



# Ordre des médecins du Calvados

## Sommaire

- 01** ▷ Le mot du Président
- 02** ▷ Le mot de la Trésorière
- 03** ▷ Que fait l'ordre
- 04** ▷ Soulagement de la souffrance et arrêt de traitement
- 05** ▷ Le groupement d'éthique clinique
- 08** ▷ Secret médical et justice
- 09** ▷ Informations médicales
- 11** ▷ Informations diverses
- 15** ▷ Carnet médical

2011



## Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Calvados

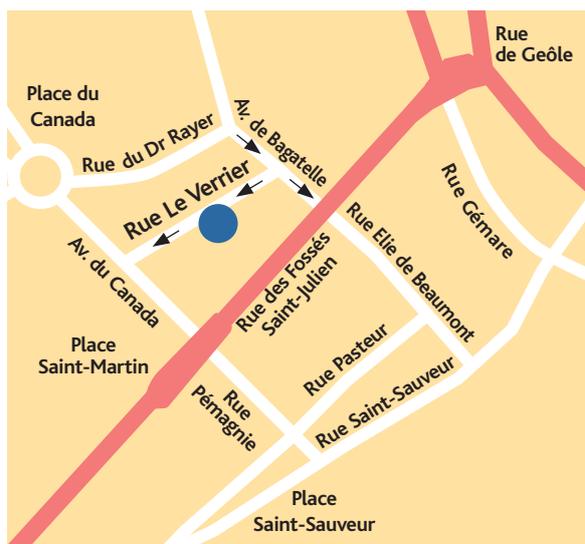
13 rue Le Verrier

14000 CAEN

Tél. : 02 31 86 38 28

Fax : 02 31 38 29 01

Email : calvados@14.medecin.fr



### Secrétariat :

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

### Heures d'ouverture du secrétariat :

- du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00
- les lundis, mardis, jeudis et vendredis après-midi de 13h30 à 16h00

### Comité de Rédaction du Bulletin :

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



**D**epuis le vote de la loi Léonetti sur la fin de vie, l'article 37 du Code de déontologie médicale a été réécrit par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ce travail a permis de clarifier bien des situations et de faciliter l'expression de la volonté des patients. Cinq ans après la promulgation de la loi, des avancées sont constatées sur le terrain, mais la « culture palliative » fait encore défaut.

Cette loi apporte plusieurs modifications au droit des malades, y compris ceux qui ne sont pas en fin de vie ; elle affirme pour la première fois l'interdiction de l'obstination déraisonnable et les médecins se doivent de lutter efficacement contre la douleur, même s'il existe un risque de hâter la mort du patient. L'objectif est d'autoriser la suspension d'un traitement ou de ne pas l'entreprendre, si les résultats escomptés sont inopportuns, c'est-à-dire inutiles, disproportionnés ou se limitant à permettre la survie artificielle du malade.

Aussi, la loi renforce l'expression de la volonté du patient, soit directement auprès des professionnels, soit par la désignation d'une personne de confiance et la rédaction de « directives anticipées », dans le respect d'une procédure collégiale. Chacun peut ainsi exprimer par avance ses souhaits sur la conduite à tenir lorsqu'il sera confronté à la fin de vie.

Le texte recherche un équilibre entre les droits du malade et la responsabilité du médecin en prévoyant l'information la plus complète du malade, directement s'il est conscient ou indirectement s'il ne l'est plus.

L'article 37 se coordonne avec l'article 38, qui rappelle l'interdiction de provoquer délibérément la mort et la nécessité d'accompagner la personne jusqu'à son dernier souffle.

Début 2011, un groupe de sénateurs a demandé un changement de la loi pour y intégrer l'aide active à mourir. Des faits récents vont de nouveau réactiver ces demandes. Le Conseil National, dans un communiqué, a dû rappeler lors de l'examen par le Sénat d'une proposition de loi autorisant un droit à une injection létale, qu'instituer ce droit :

- c'est exposer les personnes les plus vulnérables, malades ou handicapées, à des dérives incontrôlables au moment où la société s'interroge sur le financement de la dépendance ;
- c'est compromettre la confiance des malades dans les soignants qui n'ont pas vocation à donner la mort ;
- c'est exercer à l'encontre des médecins une pression d'une extrême violence que de leur demander ou leur imposer de faire un geste létal contraire à leur éthique sans respecter leur conscience.

La loi « fin de vie et droit du malade » du 22 avril 2005 condamne l'obstination déraisonnable et offre aux patients en fin de vie la possibilité de terminer leur existence sans souffrance, en bénéficiant des moyens nécessaires au soulagement des douleurs et à l'apaisement des angoisses terminales.

Ce n'est pas d'une nouvelle loi dont nous avons besoin mais, comme le fait régulièrement l'Ordre des Médecins, d'expliquer et d'appliquer la loi actuelle, de mieux former les médecins et les soignants et de développer les structures de soins palliatifs.

Le Président  
Docteur Gérard HURELLE



## Le mot du Président

# A quoi servent nos cotisations ? Pourquoi un tel montant et son évolution ? Comment est géré notre conseil ?

**V**oilà des questions qui nous reviennent très (trop) régulièrement et auxquelles nous nous efforçons de répondre systématiquement.

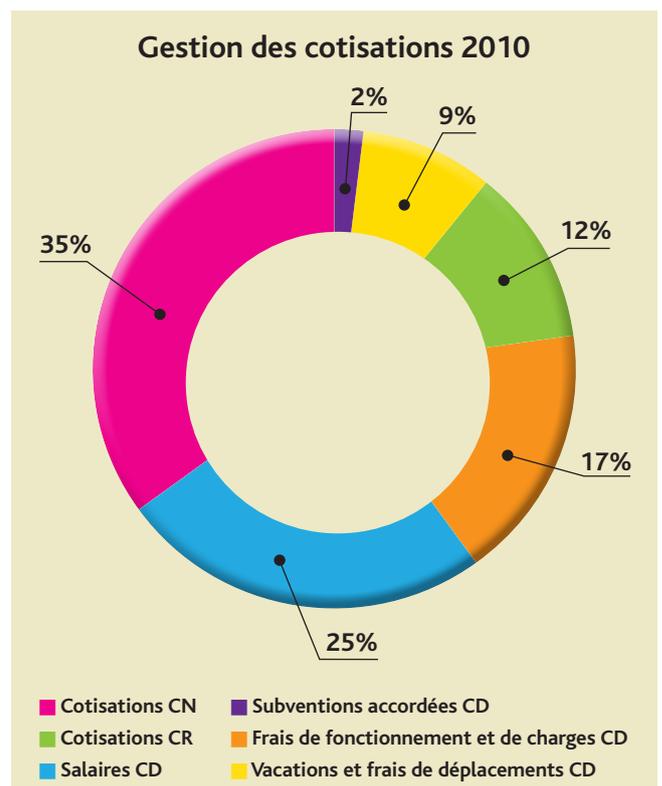
Voici donc un schéma de répartition des différents postes financiers qui montre que les frais de secrétariat représentent une forte proportion des dépenses de fonctionnement. Les tâches de nos secrétaires sont multiples et concernent notamment l'accueil, les enregistrements de diplômes, les inscriptions, les remplacements, la supervision des contrats, la réception des doléances et plaintes -de plus en plus nombreuses- la comptabilité, etc... Ce tableau concerne les dépenses effectuées, après rétrocession des parts départementale et nationale soit 142 € cette année ou environ 47% du montant total de la cotisation.

Sur le montant de la cotisation nous vous rappelons qu'elle est obligatoire selon le code de santé publique et que son montant fixé par le conseil national, est identique pour tous les médecins, que leur activité soit libérale ou non, quel que soit leur lieu d'exercice.

Pour l'année 2011 l'augmentation est indexée au taux de l'inflation soit +1,69%. Pour les années précédentes, effectivement, le taux d'accroissement a été plus marqué notamment en 2008 et 2009 avec des augmentations de +3,4%. La raison en a été une mise en réserve spéciale par le Conseil national, d'une part pour l'informatisation de l'ensemble des Conseils qui a nécessité une modernisation et harmonisation (avec notamment le logiciel Ordinal nécessaire au fonctionnement en réseau), d'autre part pour les services d'entraide et d'harmonisation des conseils départementaux. En effet, la baisse démographique se faisant ressentir de façon plus notable dans certains départements désertés, notamment les départements ruraux, une réserve de péréquation a été créée pour distribuer des fonds selon le nombre d'inscriptions au tableau. Il faut noter qu'en 2009 par exemple, 15 départements (sur 102) étaient déficitaires !

N'oublions pas enfin l'entraide départementale. Si notre conseil est parfois sollicité par des confrères ou des familles en difficulté, notre soutien vient en renfort des dons accordés par l'AFEM. Cependant ce sont vos dons spontanés qui permettent ainsi à l'AFEM ses multiples actions notamment pour subventionner les études d'orphelins. Aussi je ne peux que vous demander de ne pas oublier votre confraternelle générosité en début d'année prochaine pour pérenniser une entraide hélas trop souvent nécessaire.

Je termine en rappelant que 2012 est l'année des prochaines élections qui verront ainsi un renouvellement des conseillers et donc des postes de trésoriers. Nous espérons le trésorier adjoint et moi-même avoir rempli notre rôle au mieux et comptons sur votre vigilance à respecter les délais demandés par le conseil national afin d'alléger les tâches de nos secrétaires ■

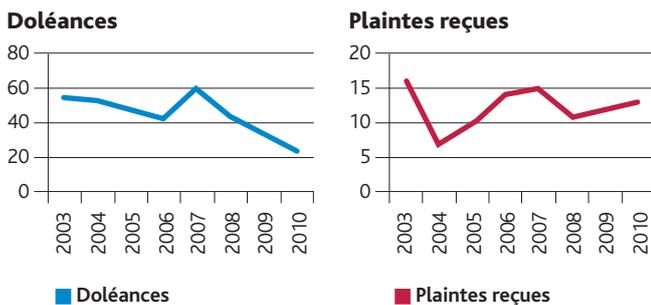


# Les médecins du Calvados et la chambre disciplinaire

Cette année, il nous a paru intéressant de faire une analyse des 8 dernières années sur les données dont nous disposons.

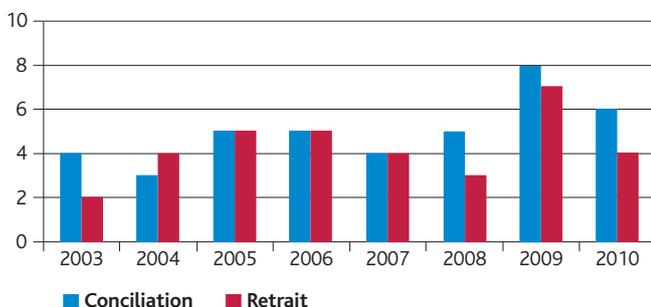
## DONNÉES BRUTES

En données brutes alors que le nombre de plaintes reste dans une fourchette entre 10 et 15 plaintes reçues par an, on note une chute du nombre de doléances. Ce chiffre est à rapporter au nombre de praticiens inscrits dans le Calvados (2816).



