans lequel il doit être lu, appris et respecté. Les auteurs de langue arabe, de quelque confession qu'ils fussent, ont eu une part importante dans l'évolution de ces textes. Et leurs apports sont toujours vivants. ■

(1) Savage-Smith Emilie, *Médecine, in Histoire des sciences arabes*, Roshdi Rashed (dir.), Tome 3, Seuil, 1997, pp. 166-172, p. 188, p. 191.

(2) Le mot clinique dérive du mot grec ancien κλίνη, le lit.

(3) Le livre de la Variole et de la Rougeole (*Kitāb al-Ġudarī wa al-hasba*), écrit en langue arabe, par le médecin Rāzī (m. 925), trad. anglaise, W. A. Greenhill, *A treatise of the smallpox and measles, Rhazès, Londres, by Eydenham association, 1848*. Cité par Katouzian-Safadi M., « la lèpre, la variole, la mélancolie : soigner les déséquilibres du corps », in A. Adam, L. Revol-Marzouk (dir.), *La contamination : lieux symboliques et espaces imaginaires*, Paris, Garnier, 2012, p. 6.

(4) Hippocrate, *Epidémies (I,5)*, « ἀσκέειν, περι τὰ νοσήματα, δύο, ὠφελεῖεν, ἢ μὴ βλάπτειν », « Deux choses sont nécessaires au sujet des maladies, être utile ou au moins ne pas nuire » (traduction personnelle). Selon King H. et Dazen V., *La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine*, BHMS Ed., Lausanne, 2001, trad. Française 2008, p. 18, les livres I et III des « *épidémies* » peuvent être effectivement considérés comme une oeuvre authentique d'Hippocrate en raison de la qualité des observations cliniques, faites dans la population, épi-démos.

(5) H. Le Porrier : *Le médecin de Cordoue*. Paris, Editions du Seuil, 1974, p. 284. Cité par Talmud Jérôme, *L'exercice clinique au quotidien de Moïse, l'Espagnol ou Maïmonide, précurseur de la médecine psychosomatique*. <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2014/05/Ma%C3%AFmonide-pr%C3%A9curseur-de-la-m%C3%A9decine-psycho-somatique-Soc-Fr-Hist-M%C3%A9decine.doc>, édité le 8 Mai 2016. La prière attribuée à Maïmonide pourrait en fait être l'oeuvre du médecin Jacob Zahalon de Rome au XVII^{ème} siècle. Voir Friedenwald H., « *The Ethics of the Practice of Medicine from the Jewish Point of View* », *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, Aug., 1917, pp. 260.

De septembre 2015 à juin 2016

Ont été inscrits

■ Afin d'exercer en médecine libérale

- **Dr ALEXANIAN Jean-Baptiste**
PONT-L'ÉVÊQUE
Psychiatrie
- **Dr ANASTASIOU Ioannis**
LISIEUX - Gastro-Entérologie
- **Dr ARTERIOLE Nadège**
CAEN - Psychiatrie
- **Dr BENAZZOUZ Ahmed-Amine**
LISIEUX
Anesthésie-Réanimation
- **Dr BERTOÏA Cécile**
ST-CONTEST
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- **Dr BOUKHARI Hicham**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr CANDELIER Gaëlle**
CAEN - ORL
- **Dr CHAMBOST Marie**
CAEN - Pédiatrie
- **Dr DURNERIN Caroline**
CAEN - Psychiatrie
- **Dr GOSSEREZ Olivier**
CRICQUEBOEUF
Chirurgie Plastique et reconstructrice
- **Dr GOURDEL Martin**
OUISTREHAM - Médecine Générale
- **Dr HÉMERY-GRANDJEAN Virginie**
CAEN - Anesthésie-Réanimation
- **Dr KHATTAB Ayman**
CAEN - Cardiologie
- **Dr LE RUYET Dany**
LA RIVIERE-ST-SAUVEUR
Médecine Générale
- **Dr LEDENT Thierry**
CRICQUEBOEUF - Médecine Générale
- **Dr MATUSA Amelia**
ST-JULIEN-LE-FAUCON
Médecine Générale
- **Dr MEUNIER Aurélien**
CAEN ET SAINT-LÔ
ORL et chirurgie cervico-faciale
- **Dr MOKIELLE Jean-Michel**
LISIEUX
Anesthésie-Réanimation
- **Dr MUTLU Onur**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr PRADO Isabelle**
HONFLEUR - Biologie Médicale
- **Dr RUSEK Iwona**
VIRE - Ophtalmologie
- **Dr SEYNAVE Matthieu**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr TARTAGLIA Giuseppe**
VIRE - Anesthésie-Réanimation
- **Dr TAURAN Arnaud**
CAEN
Chirurgie thoracique et vasculaire