## LA CONCILIATION

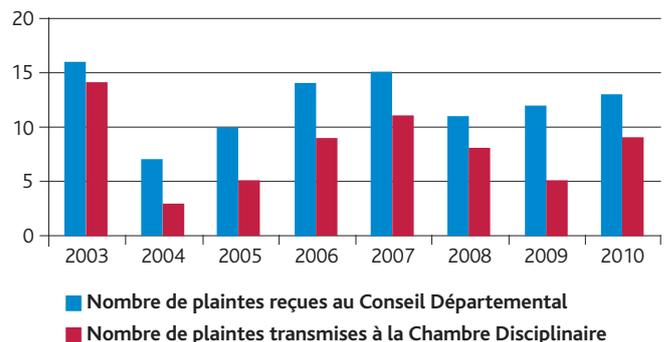
A chaque plainte reçue, le Conseil Départemental est dans l'obligation de proposer une conciliation.



Lorsque celle-ci a lieu, il est intéressant de noter que pour 98 plaintes reçues, 40 conciliations ont été acceptées dont 34 ont abouti au retrait de la plainte, les explications fournies par le praticien lors de cette conciliation ayant satisfait le plaignant. C'est dire l'importance de cette procédure et qu'il faut s'y préparer.

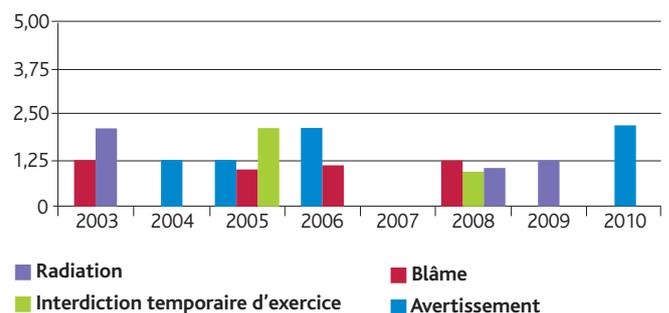
## LA TRANSMISSION DE LA PLAINTE A LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE

Lorsque la conciliation échoue ou est refusée, le Conseil transmet alors la plainte à la chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre, présidée par un magistrat professionnel, les assesseurs étant des médecins des autres départements (Manche et Orne pour une plainte concernant un médecin du Calvados). De 2003 à 2010 le Conseil de l'Ordre a ainsi transmis 64 plaintes sur 98 reçues.



L'affaire est alors instruite par un médecin rapporteur. Chaque partie produit alors un mémoire en attaque et en défense, en se faisant aider ou non par un avocat. Après l'audience, la Cour délibère et décide d'éventuelles sanctions. Pour la période 2003-2010, sur les 64 plaintes instruites et jugées, la Chambre disciplinaire a prononcé 17 sanctions :

- 6 avertissements
- 3 interdictions temporaires d'exercice
- 4 blâmes
- 4 radiations



# Soulagement de la souffrance

**L'article 37 du Code de Déontologie, qui traite de ces sujets, a été modifié par le décret n° 2010-107 en janvier 2010. Cela est la traduction de la loi « Léonetti ». Le deuxième paragraphe a été reformulé et le troisième a été ajouté.**

## En voici la rédaction actuelle :

I) En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II) Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L 1111-4 et au premier alinéa de l'article L 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

III) Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L 1110-5 et des articles L 1111-4 ou L 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du

# et arrêt de traitement

patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

Cette nouvelle rédaction prend en compte :

- les directives anticipées
- la personne de confiance
- la procédure collégiale de prise de décision
- l'état de conscience du patient

Sur le site internet du CNOM ([www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)) on trouvera plusieurs pages de commentaires concernant cet article, qui précisent certaines modalités et approfondissent la réflexion ■

« *Si la cause est bonne, c'est de la persévérance. Si la cause est mauvaise, c'est de l'obstination.* » (Laurence Sterne 1713-1768).

## Article 38 - Soins aux mourants - euthanasie

30/10/2003

Article 38 (article R.4127-38 du code de la santé publique)

**Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.**

**Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.**

**1- L'accompagnement de l'agonie est l'ultime responsabilité du médecin.** Un médecin ne peut abandonner son malade lorsque celui-ci aborde sa « dernière maladie ». (Voir note 1)

Lorsque tout espoir de guérison disparaît, le médecin doit poursuivre sa mission auprès du malade et de sa famille. Il doit faire « l'analyse des besoins » corporels, psychiques, sociaux et surtout prendre en compte la douleur et la souffrance du patient (art. 37).

**2- Quand un traitement s'impose, soit pour prolonger la vie, soit pour améliorer la qualité de la vie, le médecin doit respecter la volonté du malade, mais observer ce principe ne le dégage pas de sa responsabilité.**

Élucider la demande et évaluer les besoins fondamentaux du malade exige du thérapeute une recherche particulière qui pourra le conduire à privilégier les soins palliatifs par rapport aux soins curatifs et à proposer les différentes options qui peuvent le mieux correspondre aux impératifs du patient : maintien à domicile, transfert en milieu hospitalier ou en unité de soins palliatifs.

La démarche éthique en ce domaine est d'évoluer vers une véritable « alliance thérapeutique ». En effet, à ce

stade de la fin de la vie, le médecin ne peut que permettre un véritable choix au patient et cela par une information complète dans le respect de sa volonté, dans la mesure où il peut encore l'exprimer ou en tenant compte de celle qu'il a pu antérieurement exprimer notamment dans des directives anticipées.

**3- Le malade a le droit de savoir que sa mort approche et le droit de ne pas le savoir.** Bien des patients n'osent pas formuler cette angoisse de mort qu'ils pressentent à travers leurs douleurs, la perte progressive de leurs forces physiques, de leur lucidité. Ils se savent gravement malades et feignent parfois de l'ignorer, avec l'aide complice de leur entourage. Ce n'est pas au médecin de leur faire violence en leur annonçant une mort prochaine, mais ne doit-il pas les aider, avec délicatesse et compassion, à en prendre conscience ? L'attitude souvent préconisée est de laisser parler le malade, lui-même, de sa mort. Cette attitude, dite d'écoute active, consiste à répondre à une question du malade par une autre question (requestionnement) afin de discerner les informations qu'il possède déjà, dans le but aussi de ne pas bouleverser les repères qu'il s'est donnés pour ne pas s'abandonner au désespoir, croire

(1) Article L.1110-5, 4<sup>ème</sup> alinéa du code de la santé publique : « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »



### Article 38 - Soins aux mourants - euthanasie (suite)

qu'il peut guérir ou vivre encore, en maintenant des échanges de qualité, y compris sur des points sensibles.

Il est nécessaire d'accompagner ainsi le malade dans sa réflexion ultime « sur le sens de la vie dans sa finitude, ses limites et sa fragilité ». « Reconnaissons qu'il y a une immense différence entre dire à quelqu'un « vous allez mourir » et le laisser dire « je vais mourir ». Celui qui dit à un médecin ou à un proche « je vais mourir » reste le sujet de sa vie alors que celui qui s'entend dire « vous allez mourir » devient objet et victime de condamnation. Ainsi le respect du malade en tant que personne humaine conduit-il à souligner l'importance déontologique, non pas de l'informer de sa mort prochaine, mais de lui consacrer le temps et l'attention dont il a besoin pour rester pleinement lui-même et parler librement de ce qu'il vit, c'est-à-dire la fin de sa vie ». (Voir note 2)

En établissant une relation d'une telle qualité avec le malade, le médecin reste « l'ami ultime ». Il évite ainsi au patient d'être enfermé dans le silence ou « le mensonge » parfois, l'abandon progressif, la régressive dépendance physique, sa vie étant limitée à la seule souffrance. Il lui permet de se restituer dans son présent, son passé et son devenir, d'exprimer ses désirs, ses volontés, de nouer des échanges avec les soignants, amis et parents, selon des voies diversifiées, neutres et bienveillantes, qu'elles soient médicales, affectives, philosophiques ou religieuses. Il préserve ou lui redonne le droit de retrouver- au-delà de la douleur, de la souffrance et du deuil- l'estime de soi, l'homme intérieur avec les valeurs qui fondent sa dignité. (Voir note 3)

**4- Certains patients préfèrent éluder toutes les informations qui leur sont offertes sur leur diagnostic et leur pronostic (voir note 4).** Le devoir de réserve s'impose alors conformément à l'article 35 du code de déontologie ; pour ces malades, le silence est la réponse à leur désir. Il faut se garder de l'acharnement psychologique tout autant que de l'acharnement thérapeutique.

**5- Un autre impératif s'impose au médecin respectueux du malade en fin de vie :** l'obligation du secret médical. Le médecin doit, là encore, déterminer, avec l'accord du malade et selon son degré de conscience, quelle sera

l'information à donner, ou à ne pas donner à la famille ou au tiers désigné par le malade. Le généraliste, ou l'équipe médicale assurant la prise en charge du malade, est souvent entouré de personnes bénévoles (réseau de solidarité), fréquemment sans lien professionnel avec le milieu de santé, ce qui doit entraîner une vigilance particulière de chaque intervenant pour préserver le secret médical. Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles doivent se doter d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action : respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

**6- Le soutien apporté aux familles fait partie de la mission dévolue au médecin.** En effet, ces familles se trouvent souvent désorientées et désespérées, d'autant plus qu'elles manquent d'information (voir note 5). Elles se retrouvent abandonnées à leur propre angoisse devant une hospitalisation prolongée ou le stress d'événements aigus à répétition. Elles sont aussi désorientées par le manque d'empathie des soignants. C'est au médecin de les informer, de les aider à accompagner le mourant et de les préparer ainsi à cette mort et à ce deuil, sans se substituer à elles. C'est aussi au médecin qu'il appartient de sensibiliser l'équipe soignante non seulement à l'accompagnement de l'agonisant mais aussi à celui des familles.

**7- Les soins palliatifs médicalisés, à domicile, ou en milieu hospitalier et l'accompagnement des mourants constituent, à l'heure actuelle, en France, un droit reconnu par le législateur (voir note 6).** et un devoir des soignants (voir note 7). L'acharnement thérapeutique qui prolonge l'agonie du patient par des soins inutiles et pénibles est unanimement rejeté (art. 37).