■ Avec des fonctions salariées

- **Dr AGOUZAL Khadija**
CHU
- **Dr ALLAIRE Manon**
CHU
- **Dr ARMAND-GONCALVES Coline**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr ARQUES Damien**
CH VIRE
- **Dr AUBRION Antoine**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr AUDIGIÉ-DOLIVET Sébastien**
CHU
- **Dr AZAR Michel**
CHU
- **Dr BAMMOUNE Zarha**
CH LISIEUX
- **Dr BAZIRE Sophie**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr BEKAERT Lien**
CHU + Centre François Baclesse
- **Dr BENDRIS Nabila**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr BISIAUX Frédérique**
KORIAN IFS
- **Dr BONMARCHAND Pierre**
EPSM
- **Dr BONNET Vincent**
CHU
- **Dr BRANGER Pierre**
CHU
- **Dr CASPERSEN Edouard**
CHU
- **Dr CAUCHY Julie**
EPSM
- **Dr CHAUDEURGE Marie**
CHU + CH COUTANCES
- **Dr CHERCHI Laurent**
CH BAYEUX
- **Dr CIOCANU Doina**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr CLANET Romain**
CH BAYEUX
- **Dr CLAROTTI Marie-Ange**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr CULOT Marion**
CH BAYEUX
- **Dr DAVIDSEN Caroline**
EPSM
- **Dr DE MIL Rémy**
Centre François Baclesse
- **Dr DE SOUSA Monia**
CH VIRE
- **Dr DERLON Aurélie**
Fondation de la Miséricorde CAEN
- **Dr DIALLO Ndeye Tegue**
CH Vire
- **Dr DIEP Dany**
CHU
- **Dr DJAFFAR BEN MOHAMED Augustin**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr DOXAT Marine**
CHU
- **Dr DU PENHOAT Alexandre**
CHU
- **Dr DUPREY Emmanuelle**
ACSEA

■ Avec des fonctions salariées (suite)

- **Dr EDY Patrick**
CMAIC
- **Dr FÉRON Matthieu**
CHU
- **Dr FRANCONY Robin**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr GIRO Riccardo**
PST
- **Dr GOODRICH Laura**
CH BAYEUX
- **Dr GUENEUC Alexandra**
CHU
- **Dr GUIGNÉ Alexandre**
CHU
- **Dr GUILLAUMAT Jérôme**
CHU
- **Dr GUILMINEAU Charlotte**
CH BAYEUX + CH GRANVILLE
- **Dr GULERYUZ Kerem**
CHU
- **Dr HAAS Laurent**
CHU
- **Dr HALLOUCHE Maya**
CHU
- **Dr HAUSTRAETE Eglantine**
CH LISIEUX
- **Dr HAYE Valentin**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr HUBERT Noémie**
CHU
- **Dr IBRAHIM Karol**
CHVIRE
- **Dr JEANCOLAS Julien**
CHU
- **Dr JEANMET Tifenn**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr JOGUET Etienne**
CHU
- **Dr JORET Aurélie**
CHU
- **Dr JORET Cédric**
SELARL Cardio St Martin
- **Dr KIM Pui-Pui**
CHU
- **Dr KOUYOUMDJIAN Laurence**
EHPAD TROUVILLE et VIMOUTIERS
- **Dr LAFONT Claire**
CH LISIEUX + CHU ROUEN
- **Dr LAHRACHE Nadia**
CH BAYEUX et CHAUNAY SUR DON
- **Dr LAHRACHE Mohammed**
CH BAYEUX
- **Dr LAMBERT Isabelle**
EPSM
- **Dr LASNE-CARDON Audrey**
CHU
- **Dr LE BLAY Marion**
PMI
- **Dr LEFRANCOIS Valentin**
CHU
- **Dr LÉON Grégoire**
CHU
- **Dr LEPETIT Cédric**
CHU
- **Dr LETORTU Odile**
EHPAD BIEVILLE-BEUVILLE
- **Dr LI Lin**
CHU
- **Dr LOYAU Johanna**
Centre Maurice ABIVEN HEROUVILLE
- **Dr MAALOUF Alberto**
CHU
- **Dr MARDELÉ Pierre**
CHU
- **Dr MÉAR Jean-Baptiste**
CHU
- **Dr MENAHEM Benjamin**
CHU
- **Dr MERCIER Anne**
CAMSPVIRE + AVRANCHES
- **Dr MORIN Marion**
CH LISIEUX + CHU
- **Dr NGANOVA Catherine**
CHU
- **Dr PANICI Maud**
CHU
- **Dr PIERRE Mélissa**
CHU
- **Dr PORCHERET Florence**
CHU
- **Dr POSTELNICU Adina-Ionela**
CHU
- **Dr PRÉVOST Raphaëlle**
CHU
- **Dr RADENAC Dorothée**
CHU
- **Dr REBILLARD Camille**
CHU
- **Dr RHANEM Toufiq**
CHU
- **Dr ROGER Vivien**
CHU
- **Dr SALARIS Silvio Fabrizio**
CHU
- **Dr SAVEY Baptiste**
CHU
- **Dr SCHANEN Cécile**
CHU
- **Dr SEN Dara**
CH LISIEUX
- **Dr SUFFISSAIS Delphine**
KORIAN CAEN
- **Dr TALLIER Eric**
CH FALAISE
- **Dr TAPÉ André-Arcadius**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr TAVARES Pierre**
CHU
- **Dr THENINT Marie-Aude**
Centre François Baclesse
- **Dr THUILLIER-LECOUF Angélique**
CHU
- **Dr TOULOUSE Joseph**
CHU
- **Dr TREHOUT Maxime**
CHU
- **Dr VALENTIN Luc**
CHU
- **Dr VALMAR Christophe**
CH LISIEUX + Centre François Baclesse
- **Dr VANDELDELDE Anaïs**
CHU
- **Dr VERWAERDE Charles-Antoine**
PSA
- **Dr VIAL Sylvie**
Rectorat CAEN
- **Dr WRAITH-MOTTIER Marc**
CHU
- **Dr ZAMPARINI Marion**
CHU
- **Dr ZHU Lan**
CHU

Sans exercer dans l'immédiat

- Dr AGUEZNAI Moaad
- Dr BERTOÏA Alexandre
- Dr BUFIDIS Théodore
- Dr CAMELIÈRE Lucie
- Dr CHAUSSERIE Sébastien
- Dr COTTENCEAU Damien
- Dr DARON Marine
- Dr DELACOUR Marie
- Dr DERROU Abdelghani
- Dr DION Jean-Sébastien
- Dr FLEURY Alexandre
- Dr GAREL Charles
- Dr HERBINIÈRE Martin
- Dr HERVIEU Xavier
- Dr JEAN Emmanuel
- Dr KIRECHE Bérengère
- Dr LAMOTTE Guillaume
- Dr LE TOUX Anne-Laure
- Dr LEFRANCOIS Nathalie
- Dr LEGRAND Romain
- Dr LEMAITRE Agathe
- Dr LESCENT Emilie
- Dr MABIRE-AMER Léa
- Dr MARIE Nathalie
- Dr MÉRITAN Jean-Pierre
- Dr MOUNIER Lisa
- Dr NGO Quang Minh
- Dr NICHOLS Marine
- Dr POMMIER Sophie
- Dr PRÉVOST Antoine
- Dr SOULIÉ Benoît
- Dr TANQUEREL Caroline
- Dr TRICAUD Elise
- Dr VIGOT Raphaël
- Dr VIVIEN Audrey

Médecins retraités

- Dr DUPONT François

Exercent désormais en médecine libérale

- Dr APOIL-BRISSARD Marion
Néphrologie - CAEN
- Dr BELIN Isabelle
Médecine Générale - SOLIERS
- Dr BINET Julie
Médecine Générale - IFS
- Dr BOITTIN François
ORL et chirurgie cervico-faciale - CAEN
- Dr BONHOMME Coralie
Médecine Générale - ST-MARTIN-DE-FONTENAY
- Dr BONNEL Romain
Psychiatrie - CAEN
- Dr BOULÉ Jean-Marc
Radiodiagnostic - CAEN
- Dr BRISSET-POTIER Marie
Médecine Générale - BAYEUX
- Dr CAPOVILLA Mathieu
Anatomie et Cytologie - CAEN
- Dr CORNU-NOIREZ Julie
Radiodiagnostic - CAEN
- Dr DANIEL Adrien
Médecine Générale - BRETTEVILLE-L'ORGUEILLEUSE
- Dr DE BRUYN Marie-Laure
Médecine Générale - ÉPRON
- Dr DEBUYS Fanny
Médecine Générale - HÉROUVILLE
- Dr DELBARRE Jean-Charles
Chirurgie Orthopédique - LISIEUX
- Dr DENIS-BUREL Maryline
Gynécologie-Obstétrique - CAEN
- Dr DOXAT Thibault
Médecine Générale - ARGENCES
- Dr DUBOSQ Christèle
Médecine Générale - BRETTEVILLE-SUR-ODON
- Dr DUPONT-CHAUVEL Peggy
Pédiatrie - CAEN
- Dr ÉCOLIVET Thomas
Médecine Générale - CAEN
- Dr FEVRIER Jérôme
Rhumatologie - CAEN
- Dr GOMES-FERREIRA Sophie
Cardiologie - CAEN
- Dr GOYEN-VENNEMAN Ingrid
Anesthésie-Réanimation - DEAUVILLE
- Dr HAUTREUX Pauline
Médecine Générale - LISIEUX
- Dr LAMMENS Emilie
Pédiatrie - SAINT-CONTEST
- Dr LAMOUREUX Jean-Etienne
Réanimation Médicale - CAEN
- Dr LAUNAY Isabelle
Médecine Générale - CAEN
- Dr LAROCHE Anne
Médecine Générale - CAEN
- Dr LE BAS Jeanne
Médecine Générale - CAEN
- Dr LEBLANC François
Gynécologie-Obstétrique - CAEN
- Dr LÉBOUCHER Olivier
Médecine Générale - VERSON
- Dr LEFEVRE Paul
Gynécologie-Obstétrique - CAEN
- Dr LENICOLAIS Simon
Médecine Générale - ST-MARTIN-DE-ONTENAY
- Dr LEPLEY Amaury
Médecine Générale - GIBERVILLE
- Dr LOUISFERT Isabelle
Médecine Générale - LISIEUX
- Dr MAHÉ-HALLEY Isabelle
Radiodiagnostic - CAEN
- Dr OLIVEIRA Frédéric
Médecine Générale - BLAINVILLE-SUR-ORNE
- Dr SEVEGRAND-MATHIEU Christine
Médecine Générale - VIRE
- Dr SEVIN Emmanuel
Oncologie Médicale - CAEN
- Dr SOHIER Emmanuelle
Médecine Générale - ISIGNY-SUR-MER
- Dr TAVARES Anne-Lise
Médecine Générale - FONTAINE-ETOUPEFOUR
- Dr THEUNIS Emilie
Médecine Générale - ISIGNY-SUR-MER
- Dr TOULEMONDE Marieke
VILLONS-LES-BUISSONS - Médecine Générale