Les soins palliatifs médicalisés sont définis comme « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». Ces soins visent à diminuer ou

(2) Schaerer R., *Parler de la mort avec un malade - III<sup>ème</sup> congrès international d'éthique - Mars 1991.*

(3) Courtiol J.R., *Les soins palliatifs et l'accompagnement des mourants. Commission nationale permanente de l'Ordre national des médecins. Bulletin de l'Ordre, décembre 1993, p.281.* Hoerni B., *Déontologie médicale et soins palliatifs, Ordre national des médecins, 1996.*

(4) Article L. 1111-2, 4<sup>ème</sup> alinéa du code de la santé publique : « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ».

(5) Article L. 1110-4, 6<sup>ème</sup> alinéa du code de la santé publique : « En cas de diagnostic ou de pronostic grave le secret ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. ».

(6) Article L. 1110-9 du code de la santé publique : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

(7) *Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, 1984 et 1986.*

à supprimer les symptômes d'une maladie lorsqu'il est permis d'affirmer que les diverses thérapeutiques possibles à visée curative sont devenues incapables d'obtenir la guérison. L'objectif des soins palliatifs est donc de donner au malade, en phase terminale, le maximum de confort, physique et psychique.

Ces soins peuvent être assurés par le médecin généraliste au domicile du patient, dans des unités de soins palliatifs, ou dans des secteurs hospitaliers non spécialisés. Dans les unités de soins palliatifs, l'équipe est pluridisciplinaire et comprend des anesthésistes-réanimateurs, des généralistes, des oncologues et des psychiatres, des infirmières et des kinésithérapeutes.

La philosophie générale de leur action pourrait se traduire selon la formule de R.Zittoun : « faire quelque chose quand il semble que l'on ne peut plus rien faire ». Quoique cette formule ait quelque chose d'excessif car on convient maintenant que les soins palliatifs débutent bien avant que l'on ait renoncé à tout soin curatif.

L'accompagnement des mourants, moins médicalisé, fait appel autour de l'équipe des professionnels de santé à d'autres intervenants tels que des psychologues, diététiciens... auxquels peuvent s'associer des bénévoles et des ministres du culte. Une autre formule paraît bien adaptée à leur intervention : « accompagner la vie jusqu'à la mort ». Cette prise en charge du relationnel, c'est-à-dire des composantes psychologiques, sociales et affectives du malade, en fin de vie est essentielle. Chacun de ces intervenants se révèle un collaborateur précieux de l'équipe de soins.

#### **8- Le dernier alinéa de l'article 38 fonde le refus de l'euthanasie « acte de provoquer délibérément la mort ».**

La déontologie médicale comme la Convention européenne des Droits de l'homme condamnent formellement cette démarche, sans retour. Le Conseil de l'Europe (Recommandation 1418-1999) recommande aux États membres de respecter et protéger la dignité des malades incurables et des mourants en maintenant l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à leur vie. Il faut tenir compte des progrès réalisés, grâce aux soins palliatifs, dans le domaine de la maîtrise de la douleur et rejeter la négation flagrante du devoir d'écoute, d'information et d'accompagnement précédemment décrit.

**9- La société s'interroge dans la mesure où elle rejette légitimement la médicalisation à outrance de la mort, dont elle a connu des exemples célèbres et prolongés, alors qu'elle n'a pas encore complètement appréhendé**

l'intérêt des soins palliatifs. De nombreux esprits restent troublés par l'attrait certain de la proposition de « mourir dans la dignité à l'heure choisie, par le moyen choisi ».

Certains procès retentissants, aux États-Unis notamment, ont permis de prendre conscience du problème, posé par le cas dramatique de malades, à des médecins et à des juristes. Des manifestations, des congrès ont favorisé la réflexion sur ce sujet douloureux. Le problème de la mort, rendu encore plus sensible lorsqu'il touche des sujets jeunes, depuis l'épidémie de sida, ou des sujets âgés qui leur sont proches, du fait de la prolongation de la vie grâce aux progrès de la médecine, est de moins en moins occulté.

C'est un constant dilemme dans l'exercice médical : au terme d'une vie, il est parfois difficile de discerner si une demande d'euthanasie n'est pas en réalité une quête affective, ou un appel au secours, une volonté authentiquement suicidaire, ou s'il ne s'agit pas davantage d'une décision dictée par d'autres priorités personnelles, parfois guidées par le désir de ne plus être à la charge de ses proches.

**10- Les arguments ne manquent pas contre une législation qui conférerait au médecin l'exorbitant pouvoir de tuer :** le risque d'une erreur de diagnostic sur l'incurabilité, la difficulté d'interpréter la demande du malade, les mobiles très divers qui peuvent guider sa famille.

Peut-on imaginer qu'un grand malade, un infirme, un vieillard ait à se demander si l'injection qui est préparée par le soignant est destinée à le soulager ou bien, avec l'accord de la famille, à le faire mourir ?

Toute transgression dans ce domaine engage la responsabilité du médecin, sur le plan pénal et disciplinaire.

À la dernière phase de l'existence humaine le médecin doit demeurer celui qui soigne. Accompagner signifie écouter, être compréhensif et secourable, prendre en charge les besoins somatiques et psychiques, maîtriser la douleur, apaiser l'angoisse, rompre la solitude. En d'autres termes, c'est aider le malade et sa famille à admettre et à supporter l'approche de la mort.

L'euthanasie ne se confond pas avec la décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s) qui, sous réserve qu'elle soit prise et mise en œuvre en respectant un certain nombre de règles, vise à restituer son caractère naturel à la mort et représente dans les situations désespérées la seule alternative éthique à un acharnement thérapeutique, contraire au code de déontologie (voir note 8) ■

# Le Groupe d'Éthique Clinique et de la vie hospitalière (GEC)

**L**e Groupe d'Éthique Clinique et de la vie hospitalière (GEC) a été créé au CHU de Caen le 03 mars 2008, à l'initiative des équipes soignantes et de la Direction Générale du CHU. Présentée aux membres du Conseil d'Administration, sa charte de fonctionnement a été adoptée en séance le 04 juillet 2008. Il est une structure hospitalière consultative d'aide à la réflexion éthique et à la prise de décision dans les situations difficiles, cliniques ou de vie hospitalière. Le GEC a pour vocation de servir les valeurs du soin et les relations humaines au sein de l'hôpital. Il exerce son activité au sein de l'Espace Éthique de la Santé de Basse-Normandie dont le siège est à l'UFR de Médecine de Caen. Ses principales missions sont les suivantes :

- 1. Soumettre à la discussion de ses membres des cas cliniques et des situations complexes en matière d'éthique de la santé et des soins.**
- 2. Contribuer à la réflexion éthique dans l'organisation des soins et dans la prévention en matière de santé.**
- 3. Favoriser le dialogue entre les personnes concernées par chacune de ces situations afin de les aider à cheminer eux mêmes vers une solution éthique, dans le respect du secret professionnel.**
- 4. Dans le cadre de l'Espace Éthique, encourager les travaux de recherche, les formations sur l'éthique des soins et de la santé.**

Sa compétence dans le domaine de l'éthique repose sur son caractère pluridisciplinaire, sur la formation et sur l'expérience acquise par ses membres, et sur d'autres formes d'expertise scientifique. Il inclut des médecins, sages-femmes, infirmier(e)s, psychologues, éducateurs, philosophes, sociologues, juristes, économistes de la santé, administrateurs hospitaliers, représentants des usagers... Deux médecins désignés par le conseil de l'Ordre des Médecins du Calvados assistent aux réunions. Les réunions ont lieu au CHU le 1<sup>er</sup> jeudi de chaque mois ; les membres du GEC sont tenus au secret professionnel, au devoir de réserve, et doivent s'abstenir de toute forme de prosélytisme. Les membres qui expriment publiquement une opinion le font

en leur nom propre et non en fonction d'une quelconque représentativité.

La saisine du GEC provient d'un membre du personnel hospitalier, d'une équipe soignante, d'un patient ou de l'un de ses proches informés de l'existence de ce groupe dans l'hôpital par les équipes soignantes ou par les livrets d'information. Elle peut également provenir d'une instance hospitalière ou d'une équipe de direction. Elle se fait toujours à propos d'une situation concrète et n'a pas pour but de résoudre une question d'ordre général. Les demandes parviennent par écrit au responsable du GEC (Dr ARSENE niveau 19 au CHU) ou au secrétariat du GEC (02 31 06 51 49). La saisine du GEC implique de la part du demandeur qu'il soit bien informé de l'objectif principal du groupe qui est de proposer une aide à la réflexion éthique et non de donner une décision médicale. Le GEC n'a pas vocation d'expertise, ne sera pas sollicité pour des conflits entre personnes, ni pour des plaintes. Il ne doit pas suppléer les staffs éthiques ou comités d'éthique déjà bien organisés dans certaines unités fonctionnelles particulièrement exposées (services de réanimation, maternité ...). Toutefois le GEC peut, dans certaines situations et sur demande de ces équipes, être saisi en appui, pour élargir le champ de la réflexion éthique. Il pourrait en être de même à la demande d'un médecin libéral. Enfin, l'existence du GEC n'enlève pas à chaque agent de l'hôpital le devoir d'une réflexion éthique personnelle dans le cadre de son activité professionnelle. Pour toutes ces raisons, le bien fondé de la saisine du GEC est évalué au cas par cas par le responsable du GEC, après d'éventuelles consultations préalables.

L'exposé des cas cliniques est oral et anonymisé, et le compte-rendu des délibérations ne figure pas au dossier des patients. Chaque situation clinique est singulière, ce qui exclut toute forme de « jurisprudence ». Il n'y a pas d'archivage de données nominatives. Les conclusions de la discussion sont retransmises le plus fidèlement et le plus complètement possible aux parties ayant saisi le GEC pour éclairer leur propre réflexion éthique et leurs décisions de soins appropriés.

Les thèmes abordés en 2010 ont été variés ; en voici quelques exemples : aspects éthiques de la prise en charge

des laryngectomisés, consentement des patients sous tutelle, soins palliatifs chez un patient témoin de Jéhovah présentant une anémie majeure, limitation des soins en Néonatalogie, prise en charge d'un patient en fin de vie ayant demandé une limitation des soins, réflexion éthique pour une décision d'hémodialyse, reconnaissance et application des directives anticipées chez un patient atteint d'une artériopathie évoluée, etc.