Changement de modalité d'exercice

- **Dr ABDOU Adam**
CH BAYEUX
- **Dr ALBESSARD Franck**
Remplacements
- **Dr BIGEARD Catherine**
CHU
- **Dr BIKAY Dieudonné**
Remplacements
- **Dr BOUVET-CADOR Elisabeth**
CAMPS BRETTEVILLE-SUR-ODON
- **Dr BUREAU Dimitri**
EHPAD COURSEULLES
- **Dr BUTEUX Gilles**
Remplacements
- **Dr BUTIN Géraldine**
Centre François Baclesse
- **Dr CAILLARD Vincent**
ADAPT CAEN
- **Dr CARPENTIER Véronique**
Sans activité
- **Dr CHAMI Issam**
*CH CRICQUEBOEUF
+ Polyclinique CRICQUEBOEUF*
- **Dr CHARRON Dominique**
EHPAD LIVAROT
- **Dr COMOZ-ADELINÉ Sophie**
PST
- **Dr COSTE Pierre**
Remplacements
- **Dr DE FACQ-REGENT Hélène**
Centre François Baclesse
- **Dr DELACOUR Marie**
USDA HÉROUVILLE
- **Dr DELAUNAY Julie**
Remplacements
- **Dr DESMEULLES Isabelle**
Remplacements
- **Dr ESSE COMLAN Alphonse**
Sans activité
- **Dr FAUCHEUX Catherine**
PST
- **Dr FAUCK Sandie**
Polyclinique DEAUVILLE
- **Dr FLICKENGER Maryline**
ACSEA et CMPP LISIEUX
- **Dr FLORESCU Liviu**
Remplacements
- **Dr GAILLARD-CAPLIN Martine**
RSI
- **Dr GALLET Alberte**
Remplacements
- **Dr GARNIER Vincent**
Remplacements
- **Dr GATIER Mathilde**
EPSM
- **Dr GOMMARD Frédéric**
*Centre de Rééducation CAEN
+ Thalatta OUISTREHAM*
- **Dr GONCALVEZ Pascal**
Remplacements
- **Dr GUESDON Nathalie**
CH FALAISE
- **Dr GUILLEMAIN Thomas**
Centre François Baclesse
- **Dr HASCOET Jean-Jacques**
Remplacements
- **Dr HAÏ Paul-Emile**
KORIAN ÉVRECY
- **Dr HERVIEU Thaïs**
Remplacements
- **Dr HODJE Christine**
CH VIRE
- **Dr IDALI Moussa**
SELARL CARDIO CAEN
- **Dr ION Monica**
CH FALAISE + secteur privé
- **Dr JEHANNE Céline**
Maison des Addictions LISIEUX
- **Dr KAMEL Anne**
Remplacements
- **Dr LAVIER Marie-Noëlle**
Sans activité
- **Dr LECANU Odile**
Remplacements
- **Dr LEMIÈRE Mathilde**
Remplacements
- **Dr LESCENT Emilie**
Remplacements
- **Dr LEVEILLÉ Claire**
Remplacements
- **Dr MARIE Christian**
Association SVA COLOMBLES
- **Dr MARIE Nathalie**
EHPAD CAUMONT-L'ÉVENTÉ + CAEN
- **Dr MARZLOFF Vincent**
EPSM
- **Dr MAYAUD Baudouin**
EHPAD TROARN
- **Dr MÉNARD Laurence**
CMAIC
- **Dr MIAUDET Florence**
Remplacements
- **Dr PALIX Agnès**
Centre François Baclesse
- **Dr PAUGAM Sylvie**
Contrôle Médical CPAM
- **Dr PAYENNEVILLE Hervé**
Remplacements
- **Dr PIPON-MATHIEU Brigitte**
PMI
- **Dr RESENCOURT Brigitte**
CMAIC
- **Dr TRAHAY Armelle**
Remplacements
- **Dr TY Daly**
Remplacements
- **Dr UZAN-LEFORT Danièle**
Remplacements
- **Dr VILLEDIEU Nicolas**
CH BAYEUX
- **Dr ZERGER Francis**
CH LISIEUX + CH ÉQUEMAUVILLE

Changement d'adresse professionnelle

- **Dr ABBATE-LERAY Pascale**
26 rue du Dr Degrenne
LISIEUX
- **Dr AMIEL Marie-Françoise**
CHP Privé St Martin
CAEN
- **Drs BERNARD J-F, DUHAMEL F, MARCOUILLER P, MINIELLO O et THEZEE Yves**
53 rue de la Pigacière
CAEN
- **Drs BOITTIN D., DUJARRIER et ZLATE**
3 rue du Dr Gourdin
THURY-HARCOURT
- **Dr CAUCHY Marceau**
3 rue du Dr Roux
MONDEVILLE
- **Dr DEBON Isabelle**
25 rue Saint Michel
CAEN
- **Dr EDY Eric**
1 Rue Albert Schweitzer
SAINT-CONTEST
- **Drs GAZENGEL - JOURDAIN**
9 bis rue du Pont Cel
CONDÉ-SUR-NOIREAU
- **Dr GESLAIN Philippe**
30 quai Ouest
COURSEULLES
- **Dr GIRARD Bénédicte**
Rue Elie de Beaumont
CAEN
- **Dr GOSSELIN Martine**
23 rue du Clos Beaumoisi
CAEN
- **Dr JAMARD Marie-Reine**
Maison Médicale CréActive Place
DEAUVILLE
- **Dr LIENART Evelyne**
4 rue Amiral Courbet
FALAISE
- **Dr MABIRE Pascal**
31 rue des Carrières de Vaucelles
CAEN
- **Dr MALMEZAT Xénia**
17 rue Jean Romain - CAEN
- **Dr MOULIN-STARK Emilie**
11 avenue du Grand Hôtel
LE HOMEVARAVILLE
- **Dr RICHARD Philippe**
2 bis rue Vaubenard
CAEN
- **Dr RIVIERE Patrick**
8 avenue des Tilleuls
CAMBREMER
- **Drs SCHMITT-CHEYLAN LAPASSET et LEBRUN Ph.**
12 bis Pr Horatio Smith
CAEN
- **Dr THIBIER Gérard**
Maison Médicale CréActive Place
DEAUVILLE
- **Dr VAUGEOIS Claudine**
7 résidence des Portes de Douvres
DOUVRES LA DELIVRANDE
- **Dr VILLEDIEU Bernard**
42 rue de Beauvais
BAYEUX