**En conclusion**, le Groupe d'Éthique Clinique du CHU de Caen contribue à la réflexion éthique dans le domaine des soins et de la santé chez des patients pris en charge au CHU. Par la composition de ses membres, son ouverture à tous les centres ou médecins qui le souhaitent, par ses missions d'intérêt général et ses liens avec la Faculté de Médecine de Caen, il est une composante essentielle de l'Espace Éthique de la Santé de Basse-Normandie. ■

# Secret médical et justice

**N**ous sommes très souvent appelés par des confrères nous questionnant sur ce qu'ils doivent dire ou ne pas dire à la justice ou à la police lorsqu'ils sont convoqués dans une affaire où ils ont examiné un patient.

Voici quelques règles simples :

## ■ Dérogation au secret médical.

Il convient de rappeler que seule la loi peut délier un médecin du secret professionnel. L'article 226-14<sup>1</sup> du code pénal autorise le médecin à :

1. Signaler au Procureur de la République des sévices ou privations médicalement constatés ou des présomptions de sévices commis à l'égard **de mineurs (- 18 ans)** ou de **personnes vulnérables** : nous vous recommandons d'utiliser le modèle type de signalement élaboré par le Conseil national en concertation avec les ministères de la Santé, de la Justice et de la Famille.
2. Signaler au Procureur de la République des violences commises sur une personne majeure : le signalement ne peut être fait qu'avec l'accord de la victime.
3. Signaler au Préfet le caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

## ■ Réquisition

Pour apporter la preuve d'une infraction et l'implication de la personne poursuivie, les officiers de police judiciaire (OPJ) vont sur autorisation ou sous le contrôle du Procureur de la République, procéder à un certain nombre d'investigations.

Sur délégation – commission rogatoire – du juge d'instruction, ils procèdent à des enquêtes.

Ils peuvent alors être amenés à requérir le concours des médecins.

Le terme « réquisition » et le caractère contraignant qu'il suppose est source de confusion pour les médecins. Schématiquement, on peut distinguer selon l'objet de la réquisition :

### 1. Constatations, examens techniques ou scientifiques.

S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques qui ne peuvent être différés, l'OPJ a recours à toutes personnes qualifiées.

Il est fréquent que les médecins soient requis pour un examen de garde à vue, une prise de sang en vue de la vérification de l'alcoolémie en cas d'accident de la route, l'examen du corps d'une personne décédée, une autopsie...

Sous peine d'amende<sup>2</sup>, le médecin est tenu de déférer à la réquisition et remet son rapport à l'autorité requérante.

Il peut néanmoins refuser son concours :

- en cas d'inaptitude physique,
- en cas d'inaptitude technique,
- lorsqu'il est le médecin traitant de la personne à examiner.

### 2. Demande d'information

La réquisition a pour objet d'obtenir le témoignage du médecin sur des faits qu'il a connus dans son activité de médecin : date de consultation, adresse du patient, objet de la consultation, nature des traitements,... et plus généralement ce qui a trait au patient pris en charge. ►►

►►► **La réquisition n'a pas pour effet de délier le médecin de son obligation au secret professionnel et quelle que soit la nature du renseignement demandé (« administratif » ou purement médical), il ne peut que refuser de répondre à ce type de réquisition.**

Il n'encourt ce faisant aucune sanction.

### 3. Demande de dossier médical, documents et listes

Depuis les lois Perben de 2003 et 2004, le procureur de la République ou l'OPJ, sur l'autorisation de celui-ci (enquête préliminaire – article 77-1-1 du code de procédure pénale) ou sous son contrôle (enquête de flagrance – article 60-1 du même code) « *peut requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public, de toute administration qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposé, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel.* » Le refus de répondre est sanctionné d'une amende de 3750 €.

Lorsque cette réquisition est adressée à une des trois catégories professionnelles : avocat, journaliste, **médecin** (visées par le texte par référence respectivement aux articles 56-1 à 56-3 du code de procédure pénale), les articles 77-1-1 et 60-1 ajoutent que la remise des documents ne peut intervenir qu'avec l'accord du professionnel concerné.

Ces articles font donc dépendre la remise d'un dossier couvert par le secret médical de l'accord du médecin, ce qui paraît incompatible avec la conception traditionnelle du secret professionnel général et absolu en matière médicale.

Les dispositions des articles 77-1-1 et 60-1 sont de plus en plus souvent invoquées – parfois de manière incomplète – par les OPJ pour obtenir – sans saisie – les documents qu'ils détiennent.

Il faut conseiller aux médecins requis dans cette situation de refuser leur accord. **Ce refus ne peut être sanctionné.**

**La procédure de saisie du dossier médical sera alors mise en œuvre dans les conditions habituelles (présence d'un membre du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, mise sous scellés fermés du dossier saisi) éventuellement opérée par le magistrat lui-même.**

### ■ Convocation au Commissariat ou au Tribunal.

Le fait pour un médecin d'être entendu par le juge d'instruction ou par un officier de police judiciaire agissant sur commission rogatoire **n'autorise pas le médecin à parler**, en dehors des trois dérogations suscitées prévues à l'article 226-14 du code pénal.

Le médecin cité à comparaître comme témoin devant une juridiction (tribunal, cour d'assises...), que ce soit à la demande d'un patient, du juge, ou du Parquet (Procureur), **ne peut rien révéler de ce qu'il a connu d'un patient** à l'occasion des soins dispensés.

Par ailleurs, la jurisprudence admet que pour assurer sa défense et dans les strictes limites de ce qui est nécessaire à cette fin, le médecin, dont la responsabilité est recherchée, puisse révéler des éléments couverts par le secret médical. Attention à la signature du procès verbal, quelquefois l'officier de police peut être interprétatif de vos dires. Pesez bien vos mots, voire demandez une rectification à la relecture avant la signature ; vous pouvez ajouter à la main sur le procès verbal certains éléments que vous voulez voir mis en évidence.

**En conclusion, en cas de doute, ne dites rien et appelez le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, vous serez orienté vers un conseiller qui vous aidera** ■

#### <sup>1</sup>Article 226-14 du code pénal :

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1- **A celui qui informe les autorités judiciaires**, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2- **Au médecin qui, avec l'accord de la victime**, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime

est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3- **Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et**, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

**Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.** »

<sup>2</sup> « Est puni de 3750 euros d'amende le fait : pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique ».

## Violences intrafamiliales

**A**vancées significatives en matière de **Lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales : adoption à l'unanimité par le Parlement le 9 juillet 2010 de la loi contre les violences faites aux femmes** avec les innovations suivantes:

1. La loi permet la délivrance par le juge aux affaires familiales d'une ordonnance de protection des victimes directes ou indirectes (enfants témoins), en urgence, dans le cas de violences exercées au sein du couple ou pour des personnes menacées de mariage forcé.
2. Création du délit de harcèlement moral au sein du couple : en effet près de 84% des 80 000 appels reçus au 3919 concernent des violences psychologiques, dont on sait qu'elles précèdent toujours les violences physiques et qu'elles sont tout aussi destructrices pour la victime. Les preuves de harcèlement moral dans la sphère privée seront difficiles à établir ; la connaissance de ce nouveau délit nous conduit à une écoute médicale particulièrement attentive afin de recueillir tous les éléments liés à une altération psychologique et à une dégradation des conditions de vie de la victime.
3. La loi instaure l'expérimentation de dispositifs tels que le port du bracelet électronique pour contrôler l'effectivité de la mesure d'éloignement du conjoint violent ainsi qu'un téléphone relié aux forces de sécurité pour la victime.
4. Plusieurs mesures concernent l'assistance aux femmes étrangères (carte de séjour temporaire, aide juridictionnelle).

Les dispositifs existants sont renforcés par **Le troisième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes - 2011/2013** - présenté le 13 avril 2011. Le plan prend en compte à nouveau les violences intrafamiliales, les mariages forcés et les mutilations sexuelles et intègre pour la première fois dans ses objectifs la lutte contre les violences sexistes et sexuelles au travail, les viols et les agressions sexuelles ainsi que le recours à la prostitution.

Pour mémoire, les éléments statistiques relatifs aux violences au niveau national et en Basse-Normandie sont les suivantes :

1 femme sur 10 déclare avoir subi des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles de la part du conjoint ou ex conjoint.

### Au niveau national :

- Le taux de révélation des violences conjugales est estimé par l'Observatoire National de la Délinquance à 9 %.
- 1 femme sur 10 déclare avoir subi des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles de la part du conjoint ou ex conjoint.
- 1 femme décède tous les 2,5 jours sous les coups de son conjoint ou ex conjoint.
- 2,9 % des jeunes filles de 15 à 25 ans déclarent avoir été victimes de rapports sexuels forcés.
- Coût économique estimé des violences : 2,5 milliards d'euros par an.

### Au niveau régional :

- 2932 faits de violences faites aux femmes ont été constatés en Basse-Normandie en 2010 (soit +2,08 % par rapport à 2009) et 1162 faits de violences conjugales (soit + 37,67 % par rapport à 2009) - **recensement de la Région de gendarmerie de Basse-Normandie et de la Direction Départementale de la Sécurité Publique** - . L'augmentation du nombre de faits constatés est interprétée comme un indicateur de l'efficacité des campagnes de sensibilisation et des structures d'accueil, qui incitent davantage les personnes victimes à révéler les violences subies. A noter enfin que 1 % des victimes de violences intrafamiliales sont des hommes ■

## Règle de prescription d'un traitement par Méthadone

**A**ctuellement, il n'est pas possible pour un médecin généraliste de prescrire le traitement par méthadone (traitement de substitution pour les personnes **dépendantes physiquement aux opiacés**) que ce soit en sirop ou en gélules. La méthadone est un stupéfiant, dont les règles de prescription sont strictes.

**La méthadone sirop ne peut être prescrite pour la première fois que par un médecin d'un CSAPA – CSST (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie – Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes) ou par un médecin praticien hospitalier ►►**

### ►►► travaillant dans un service de soins spécialisé en addictologie.

Cette prescription ne peut se faire que selon des règles strictes de mise en place (induction et augmentation de la posologie très lentement selon la clinique et par paliers successifs) et après confirmation de présence d'opiacés dans les urines.

Par la suite, lorsque le patient est stabilisé, il est possible que ce traitement par méthadone sirop soit prescrit par un médecin généraliste **si et seulement si** le premier médecin prescripteur l'a autorisé à le faire en le contactant et en lui envoyant une **délégation de prescription** (voir ci-dessous un exemple de délégation). Cette délégation peut être d'une durée limitée dans le temps selon les besoins, ou illimitée.

Un pharmacien ne peut délivrer ce traitement par méthadone sirop que s'il est en possession d'une ordonnance d'un CSAPA-CSST ou d'un service hospitalier. Lorsque la prescription est faite sur une ordonnance d'un médecin généraliste, il doit **posséder le double de la délégation** faite à ce médecin généraliste.