Changement d'Etat Civil

- Le Docteur **ABBATE Pascale** exerce désormais sous le nom **d'ABBATE-LERAY.**
- Le Docteur **MARTINET Corinne** exerce désormais sous le nom **de FROUSSART-MARTINET**
- Le Docteur **STERPU Constanta-Andrea** exerce désormais sous le nom **d'AXELSON.**
- Le Docteur **TACKIN Emmanuelle** exerce désormais sous le nom **de LOUISFERT.**

Retraite

- **Dr AMBROISE Joël**
- **Dr ANIEL-L'HOUE Marie-Noëlle**
- **Dr BARRÉ Dominique**
- **Dr BEAUVOIS Françoise**
- **Dr BEAUVOIS Michel**
- **Dr BEN Yolande**
- **Dr BENOIST Hélène**
- **Dr BENS Serge**
- **Dr BERNADI Olivier**
- **Dr BERNARD Jean-Pierre**
- **Dr BÉRIOU-MORLA Catherine**
- **Dr BESNARD Michel**
- **Dr BLIECQ Jean-François**
- **Dr BOIRON Maud**
- **Dr BOUVET Alain**
- **Dr CAUCHARD François**
- **Dr CHARBONNIER Fabienne**
- **Dr CONSTANT Jacques**
- **Dr DANJOU Geneviève**
- **Dr DENION Gilles**
- **Dr DESALEUX Mireille**
- **Dr DESCHAMPS Danielle**
- **Dr ESSE COMLAN Alphonse**
- **Dr FARÉ Jean-Charles**
- **Dr FOURNIER Vincent**
- **Dr GAILLARDIN Gérard**
- **Dr GEHANNE Denis**
- **Dr GODIN-LEPETIT Sylviane**
- **Dr GUILLOU Louis**
- **Dr GRANDIN Chantal**
- **Dr GRUJARD Dominique**
- **Dr HEIZ Frédéric**
- **Dr HÉRON Jean-François**
- **Dr HURAUULT DE LIGNY Bruno**
- **Dr HUREL-GILLIER Catherine**
- **Dr ISELIN Michel**
- **Dr JEAMMET Michèle**
- **Dr LANCHON François**
- **Dr LAY Pierre-Yves**
- **Dr LE JONCOUR Pierre-Claude**
- **Dr LE MAITRE Michel**
- **Dr LECAMUS Didier**
- **Dr LEGENTIL-SAVOURÉ Chantal**
- **Dr LÉONARD Lionel**
- **Dr LETELLIER Françoise**
- **Dr L'HIRONDEL Marc**
- **Dr LUCCIONI Geneviève**
- **Dr MACÉ Jean-Yves**

Retraite (suite)

- Dr MALHERBE Michel
- Dr MALET Michèle
- Dr MANDAL Nadine
- Dr MARCHAL Laure
- Dr MARTIN Anne
- Dr MAYAUD Baudoin
- Dr MIOCQUE Sophie
- Dr MORICE-BUOT Nelly
- Dr OLLIVIER Jean-Michel
- Dr ORSONI-DUPONT Catherine
- Dr PITRE Didier
- Dr RAME Jean-Pierre
- Dr RAULIN Geneviève
- Dr RIVIÈRE Michèle
- Dr ROSAT Paul
- Dr ROUSSET Charles
- Dr SCHAFFNER Marie
- Dr SCHILLING Bernadette
- Dr TACK Brigitte
- Dr THIÉBAULT Pierre-Yves
- Dr THUAUDET Sylvain
- Dr VIVIEN Jean-Pierre

Départ

- Dr ALBISETTI Jacques
- Dr ANDREMONT Olivier
- Dr BALOSSIER Anne
- Dr BARRETEAU Amélie
- Dr BERTIN-SIX Mathilde
- Dr BONNET Anne-Laure
- Dr BOVET-COURTOIS Emeline
- Dr BROSSEAU Solenn
- Dr COMOZ Anne
- Dr CROGNIER Théo
- Dr DANCOISNE Sylvie
- Dr DAYAN-MOISANT Catherine
- Dr DÉAN Pauline
- Dr DELANNOY Jean-Luc
- Dr DESAUNAY Pierre
- Dr DESJOUIS Aurélie
- Dr DIALLO Diouga
- Dr DUMAY Françoise
- Dr FERANDIN Sébastien
- Dr FISCHER Yannick
- Dr FRASINESCU Ciprian-Alexandru
- Dr GAUTIER Thomas
- Dr GILLETTA DE SAINT JOSEPH Cyrielle
- Dr GRANEL Frédérique
- Dr GRIMAUX Aurélien
- Dr GRUNBERG Mathieu
- Dr GUILLAMO Jean-Sébastien
- Dr GUILLAUME Vincent
- Dr GUILLOT Pierre
- Dr HADID Mahfoud
- Dr HAOND Pascale
- Dr HIE Pauline
- Dr JEAN-BAPTISTE Hugues
- Dr JOSROLAND Suzy
- Dr KAZEMI MOUSSAVI Apolline
- Dr KICHOU Sofiane
- Dr LACOMBE François
- Dr LANIECE-TRICHEUR Anne
- Dr LE CALVÉ Sylvain
- Dr LE GARREC Julie
- Dr LE GOFF Valérie
- Dr LE PALUD Pierre
- Dr LEBASNIER Adrien
- Dr LEMAITRE Guillaume
- Dr LEMERCIER Hélène
- Dr LERMUZEAUX-HUGUET Mathilde
- Dr MIGINIAC Jacqueline
- Dr MOSNEAGU Laura
- Dr NEAU Anne-Cécile
- Dr OÏTCHAYOMI Abéni
- Dr OUIR Myriem
- Dr PAJEOT Michel
- Dr PINEAU Vincent
- Dr PREVOST Frédérique
- Dr REBET Olivier
- Dr ROY Philippe
- Dr SALMON-ROUSSEAU Arnaud
- Dr SEBESTYEN Gyoza
- Dr SEMHOUN Meyer
- Dr TALLIER Eric
- Dr TARGAT Vincent
- Dr TCHIKOU TCHOUANLONG Neully Sandrine
- Dr TERZI Nicolas
- Dr THEVENIN-PETILLON Isabelle
- Dr VALLÉE Fabien
- Dr VAULTIER Maryse
- Dr VIGNET Claude
- Dr WUILLOT Didier
- Dr ZALCMAN Gérard