**La prescription sur ordonnance sécurisée ne doit pas excéder 14 jours et la délivrance 7 jours sauf exception.**

Pour un traitement par méthadone gélule, les règles de prescription sont encore plus strictes. Seules les personnes ayant déjà bénéficié d'un traitement par **méthadone sirop depuis au moins un an** et qui sont stabilisées sur le plan de leurs conduites addictives (plus de consommation, plus de prise nasale, plus d'injection) peuvent demander un traitement par méthadone gélules. Ce traitement ne peut aussi être prescrit que par un médecin exerçant dans un CSAPA – CSST (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie – Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes) ou par un médecin praticien hospitalier travaillant dans un service de soins spécialisé en addictologie.

**Si le patient était déjà suivi par un médecin généraliste, il doit retourner voir le médecin primo-prescripteur et avoir une nouvelle délégation pour le traitement en gélules. Cette démarche devra se refaire tous les 6 mois.**

Une analyse d'urines relevant la présence de

**La prescription sur ordonnance sécurisée ne doit pas excéder 14 jours et la délivrance 7 jours sauf exception.**

**Il faut rappeler que la dose létale de la méthadone pour une personne non dépendante physiquement aux opiacés est de 1mg/kg.**

méthadone est obligatoire pour mettre en route le traitement ainsi qu'à chaque renouvellement de la délégation.

Un protocole de soins L324-1 (ALD non exonérante) doit être établi entre le prescripteur habituel (médecin spécialisé ou médecin généraliste si délégation), le pharmacien qui va assurer la délivrance et le patient.

**La prescription sur ordonnance sécurisée ne doit pas excéder 14 jours et la délivrance 7 jours sauf exception.**

**Il faut rappeler que la dose létale de la méthadone pour une personne non dépendante physiquement aux opiacés est de 1mg/kg.**

**EXEMPLE DE DÉLÉGATION** : elle doit être faite sur une ordonnance sécurisée à en-tête du CSAPA ou du service hospitalier, avec le nom du patient et la date du jour où elle est rédigée, et comporte le texte suivant :

*Délégation de prescription au Dr [nom du médecin généraliste] pour un traitement par méthadone sirop [ou gélules] à la posologie de [mettre la posologie en mg et en toutes lettres] par jour, avec délivrance par la pharmacie [nom de la pharmacie] au rythme de [mettre le rythme choisi jamais supérieur à une fois par semaine] à compter du [date de début de la prescription par le médecin généraliste en toutes lettres] jusqu'au [date de fin de la prescription par le médecin généraliste en toutes lettres ; ou si pas de limitation pour la forme sirop noter : illimitée].*

Avec la signature du médecin de CSAPA ou du service hospitalier primo-prescripteur.

**Nous restons à la disposition des associations locales de Formation Médicale Continue ■**

Pour tous renseignements vous pouvez contacter le Dr Herbert au :  
C.S.A.P.A.-C.S.S.T. Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie-Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes  
45 rue de Bretagne – 14 000 Caen  
Tél. : 02 31 85 56 80  
catherine.herbert@chs-caen.fr

## Déclaration obligatoire des mésothéliomes.

**D**ans le cadre du plan cancer 2009-2010, l'InVS est chargé de mettre en place la déclaration obligatoire de tous les mésothéliomes.

Cette mise en place se déroule en 2 phases. Une première phase de 6 mois du premier janvier 2011 au 30 juin 2011 dans 6 régions pilotes (Aquitaine, Auvergne, Ile-de-France, Lorraine, Midi Pyrénées et PACA). Cette phase pilote sera suivie de la publication des textes réglementaires pour rendre obligatoire la déclaration des mésothéliomes pour tout médecin faisant le diagnostic. Cette DO complète le Programme National de Surveillance des Mésothéliomes qui est limité aux tumeurs pleurales dans 23 départements.

L'objectif de la DO est de renforcer la surveillance épidémiologique de tous les mésothéliomes et d'améliorer la connaissance des cas survenant en dehors d'une exposition professionnelle à l'amiante.

Le mésothéliome devient la 31<sup>ème</sup> affection à déclaration obligatoire.

Rappel 30 maladies à DO : Botulisme, Brucellose, Charbon, Chikungunya, Choléra, Dengue, Diphthérie, Fièvres hémorragiques africaines, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes, Hépatite A, Infection aigue symptomatique par le virus de l'hépatite B, Infection par le VIH quel que soit le stade, Infection invasive à méningocoque, Légionellose, Listériose, Orthopoxviroses dont la variole, Paludisme autochtone, Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer, Peste, Poliomyélite, Rage, Rougeole, Saturnisme de l'enfant mineur, Suspicion de maladie de Creutzfeld-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës transmissibles humaines, Tétanos, Toxi-infection alimentaire collective (TIAC), Tuberculose, Tularémie, Typhus exanthématique ■

Le mésothéliome devient la 31<sup>ème</sup> affection à déclaration obligatoire.

## Plateforme veille et sécurité sanitaire

**L**a plateforme de réception des signaux a été mise en place à l'ARS de Basse-Normandie. Elle constitue le point focal auquel doit être adressé tout signalement urgent.

Ainsi pour signaler un évènement constituant un risque pour la santé publique ou une maladie à déclaration obligatoire, vous pouvez appeler l'ARS de Basse-Normandie 24H/24H au **02.31.70.95.10**. **Ce numéro est strictement réservé aux professionnels de santé, il ne doit pas être diffusé au grand public.**

De 8h30 à 17h30 vous serez en communication avec le secrétariat de la plateforme.

Au-delà de 17h30, jusqu'au lendemain matin, les samedis, dimanches et fériés, vous serez en communication avec le personnel administratif d'astreinte à l'ARS.

Les jours ouvrés de 8h30 à 17h30 sont également à votre disposition :

- Fax : 02.31.70.95.50
- Courriel :

ars-bnormandie-veille-sanitaire@ars.sante.fr

Pendant les heures non ouvrées, vous pouvez contacter le standard de la préfecture du département au 02.31.30.64.00.

Vous pouvez vous procurer des **plaquettes de présentation**, sous format de carte postale, pouvant être mises à disposition des professionnels de santé ou des services susceptibles de réaliser un tel signalement par retour de courriel à [ars-bnormandie-veille-sanitaire@ars.sante.fr](mailto:ars-bnormandie-veille-sanitaire@ars.sante.fr) ■

## Réseau de périnatalité de Basse-Normandie

**A**près dix ans d'existence en tant que Réseau Périnatal inter-hospitalier (public et privé), voici la naissance du Réseau Périnatal « Ville-Hôpital », réunissant tous les acteurs de la périnatalité du public comme du privé, généralistes comme spécialistes, sages-femmes, pédopsychiatres, puéricultrices, orthophonistes, kinésithérapeutes, bref tous les intervenants autour de la naissance et de la petite enfance. ►►►

►►► Le travail en réseau est passionnant par son interactivité, avec chaque membre qui le compose venant enrichir celui-ci et en même temps participant à l'amélioration de ses propres pratiques. Notre monde actuel est en parfaite résonance avec ce type de fonctionnement.

Le Réseau de Périnatalité a actuellement trois objectifs principaux :

### 1. Promouvoir la diffusion d'un dossier de grossesse partagé :

Le but est de partager au mieux l'information entre les professionnels pour chaque suivi de grossesse. Le dossier permet le repérage du niveau de risque de la grossesse et une check-list rappelle les éléments du suivi à ne pas oublier.

Le dossier est imprimé et diffusé aux maternités et aux médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes par les Conseils Généraux des trois départements. Des présentations et formations sous forme d'EPU sont en cours, animés par un obstétricien et un médecin généraliste de chaque bassin de naissance.

### 2. Organiser un repérage précoce des handicaps chez les enfants vulnérables :

Les grands prématurés (naissant à moins de 32 semaines d'aménorrhées), les nouveau-nés de moins de 1500 grammes à la naissance ou ayant présenté un accident ou une pathologie grave en période périnatale sont à risque de développer des handicaps psychomoteurs et/ou sensoriels. Il est important de dépister ces handicaps précocement. Le Réseau organise pour ces enfants un suivi particulier : 10 consultations spécifiques sont prévues jusqu'à l'âge de 7 ans, avec des tests psychométriques à 5 ans. Les médecins référents qui assurent ce suivi doivent suivre la formation de deux jours organisée par le Réseau. Pour les libéraux (généralistes ou pédiatres), les consultations bénéficient d'un tarif particulier, et la participation aux formations est dédommée.

### 3. Promouvoir l'entretien prénatal précoce :

Le but de cet entretien est de repérer des problématiques somatiques, psychologiques et sociales et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé, et de donner des informations utiles sur les ressources de proximité.

Le Réseau a pour objectif de promouvoir la réalisation de l'entretien prénatal en diffusant

Le but est de partager au mieux l'information entre les professionnels pour chaque suivi de grossesse.

Un jour, ce dépistage deviendra obsolète quand on fera un caryotype foetal sur des cellules directement prélevées dans la circulation sanguine maternelle

de l'information auprès des futures mères et des professionnels (sages-femmes et médecins). Des formations initiales et de consolidation sont également organisées par le Réseau ■

## Nouvelles données du dépistage de la T21

**D**epuis la parution de l'Arrêté du 23 juin 2009 de l'Assurance Maladie modifiant la nomenclature des actes médicaux, les femmes peuvent choisir un dépistage précoce de la T21 ;

Celui-ci s'effectue au premier trimestre entre 11 semaines d'aménorrhées et 16 + 6 SA.

Il comprend un dosage de deux hormones :

- fraction libre de la BHCG
- P.A.P.A (Pregnancy Associated Plasma Protein A)- et la mesure de la clarté nucale de l'embryon effectuée par un échographiste (gynécologue ou radiologue) « validé » par une formation spécifique.

(La liste de ces médecins est sur le site de notre Réseau « perinatbn.org »).

Cette mesure ainsi que le prélèvement sanguin doivent être faits dans les limites parfaitement respectées de 11 SA (LCC de l'embryon 45 mm) et de 13 + 6 SA (LCC de 84 mm).

Avec un formulaire à remplir concernant la patiente : son âge, son poids, son tabagisme et autres questions.

Si toutefois, pour diverses raisons, ce dépistage du premier trimestre n'a pu se faire, le dépistage du deuxième trimestre existe toujours et là la mesure de la clarté nucale, non faite ou valide, ne rentre plus dans ce calcul du risque et seules sont évaluées le dosage des trois hormones, appelé triple test.

- BHCG
- Estriol
- Alpha foeto protéine

En conclusion, il faut savoir être précis dans les dates pour être dans ce créneau 11 – 13 + 6 SA du premier trimestre ou entre 14 – 17 + 6 SA au second trimestre.

Et enfin, un jour, ce dépistage deviendra obsolète quand on fera un caryotype foetal sur des cellules directement prélevées dans la circulation sanguine maternelle ■

# Plan cancer 2009/2013

**L**e Conseil National de l'Ordre des Médecins avait soutenu l'enquête réalisée en 2004 par le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et l'INSERM, dont le thème était « les conditions de vie des personnes prises en charge à 100 % au titre d'affection de longue durée néoplasique », pour mieux connaître les difficultés liées à la maladie dans la vie personnelle.

Dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 l'INCA pilote la réédition de cette enquête nationale sur les conditions et la qualité de vie 2 ans après le diagnostic d'un cancer. Cette enquête s'attachera à recueillir les conditions de vie de 6000 personnes de plus de 18 ans mises en ALD 2 ans avant l'enquête et volontaires pour y participer.

Tel que demandé par la CNIL aucun patient n'apprendra la nature de sa maladie au cours de cette enquête. Le recueil des données médicales sera effectué par le service logistique de l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les coordonnées du médecin et/ou de l'équipe médicale à solliciter seront demandées aux patients par l'intermédiaire du formulaire de consentement adressé aux assurés. Les médecins identifiés recevront une lettre d'information leur précisant que leur patient a accepté de participer à l'enquête et ils seront ensuite contactés téléphoniquement.

L'INCA souhaite que notre Institution accompagne cette nouvelle enquête en invitant les praticiens qui seront sollicités à participer au recueil des données médicales ■

## Accessibilité des établissements recevant du public

**V**eillez trouver quelques informations concernant l'accessibilité du cabinet existant et nécessitant des aménagements de mise en conformité :

Les cabinets médicaux existants doivent se conformer aux règles d'accessibilité des personnes handicapées à compter du 1er janvier 2015.

Des dérogations sont possibles notamment en cas d'impossibilité avérée de mettre le bâtiment aux normes ou en cas de disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences. C'est la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité placée auprès du préfet qui rendra un avis sur la demande de dérogation.

Pour ce qui concerne les copropriétés, les travaux concernant les parties communes doivent être réalisés par la copropriété, le médecin ayant pour seule obligation de

mettre en conformité les locaux de son cabinet. Il convient d'ailleurs de préciser que seule une partie du cabinet peut être mise en conformité.

Les décisions relatives aux travaux d'accessibilité qui ne portent pas atteinte à la structure de l'immeuble ni à ses équipements essentiels sont prises à la majorité des copropriétaires présents ou représentés. En revanche, les décisions relatives à des travaux affectant le gros œuvre de l'immeuble doivent être prises à la majorité de tous les copropriétaires.

Il ne pourrait être reproché à un médecin exerçant dans une copropriété que les parties communes permettant d'accéder à son cabinet ne soient pas en conformité avec les règles d'accessibilité dès lors que cette obligation relève de la copropriété à moins que le médecin se soit opposé aux travaux ■

## Le bon usage du SAMU Centre 15 pour nos confrères libéraux

**L**e lien spécifique entre la médecine libérale et le SAMU Centre 15 ne se limite pas seulement au cadre de la permanence des soins.

Le SAMU Centre 15 joue un rôle essentiel dans l'interface entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. C'est le partenaire privilégié, particulièrement dans l'activité des actes non programmés, pour toutes les situations d'urgence réelle ou ressentie mais aussi pour toutes les indications à hospitaliser en urgence.

Ainsi, l'appel au «15» d'un confrère libéral n'est jamais une perte de temps mais reste toujours un acte valorisant pour la prise en charge du patient. Le dialogue et l'échange téléphonique confraternel entre médecins se font dans un climat de confiance mutuelle, ainsi le médecin régulateur privilégie et recherche toujours l'expertise du médecin traitant même si celui-ci est dans l'impossibilité d'être au chevet de son patient.

En pratique, le médecin régulateur du SAMU Centre 15 est le correspondant prioritaire du médecin libéral qui suspecte une situation de détresse ou d'urgence à hospitaliser. L'appel

personnel au «15» doit être un réflexe pour le médecin demandeur permettant une décision collégiale et argumentée. Il peut être complété par le même conseil « de faire le 15 » donné au patient ou à son entourage, cela reste intéressant pour la prise de renseignements administratifs et la localisation, mais ne remplace ni la connaissance médicale du dossier ni le colloque entre confrères.

En l'absence du médecin ou d'indisponibilité immédiate, son secrétariat doit avoir pour consigne, de transmettre tous les appels d'urgence au SAMU Centre 15 dont la mission est alors « *de déterminer et déclencher dans le **déla**i le plus rapide, la réponse la mieux adaptée* » le médecin régulateur responsable de la décision rend compte ensuite au secrétariat.

En cas de fermeture de son cabinet médical, le médecin doit organiser pour les heures ouvrables la continuité des soins non urgents de ses patients vers un confrère, et spécifiquement réserver le message de l'appel au SAMU Centre 15 aux situations d'urgences et à la Permanence Des Soins ■

## Recommandations concernant les patients ayant été traités par du benfluorex

**L**e 26 novembre 2009, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a retiré l'autorisation de mise sur le marché des produits contenant du benfluorex en raison du risque de survenue de valvulopathies chez les patients traités. A cette occasion, l'AFSSAPS a émis des recommandations concernant le dépistage d'atteintes valvulaires et le suivi des patients exposés au benfluorex.

Les recommandations actuelles de l'AFSSAPS rappellent que :

- l'interrogatoire et l'auscultation cardiaque sont un temps essentiel du dépistage d'une valvulopathie,
- en cas de suspicion, le patient devra être adressé en consultation spécialisée, afin que soit éventuellement pratiquée une échocardiographie,

- en cas d'anomalie valvulaire, le médecin cardiologue définit les modalités de la surveillance du patient. Il est recommandé de mettre en place une surveillance étroite, et de mettre en garde le patient sur la nécessité de consulter rapidement, en cas de survenue ou d'aggravation de signes d'insuffisance valvulaire,
- les recommandations les plus récentes considèrent que les valvulopathies (non opérées) ne nécessitent pas d'antibioprophylaxie systématique lors de gestes dentaires médicaux, ou de toute autre procédure invasive (Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis – European Heart Journal (2009, 30, 2369-2413) ■

# Information de la Coordination Régionale de Lutte contre le VIH de Basse-Normandie (COREVIH BN)

**L**e nouveau plan National de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 a été rendu public en fin d'année dernière .

Des innovations majeures sont à retenir et à mettre en œuvre afin de favoriser l'accès au soin des sujets infectés par le VIH ou susceptibles de l'être. En complément de la politique de dépistage déjà en cours : prescription d'une sérologie par un médecin ou présentation spontanée de la personne dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG\*).

1. Incitation au dépistage à l'initiative des médecins généralistes, ou des services de première ligne en population générale.
2. Incitation au dépistage régulier chaque année dans les groupes où l'infection VIH est la plus prévalente, tels que la population des départements français d'Amérique ou les populations migrantes originaires de pays de forte endémie.
3. Proposition d'une offre de dépistage communautaire à l'intention des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

De plus, l'idée d'un dépistage du VIH répété « autant que nécessaire » est évoquée pour permettre le diagnostic au moment de la primo infection, période à haut risque de transmission.

Si l'accent est mis sur le respect de la démarche volontaire de la personne qui demande un dépistage, l'initiative du médecin vient la compléter auprès des personnes moins averties et moins conscientes de leur possible exposition antérieure, ce qui ne dispense pas du recueil du consentement de la personne.

La prévention et le dépistage des IST (cofacteurs de risque d'infection par le VIH) est préconisée en parallèle, selon les recommandations habituelles et en particulier les personnes les plus à risque. Ce plan de prévention associera à cette campagne de dépistage des acteurs de terrains tels que les associatifs pour toucher des publics à risque ne s'adressant pas spontanément au système de soins. Ces acteurs de terrain auront accès, après formation et agrément, à l'utilisation de tests de dépistage rapide (arrêté du 9 novembre 2010) ■

Pour plus d'information, rendez vous sur <http://www.sante.gouv.fr/>

\* le CDAG de Caen est situé dans le Centre de Prévention des Maladies Infectieuses, 51 rue Gémare, 14000 Caen, tel : 02 31 38 51 58)

## Récupération des anciennes radiographies

Voici les références de l'organisme qui s'en charge :

**Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI)**

Rue Vaubenard BP 13123 14019 CAEN CEDEX 2

Mail : [phi.basse-normandie@sfr.fr](mailto:phi.basse-normandie@sfr.fr) - Tél. : 02 31 93 92 33 - Fax : 02 31 93 54 77

# Rappel sur les ordonnances et leurs libellés

**L**es ordonnances, qu'elles soient rédigées de façon manuelle ou à l'aide de l'outil informatique, **doivent être dupliquées**, en accord avec la convention nationale du 3 février 2005 prorogée par le règlement arbitral du 3 mai 2010 qui prévoit « la nécessité de délivrer au patient le volet dupliqué atteste de la délivrance par l'exécutant du traitement prescrit au patient et constitue un document ouvrant à remboursement ».

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnances sont :

1. Nom, prénom, adresse professionnelle, n° de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation.
2. Si le médecin exerce en association ou en société, les noms des médecins associés.
3. Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie.
4. La qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification établi par l'ordre et approuvée par le ministre chargé de la santé.
5. Ses diplômes, titres et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le Conseil National de l'Ordre.
6. La mention de l'adhésion à une Société Agréé (prévue à l'article 64 de la loi de finances pour 1977).
7. Ses distinctions honorifiques reconnues par la République Française.
8. La mention d'une adresse électronique et l'éventuelle

indication d'un site Web sur les ordonnances sont autorisées sous réserve d'une utilisation faite en conformité avec la déontologie.

9. Le numéro d'assurance maladie AM pour l'activité libérale doit également figurer sur l'ordonnance.
10. En ce qui concerne l'utilisation du n° RPPS et des identifiants par code à barre (correspondant au n°RPPS et à l'identifiant ADELI), leur mention sur les ordonnances a été rendue obligatoire par un arrêté du 10 août 2010 publié au Journal Officiel du 1er septembre 2010. Cependant, bien que cet arrêté soit d'application immédiate, le Ministère de la Santé a indiqué que la mise en œuvre de cette obligation se ferait de façon progressive.
11. Il est également fait obligation au Médecin, dans le cadre de l'information des patients sur l'organisation des urgences médicales, d'inscrire sur l'ordonnance la mention : « en cas d'urgence suivie du n° d'appel téléphonique », sur lequel, pendant ses absences, le médecin dirige ses patients.

De façon générale, les inscriptions portées sous le nom du médecin sur ces feuilles (ordonnances ou courrier professionnel) ont pour objet une information précise, concise et intelligible du public et ne doivent pas avoir pour mobile une quelconque publicité.