Retrait du tableau

- Dr ALLIET Jacques
- Dr DESGRANGES-LENTZ Chantal
- Dr FAIVRE D'ARCIER Pascal
- Dr GRACH Dominique
- Dr GRUJARD Catherine
- Dr HOUTTEVILLE Jean-Pierre
- Dr JOLLITON Marie-Claude
- Dr LAROZE Françoise
- Dr LAURANCEAU Georges
- Dr LE BAS Catherine
- Dr LE TUAL Philippe
- Dr NGUYEN Hoai Duc
- Dr SILLARD Béatrice
- Dr SONARSKA Laura
- Dr VERNET Dominique

Qualifications

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES**
Dr DOXAT Claire

ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Dr BONNET Vincent
Dr CASPERSEN Edouard
Dr LEFRANCOIS Valentin
Dr RADENAC Dorothée
Dr RHANEM Toufiq
Dr ZAMPARINI Marion
Dr ZHU Lan

BIOLOGIE MÉDICALE
Dr CLAROTTI Marie-Ange

**CARDIOLOGIE
ET MALADIES VASCULAIRES**
Dr HALLOUCHE Maya
Dr HAYE Valentin
Dr SEN Dara

CHIRURGIE GÉNÉRALE
Dr AZAR Michel
Dr CAMELIÈRE Lucie
Dr FÉRON Matthieu
Dr GULERYUZ Kerem
Dr JOGUET Etienne
Dr LÉON Grégoire
Dr LEPETIT Cédric
Dr MENAHEM Benjamin

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
ET STOMATOLOGIE**
Dr BERTOÏA Cécile
Dr PREVOST Raphaëlle

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
ET TRAUMATOLOGIE**
Dr AMELINE Tony
Dr SALLÉ DE CHOU Etienne

**CHIRURGIE THORACIQUE
ET CARDIOVASCULAIRE**
Dr HEYNDRICKX Maxime

CHIRURGIE UROLOGIQUE
Dr ISMAIL Rachid

**GASTRO-ENTÉROLOGIE
ET HÉPATOLOGIE**
Dr ALLAIRE Marion
Dr ANASTASIOU Ioannis
Dr AGOUZAL Khadija

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE
Dr BENDRIS Nabila

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
Dr BAZIRE Sophie
Dr GUENEUC Alexandra
Dr VALENTIN Luc

GÉRIATRIE
Dr GOODRICH Laura

**HÉMATOLOGIE
OPTION MALADIES DU SANG**
Dr MÉAR Jean-Baptiste

MÉDECINE DU TRAVAIL
Dr VERWAERDE Charles-Antoine

MÉDECINE GÉNÉRALE
Dr AUBRION Antoine
Dr AUDIGIÉ-DOLIVET Sébastien
Dr BISIAUX Frédérique
Dr CHAUDEURGE Marie
Dr CHAUSSERIE Sébastien
Dr CLANET Romain
Dr COTTENCEAU Damien
Dr DARON Marine
Dr DELACOUR Marie
Dr DION Jean-Sébastien
Dr DU PENHOAT Alexandre
Dr FLEURY Alexandre
Dr GUIGNÉ Alexandre
Dr HERBINIÈRE Martin
Dr HERVIEU Xavier
Dr JEAN Emmanuel
Dr JEANCOLAS Julien

Dr LAFONT Claire
Dr LE RUYET Dany
Dr LEFRANCOIS Nathalie
Dr LEMAITRE Agathe
Dr LESCENT Emilie
Dr MAALOUF Alberto
Dr MARDELÉ Pierre
Dr MARIE Nathalie
Dr MATUSA Amelia
Dr MORIN Marion
Dr MOUNIER Lisa
Dr NGO Quang Minh
Dr POMMIER Sophie
Dr PRÉVOST Antoine
Dr SCHMITT Jean-Luc
Dr SOULIÉ Benoît
Dr TANQUEREL Caroline
Dr VIGOT Raphaël
Dr VIVIEN Audrey
Dr WRAITH-MOTTIER Marc

**MÉDECINE PHYSIQUE
ET RÉADAPTATION**
Dr BILLARD Lionel

NEUROLOGIE
Dr BEKAERT LIEN
Dr BRANGER Pierre
Dr LAMOTTE Guillaume
Dr LI Lin
Dr PIERRE Mélissa
Dr CIOCANU Doina

ONCOLOGIE OPTION MÉDICALE
Dr FAVEYRAL Audrey
Dr VALMAR Christophe

OPHTALMOLOGIE
Dr BUFIDIS Théodore

**O.R.L. ET CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE**
Dr LASNE-CARDON Audrey

PÉDIATRIE

Dr ARMAND-GONCALVES Coline
 Dr KIRECHE Bérengère
 Dr PANICI Maud
 Dr PORCHERET Florence
 Dr SAVEY Baptiste
 Dr TOULOUSE Joseph