Pour éviter toute erreur dans ces intitulés, il est souhaitable de les soumettre pour avis au Conseil Départemental qui vérifiera leur régularité, ce qui limitera les risques de contestations ultérieures. ■



Par souci d'envois groupés informatisés, le conseil de l'Ordre souhaite actualiser les adresses mails professionnelles des médecins inscrits.

**Merci à tous d'adresser un mail à [calvados@14.medecin.fr](mailto:calvados@14.medecin.fr)**

De septembre 2010 à août 2011

## Ont été inscrits

### ■ Afin d'exercer en médecine libérale

- **Dr ABBATE Pascale**  
*ORBEC + CHU - Médecine Générale*
- **Dr APARD Thomas**  
*CAEN - Chirurgie Orthopédique et Traumatologie*
- **Dr ARMAND Audrey**  
*FLEURY/ORNE - Médecine Générale + Réseau DIAB-CAEN*
- **Dr BEU Cristina**  
*CAHAGNES - Médecine Générale*
- **Dr BOUTEMY Jeanne**  
*IFS - Médecine Générale*
- **Dr CANNET Jean**  
*LISIEUX - Médecine Générale*
- **Dr CHERICHES Adina-Elena**  
*PONT FARCY - Médecine Générale*
- **Dr FABRE Bernadette**  
*AMFREVILLE - Médecine Générale*
- **Dr FAUCK Mathieu**  
*DEAUVILLE - Gynécologie-Obstétrique*
- **Dr GUERARD Jean-Paul**  
*CAEN - Médecine Générale*
- **Dr HMAIN Hicham**  
*CAEN - Anesthésie-Réanimation*
- **Dr LAGREE Michel**  
*CRICQUEBOEUF - Rhumatologie*
- **Dr LAURANCEAU Georges**  
*LISIEUX - Médecine Générale*
- **Dr LAZURAN Laura Monica**  
*LANDELLES ET COUPIGNY - Médecine Générale*
- **Dr LE HENAFF Loïc**  
*CAEN - Radiodiagnostic*
- **Dr LE HENAFF Véronique**  
*CAEN - Endocrinologie et Métabolismes*
- **Dr MOULIN Peggy**  
*CAEN - Médecine Générale*
- **Dr NOKAM TALOM Ghislain**  
*DEAUVILLE - Neurologie*
- **Dr OURSEL Olivier**  
*CAEN - Psychiatrie*
- **Dr RAUCQ Grégory**  
*BRETTEVILLE L'ORGUEILLEUSE - Médecine Générale*
- **Dr ROSELEUR Bénédicte**  
*ST PIERRE SUR DIVES - Médecine Générale*

### ■ Avec des fonctions salariées

- **Dr ABOU-ZAKHAM Daniel**  
*CH - CRICQUEBOEUF*
- **Dr ALLOUCHE Stéphane**  
*CHU*
- **Dr ALTIERI Florencia**  
*CH - FALAISE*
- **Dr ANGER Marine**  
*CHU*
- **Dr ARDOUIN Ludovic**  
*CHU*
- **Dr ARZUR Julien**  
*CH - LISIEUX*
- **Dr AUBOIRE Laurent**  
*CHU*
- **Dr AVRAM Roxana-Alina**  
*CHU*
- **Dr BATAILLE Mathieu**  
*CHU*
- **Dr BIKAI Dieudonné**  
*CH - VIRE*
- **Dr BELIN Isabelle**  
*SUMPSS - CAEN*
- **Dr BELLANGER Laurent**  
*CH - BAYEUX + ADAPT*
- **Dr BENBRIKA Soumia**  
*CHU*
- **Dr BOUMAZA Sahra**  
*CHS*
- **Dr BROSSAT Isabelle**  
*CH - PONT L'ÉVEQUE*
- **Dr CAFFIER Aurélie**  
*CH - BAYEUX*
- **Dr CALUS Julien**  
*CHU*
- **Dr CAPOVILLA Mathieu**  
*Centre François Baclesse*
- **Dr CARIDROIT Valérie**  
*CHU*
- **Dr CARJALIU Ionut**  
*CHU*
- **Dr CASTRALE Cindy**  
*CHU*
- **Dr CESINI Johann**  
*CHU*
- **Dr CHATELLIER Anne**  
*Centre François Baclesse*
- **Dr CLEMENT-LEPLEY Cécile**  
*CHU*
- **Dr COURTOIS-BOVET Emeline**  
*CHU*
- **Dr DANAILA Teodor**  
*CHU*
- **Dr DANCOISNE Sylvie**  
*Contrôle Médical CPAM*
- **Dr DARMOY Laure**  
*CHU*
- **Dr DE BRISSON Valentine**  
*CH - BAYEUX*
- **Dr DE FACQ-REGENT Hélène**  
*CHU*
- **Dr DE FLEURIAN Aymeric**  
*ACSEA + CHS + ITEP BARON/ODON*
- **Dr DEMANTKE Anne-Lise**  
*CHU*
- **Dr DEPRET Véronique**  
*CHU*
- **Dr DESDOITS Alexandra**  
*CHU*
- **Dr DESMEULLES Isabelle**  
*CHU*
- **Dr DRUART Véronique**  
*CH - VIRE*

## ■ Avec des fonctions salariées (suite)

- Dr DUPEYRAT Julien  
CHU
- Dr DURNERIN Caroline  
CHS
- Dr DUROY Emeline  
CHU
- Dr FAVENNEC Yann-Erwan  
CHU
- Dr FAVERYRIAL Audrey  
Centre François Baclesse
- Dr FENICHE Noura  
CHU
- Dr FERHANI Mustapha  
CHU
- Dr FIANI Anne-Lise  
CHU
- Dr FREYMUTH-LUCAS Julie  
CHS
- Dr FRINCARD Françoise  
CHS
- Dr GAD Hisham  
CH - BAYEUX
- Dr GENNESSEUX Jennifer  
CHU
- Dr GOUICEM Djelloul  
CHU
- Dr GUE Béatrice  
CSAP et SMPR CAEN
- Dr HASSAN Rim  
CH - CRICQUEBOEUF
- Dr HAUSTRAETE Eglantine  
CHU
- Dr HAYS Sophie  
CHU
- Dr HOBEIKA Michel  
CH - FALAISE
- Dr HOURNA N'GARKODOU Eurydice  
CHU
- Dr KHATTABI-VARIN Afifa  
CH - CRICQUEBOEUF
- Dr LAYNAT Hélène  
ARS
- Dr LE GAL Olivier  
AFPA
- Dr LE GAL Sophie  
CHU
- Dr LE GALL Sophie  
CH - LISIEUX
- Dr LE MAUFF Richard  
Délégation Régionale du Ministère du Travail
- Dr LEBREUILLY Ingrid  
CH - LISIEUX + CHU
- Dr LEROUX Simon  
CHU
- Dr LHEUREUX Stéphanie  
Centre François Baclesse
- Dr MACKOWIAK Elise  
CHU
- Dr MAIGNE Gwénola  
CHU
- Dr MASSON Romain  
CHU
- Dr MAYER-GRIHANGNE Stéphanie  
CHU
- Dr MICHON Jocelyn  
CHU
- Dr MOISE Laura  
Centre François Baclesse
- Dr MORERA Julia  
CHU
- Dr MOSNEAGU Laura  
CH - FALAISE
- Dr MUSIKAS Marietta  
CHU
- Dr NAMUR Mathieu  
CHU
- Dr N'DRI Kouassi  
CHU
- Dr NICOLLE Amélie  
CH - LISIEUX + CHU
- Dr NOAL Sabine  
Centre François Baclesse
- Dr ORLIAC François  
IME Bodereau - FLEURYSUR ORNE
- Dr PACIENCIA Maria  
CHU
- Dr PATOUREL Juliette  
LISIEUX
- Dr PATRON Vincent  
CHU
- Dr PERENNOU Nadège  
CH - CRICQUEBOEUF
- Dr PHELOUZAT Pierre  
CHU
- Dr PICQUE Caroline  
SUMPPS - CAEN
- Dr POLYCARPE-OSAER Florence  
Centre François Baclesse
- Dr POLYCARPE Emmanuel  
Centre François Baclesse
- Dr POPOVA Marie  
CHU
- Dr PORNET Carole  
CHU
- Dr PUISSANT Delphine  
CH - BAYEUX
- Dr REMOUE Jean-Emmanuel  
CHU
- Dr RENAUD Emmanuelle  
CH - LISIEUX
- Dr RICHOMME-PARISSON Cl-Stéphanie  
Contrôle Médical CPAM
- Dr SABATIER Cédric  
CHU
- Dr SAPLACAN Mihaela  
CHU
- Dr SECCO Mikaël  
CHU
- Dr SEGUIN Amélie  
CHU
- Dr SIVAGNANAM Tarshan  
CH - LISIEUX
- Dr STEFAN Andrea  
CHU
- Dr STEFAN Dinu  
Centre François Baclesse
- Dr TARAU Florin-Vasila  
CHU
- Dr TAVERNIER Marion  
CHU
- Dr THELUSME Liliane  
CH - CRICQUEBOEUF
- Dr THEVENIN-PETILLON Isabelle  
PSA CITROËN
- Dr TRZEPLA Géraldine  
CHU
- Dr TURCK Mélusine  
CHU
- Dr ZAKHAR Abdellali  
CHU
- Dr ZE BEKOLO René  
CMAIC

### Sans exercer dans l'immédiat

- Dr BAUDON-LEMONNIER Anne
- Dr BOURGEOT Benoît
- Dr BOUTHIER Philippe
- Dr BUDZYNSKI Piotr
- Dr CARPENTIER Baptiste
- Dr CLOSON Sophie
- Dr COUET Jean-Marc
- Dr DUJARRIER Aurélien
- Dr DURVILLE Romain
- Dr FONTAINE Agathe
- Dr GENAIN Anne-Sophie
- Dr LAGNIEL Adeline
- Dr LAMY Frédéric
- Dr LAPLAUD Anne-Laure
- Dr LLANES Maria Rosa
- Dr MARQUE Patrick
- Dr MARY Léa
- Dr MILLET-KAPTEIN Claire
- Dr MIRY Mirnammatullah
- Dr MORICE Elodie
- Dr MULLER Séverine
- Dr PERROTTE Emilie
- Dr PELLERIN Lisa
- Dr PERRISSIN-PIRASSET Maryse
- Dr RIQUET Olivier
- Dr RIKELMAN David
- Dr RIVIERE Franck
- Dr SMAIL Nassima
- Dr TARGAT Vincent
- Dr TRUONG Jean
- Dr TY Daly
- Dr VICENTE Angel
- Dr ZERGA Nadir