PNEUMOLOGIE

Dr IBRAHIM Karol

PSYCHIATRIE

Dr BONMARCHAND Pierre
 Dr CAUCHY Julie
 Dr DE SOUSA Monia
 Dr DUPREY Emmanuelle
 Dr REBILLARD Camille
 Dr TAVARES Pierre
 Dr TRÉHOUT Maxime
 Dr VANDEVELDE Anaïs

**RADIODIAGNOSTIC
ET IMAGERIE MÉDICALE**

Dr GAREL Charles

RÉANIMATION MÉDICALE

Dr SEGUIN Amélie

**SANTÉ PUBLIQUE
ET MÉDECINE SOCIALE**

Dr DE MIL Rémy

STOMATOLOGIE

Dr DIEP Dany

Capacité**ANGIOLOGIE**

Dr GARNIER Vincent
 Dr GUILLAUMAT Jérôme
 Dr DJAFFAR BEN MOHAMED
 Augustin

GÉRONTOLOGIE

Dr DIALLO Ndeye Tegue
 Dr FRANCONY Robin
 Dr JARRY Thomas
 Dr KOUYOUMDJIAN Laurence
 Dr LARIGAUDERIE Laurence
 Dr LAROCHE Anne
 Dr RHANEM Toufiq
 Dr RIQUET Olivier

MÉDECINE ET BIOLOGIE DU SPORT

Dr ÉCOLIVET Thomas
 Dr TRUONG Minh Huy

MÉDECINE DE CATASTROPHE

Dr DJAFFAR BEN MOHAMED
 Augustin

D.E.S.C.**MÉDECINE DE LA DOULEUR
ET MÉDECINE PALLIATIVE**

Dr LOYAU Johanna

MÉDECINE D'URGENCE

Dr TSOBGNY SIWE Frank

NUTRITION

Dr GHAZAL Fadi
 Dr GUIILMINEAU Charlotte

**D.I.U. - D.U.
ATTESTATIONS****ARTHROSCOPIE**

Dr AMELINE Tony
 Dr AZAR Michel
 Dr CHERCHI Laurent

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Dr DERROU Abdelghani

CHIRURGIE DE LA MAIN

Dr COLLON Sy lvie

ÉCHOCARDIOGRAPHIE

Dr DERROU Abdelghan
 Dr MABIRE-AMER Léa
 Dr SEN Dara
 Dr GHAZAL Fadi
 Dr HAYE Valentin
 Dr CIOCANU Doina

ÉCHOGRAPHIE**APPAREIL LOCOMOTEUR**

Dr NATHAN Patrick

ÉCHOGRAPHIE VASCULAIRE

Dr MONTHE-MOUNA Bérenger

**ÉCHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE
ET OBSTÉTRICALE**

Dr BAZIRE Sophie
 Dr BENDRIS Nabila
 Dr VALENTIN Luc

EXPERTISE DU DOMMAGE CORPOREL

Dr PINSON François-Xavier

**MÉDECINE MANUELLE
ET OSTÉOPATHIE**

Dr CORBIN Laurent
 Dr FLEURY Laurent

**MÉDECINE SUBAQUATIQUE
ET HYPERBARE**

Dr BEAURIN Morgan

**RÉPARATION JURIQUE
DU DOMMAGE CORPOREL**

Dr TRANQUART Philippe
 Dr BEDOS Christophe

**DROIT D'EXERCICE
COMPLÉMENTAIRE****NUTRITION**

Dr GUERARD Jean-Paul

IN MEMORIAM

Décès de septembre 2015 à juin 2016

13 mai 2015 : le Docteur GORIN Jean-Pierre, ayant exercé comme spécialiste en Chirurgie Générale avant son inscription à notre Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 64 ans.

11 juillet 2015 : le Docteur SICHEL Jean-Philippe, retraité, ayant exercé au centre hospitalier de LISIEUX comme médecin généraliste, est décédé à l'âge de 77 ans.

13 août 2015 : le Docteur CADIC Alain, retraité, ayant exercé comme spécialiste en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles à CAEN jusqu'en 2008 puis comme médecin du travail jusqu'en avril 2000, est décédé le à l'âge de 81 ans.

26 septembre 2015 : le Docteur SOLOVIEFF Michel, médecin retraité, ayant exercé la médecine générale à TROUVILLE jusqu'en 1993, est décédé le à l'âge de 87 ans.

9 octobre 2015 : le Docteur LABURTHE-TOLRA Patrick, médecin retraité, ayant exercé la chirurgie générale au CH d'EQUEMAUVILLE de 2002 à 2010 et au CHU de 2011 à 2013, est décédé à l'âge de 63 ans.

21 octobre 2015 : le Docteur GANNE Michel, médecin retraité, ayant exercé la médecine générale à CAEN jusqu'en 1990, est décédé à l'âge de 85 ans.

9 novembre 2015 : le Docteur TRIBHOU Alain, médecin retraité ayant exercé à SAINT-PIERRE-SUR-DIVES la médecine générale jusqu'en 2014, est décédé à l'âge de 67 ans.

1^{er} décembre 2015 : le Dr TREISSER Claude, médecin retraité, ayant exercé en libéral à CAEN comme spécialiste en Oncologie médicale jusqu'en 1998 puis comme salarié jusqu'en 2002, est décédé à l'âge de 80 ans.

13 janvier 2016 : le Docteur RAPILLY Claude, médecin retraité, ayant exercé à CAEN comme spécialiste en Ophtalmologie jusqu'en 1990 ayant exercé en est décédé à l'âge de 87 ans.

le 21 janvier 2016 : le Docteur DEMANT Gérard, exerçant à CAEN comme spécialiste en Pédiatrie depuis 1997, est décédé à l'âge de 73 ans.

25 janvier 2016 : le Docteur BISSON Jacques, exerçant comme médecin généraliste à ST MARTIN DE FONTENAY, est décédé le 25 janvier 2016 à l'âge de 55 ans.

27 janvier 2016 : le Docteur DUCHEMIN Jean-Marie, médecin retraité, a exercé en libéral jusqu'en mars 2008 la Gynécologie Médicale et Obstétrique puis comme médecin du travail jusqu'en août 2011, retraité, est décédé le à l'âge de 69 ans.

18 mars 2016 : le Docteur BORIES Hervé, médecin retraité, ayant exercé en libéral à CAEN comme spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires jusqu'en 2009, est décédé à l'âge de 69 ans.

3 avril 2016 : le Professeur COURTHEOUX Patrick, exerçant au CHU de CAEN comme spécialiste en Radiodiagnostic, est décédé le à l'âge de 64 ans.

8 mai 2016 : le Docteur SUKRIEH Raïf, exerçant comme médecin généraliste à HEROUVILLE-SAINT-CLAIR, est décédé à l'âge de 69 ans.

4 mai 2016 : le Docteur GUENON Auguste, ayant exercé en libéral à LISIEUX comme pneumologue jusqu'en 1985, est décédé à l'âge de 96 ans.

Médecins qui n'étaient plus inscrits au Tableau

Le Docteur QUESNEL Jacques, retraité, ayant exercé comme Anesthésie-Réanimateur, au CHU de CAEN, est décédé le 10 juillet 2015 à l'âge de 85 ans.

Le Docteur MERSIER Bernard, retraité, ayant exercé comme médecin généraliste à HONFLEUR jusqu'en 2008, est décédé le 5 juillet 2015 à l'âge de 66 ans.

Le Docteur Gilles DE BOYSSON, ayant exercé comme médecin du travail jusqu'en 2014, est décédé à l'âge de 66 ans.

Le Docteur DE PONTVILLE Michel, ayant exercé comme radiologue à HEROUVILLE, est décédé le 22 février 2016 à l'âge de 89 ans.

Le Docteur GAUBERTI Christiane, ayant exercée comme médecin scolaire jusqu'en 1985, est décédée le 19 mars 2016 à l'âge de 94 ans.

Le Professeur Gilles GROLLIER est décédé le 9 août 2016 après une maladie cruelle qui l'a emporté en quelques mois, assumée avec un grand courage ; il n'avait que 66 ans.

Je l'ai connu alors qu'il arrivait comme interne au CHU de Caen et il était déjà évident que c'était un homme exceptionnel : gentillesse, discrétion, disponibilité et soif d'apprendre. Il allait gravir tous les échelons de la carrière hospitalo-universitaire pour être nommé Professeur des universités et allait bien naturellement devenir chef du service de cardiologie quand l'heure fut venue. Il allait mettre en place la cardiologie interventionnelle de façon magistrale, reconnu au plan national et faisant de son service un service de pointe dans la gestion des cardiopathies ischémiques développant en particulier le système d'assistance circulatoire, les angioplasties coronaires et le traitement non invasif des cardiopathies valvulaires ; avec son ami chirurgien cardiaque Gérard BABATASI, il allait beaucoup s'investir dans l'humanitaire dans le cadre de la Chaîne de l'Espoir et réaliser un travail considérable au Cambodge, en Chine, en Afrique, apportant sa compétence dans le traitement des cardiopathies valvulaires chez l'enfant et formant des équipes locales maintenant opérationnelles. Il s'était également investi dans l'action municipale, apportant par son charisme et son aura un appui important à l'équipe de Brigitte Le Brethon puis de Joël Bruneau. Il assurait la Présidence de l'Association de Cardiologie de Basse Normandie, très investie dans les actions de prévention des maladies cardio vasculaires.

Gilles GROLLIER fait partie de ces grands médecins qui laisseront une trace et un souvenir vivace à tous ceux qui ont eu la chance de les approcher, amis, patients et confrères.

Que son épouse et ses filles soient assurées de la reconnaissance de tout le corps médical ; il restera toujours présent dans nos cœurs.

Docteur Jean-Pierre BERNARD

Cardiologue

Ancien Président du Conseil de l'Ordre des médecins



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

Bureau :

Président :	Dr HURELLE Gérard
1 ^{ère} Vice-Présidente :	Dr BOURDELEIX Sylvie
2 ^{ème} Vice-Président :	Dr DEYSINE Jean-Paul
Secrétaire Général :	Dr DEMONTROND Jean-Bernard
Secrétaire Général Adjointe :	Dr HUREL-GILLIER Catherine
Secrétaire Général Adjoint :	Dr IZARD Jean-Philippe
Trésorière :	Dr CENDRIER-SCHAEFFERT Eliane
Trésorier Adjoint :	Dr BEQUIGNON Arnaud

Membres :

Drs. ARROT Xavier - BÉQUIGNON Arnaud - BONNIEUX Daniel - BOURDELEIX Sylvie - CAILLET Stéphane - CENDRIER-SCHAEFFERT Eliane - DEMONTROND Jean-Bernard - DEYSINE Jean-Paul GAUDIN Jacques - HUREL-GILLIER Catherine - HURELLE Gérard - IZARD Jean-Philippe - LEPORRIER Michel - LEROSIER Bertrand - MARIÉ Chantal - PAPIN-LEFEBVRE Frédérique - PHILIPPART Patrice PORRET-GEORGET Emilie - SALAUN-LE MOT Marie-Anne - WALTER Gilles - WIART Catherine.