### Médecins retraités

- Dr DEVAUX Marie-Josèphe
- Dr DUBOIS Dominique
- Dr FOURRE Michel
- Dr GENNEVIEVE Jean-Pierre
- Dr PAJEOT Michel
- Dr POULAIN-CINGAL Nathalie
- Dr REAUD Jean-Marie

### Exercent désormais en médecine libérale

- Dr ACHER-CHENEBAUX Aurélie  
*CAEN - Dermatologie*
- Dr ALIX Emilie  
*PONT D'OUILLY - Médecine Générale*
- Dr ALKOFER Barbara  
*CAEN - Chirurgie viscérale et digestive*
- Dr BORNA Lenuta  
*CAEN - Ophtalmologie*
- Dr CHICOT Dorothée  
*MOULT - Médecine Générale*
- Dr COULBEAU Magali  
*LA RIVIERE SAINT SAUVEUR - Médecine Générale*
- Dr EDY Eric  
*CAEN - ORL*
- Dr FEDERSPIEL Valérie  
*CAEN - Médecine Générale*
- Dr FERRON Vincent  
*ST VIGOR LE GRAND - Médecine Générale*
- Dr FRIED Déborah  
*LISIEUX - Gynécologie-Obstétrique*
- Dr GALODE-LABADIE Sophie  
*VIRE - Médecine Générale*
- Dr GIRARD Bénédicte  
*CAEN - Gynécologie-Obstétrique*
- Dr GLORO Romain  
*CAEN - Gastro-Entérologie*
- Dr GRANDIN Wilfried  
*CAEN - Anesthésie-Réanimation*
- Dr JACOB Jacques  
*CAEN - Gastro-Entérologie*
- Dr KOWALSKI Vincent  
*EVRECY - Médecine Générale*
- Dr LANES Olivia  
*CAEN - Médecine Générale*
- Dr LEFEBVRE Anne-Charlotte  
*CAEN - Gastro-Entérologie*
- Dr LENORMAND-NOEL Cécile  
*HEROUVILLE - Médecine Générale*
- Dr LEREDDE Damien  
*MATHIEU - Médecine Générale*
- Dr LETESSIER Valérie  
*CAEN - Médecine Générale*
- Dr MARIAMET Marie-France  
*BIEVILLE BEUVILLE - MEP*
- Dr MIAUDET France  
*HEROUVILLE - Gynécologie-Obstétrique*
- Dr MOAL Fabienne  
*HEROUVILLE - Médecine Générale*
- Dr PARAT Mathieu  
*BRETTEVILLE/LAIZE - Médecine Générale*
- Dr PIPON Brigitte  
*HEROUVILLE - Gynécologie et obstétrique*
- Dr PONCEBLANC-MACHAVOINE Frédérique  
*BENOUVILLE - MEP*

■ **Exercent désormais en médecine libérale** (suite)

- **Dr PONTAIS Olivier**  
CAEN - Médecine Générale
- **Dr RATEL Mélanie**  
LIVAROT - Médecine Générale
- **Dr SCHMITT-CHEYLAN Violaine**  
CAEN - Médecine Générale
- **Dr TIRVEILLIOT Sonia**  
ORBEC - Médecine Générale
- **Dr TRIPEY Valérie**  
CAEN - Angéiologie

**Changement de modalité d'exercice**

- **Dr AIN Isabelle**  
CHU
- **Dr ALLABERT Chloé**  
Remplacements
- **Dr ARROT Marina**  
Remplacements
- **Dr ASZALOS Stanca**  
Remplacements
- **Dr BEAUDIC-CRABBÉ Caroline**  
Groupe KORIAN IFS
- **Dr BLANCHERE Jean-Pierre**  
CHU
- **Dr BOBOTSI Panaya**  
Remplacements
- **Dr BOURRET-CASSAIGNE Florence**  
Remplacements
- **Dr CARITEY Bénédicte**  
EFS + Conseil Régional
- **Dr CASTRALE Cindy**  
CHU
- **Dr CHAID Wassel**  
CHS
- **Dr CHIGOUESNEL Sandrine**  
SUMPPS + IRSA
- **Dr CHOCAT Anne**  
Remplacements
- **Dr CHUBILLEAU Claire**  
Sans activité
- **Dr COUSTENOBLE Francine**  
EHPAD KORIAN - LISIEUX
- **Dr DAUVERNE Gérard**  
Médecin Conseil Régional CPAM
- **Dr DEMENGE Isabelle**  
Sans activité
- **Dr DEVAUX-METTE Sylvie**  
EHPAD - EVRECY
- **Dr DIEPENDAELE Anne-Sophie**  
CH - BAYEUX
- **Dr DUBOSQ Christèle**  
PMI
- **Dr DUBUCHE Sophie**  
Centre d'aide aux toxicomanes CAEN
- **Dr DUMONT Frédérique**  
Remplacements
- **Dr DUPUIS Gilles**  
Remplacements
- **Dr FAUCHEUX Catherine**  
Centre François Baclesse
- **Dr FERY Dominique**  
CHU + Ministère de la Défense
- **Dr FEUILLY Christian**  
Sans activité
- **Dr GENDROT Aurélie**  
Fondation de la Miséricorde
- **Dr GENUIT-LECLERC Laurence**  
Groupe KORIAN IFS
- **Dr GRACH Dominique**  
EHPAD CARMi
- **Dr GRANDHOMME Frédérique**  
CHU
- **Dr GUEDIN Hélène**  
Sans activité
- **Dr GUERIN Martine**  
ARS
- **Dr GUESDON Nathalie**  
CHU
- **Dr HAMEL Valérie**  
EFS
- **Dr HAMON Marianne**  
Centre de Santé et EHPAD CARMi
- **Dr HAOND Pascale**  
CHU
- **Dr HASSAN Rim**  
CH - CRICQUEBOEUF
- **Dr HUMBERT-JUIGNET Béatrice**  
EHPAD - Demi-Lune à CAEN et  
Le Val à HEROUVILLE
- **Dr HURE Sandrine**  
Sans activité
- **Dr JEAN-JACQUES Pierre-Yves**  
CHU
- **Dr JUDEA Adrian**  
Sans activité
- **Dr LABURTHE-TOLRA Patrick**  
CHU
- **Dr LECOQ Alain**  
CHU
- **Dr MAUGER-FREMONT Valérie**  
EHPAD - VILLERS BOCAGE
- **Dr MELIS Gabriella**  
IME FALAISE
- **Dr OSTOVANY Jean**  
Fondation de la Miséricorde
- **Dr PEJOUX Carine**  
Collaboration libérale à ORBEC
- **Dr PETIT Nathalie**  
Remplacements
- **Dr POIRIER Thierry**  
CHU
- **Dr RODRIGUEZ Cyprien**  
CH - LISIEUX
- **Dr ROUSSEAU Elise**  
CH - BAYEUX
- **Dr SYLWESTRAZK Lidia**  
Remplacements
- **Dr THOMAS-BACHELEY Laurence**  
La Charité - CAEN
- **Dr VAILLANT Jean-Marc**  
CAMSP - LISIEUX
- **Dr VALENTIN Eric**  
HAD - BAYEUX - THALATTA - EHPAD MISSY  
et ELLON
- **Dr VALET Catherine**  
Remplacements
- **Dr VIERA-ROTH Suzette**  
CH - FALAISE + CHU
- **Dr VOLONDAT-CHALLE Frédérique**  
PMI - CAEN
- **Dr ZEMOUCHI Mohammed-Amine**  
CH - CRICQUEBOEUF
- **Dr ZOULIM Abdelkader**  
CH - FALAISE

### Changement d'adresse professionnelle

- **Dr AMIEL Marie-Françoise**  
*2 place de la Résistance - CAEN*
- **Dr AMORTILLA Alexandre**  
*4 rue des Tribunaux - VIRE*
- **Dr BELLOT Cyril**  
*111 quartier Belles Portes -  
HEROUVILLE ST CLAIR*
- **Dr BERNARD-RENARD Anne**  
*27 rue de Strasbourg - CAEN*
- **Dr BILHAUT Jean-Pierre**  
*27 rue de Strasbourg - CAEN*
- **Dr BUISSON Sébastien**  
*55 rue de la Bretagne - BAYEUX*
- **Dr DELILLE Jean-Paul**  
*3-7 rue Sadi Carnot - CAEN*
- **Dr DIMECH Olivier**  
*17 place Albert Lebrun - SAINT SEVER*
- **Dr JOBIN Catherine**  
*13 rue du Bois des Trentaines - ETERVILLE*
- **Dr GOYAT Isabelle**  
*40 rue Nicolas Oresme - CAEN*
- **Dr GRINGORE Stéphanie**  
*40 rue Nicolas Oresme - CAEN*
- **Dr GUILLEMAIN Jean-Louis**  
*12 place de l'Ancienne Comédie - CAEN*
- **Dr GUILLEMETTE Eric**  
*Rue Henri Thibaut - VIRE*
- **Dr HAMON Dominique**  
*11 rue de la Libération - LANGRUNE/MER*
- **Dr KEROUANTON Agnès**  
*3 place Jean Nouzille - CAEN*
- **Dr LECHANOINE Marie-Floscelle**  
*55 rue de la Bretagne - BAYEUX*
- **Dr LETESSIER Dominique**  
*14 rue des Chanoines - CAEN*
- **Dr MABIRE Pascal**  
*130 route d'Harcourt - FLEURY SUR ORNE*
- **Dr MAIGNAN Pascal-André**  
*3 Place Jean Nouzille - CAEN*
- **Dr MICHEL Sabine**  
*22 place de l'Ancienne Boucherie - CAEN*
- **Dr NGUYEN VAN Thomas**  
*Rue Henri Thibaut - VIRE*
- **Dr NGUYEN-LEGLINEL Anne**  
*35 rue d'Hastings - CAEN*
- **Dr PAUGAM –GIACALONE Angèle**  
*Rue Henri Thibaut - VIRE*
- **Dr PAUGAUM Marcel**  
*Rue Henri Thibaut - VIRE*
- **Dr PIQUARD Bénédicte**  
*4 Résidence Olympia - CAEN*
- **Dr PITHON Anni**  
*1 rue Josias Bérault - ORBEC*
- **Dr PLICHARD Philippe**  
*35 rue Auguste Lechesne - CAEN*
- **Dr SELLAM Raphaël**  
*2 bis avenue du Canada - CAEN*
- **Dr STEFANI Pierre**  
*10 rue du Château d'Eau - CAEN*
- **Dr SZCZURKO Catherine**  
*14 rue des Chanoines - CAEN*
- **Dr TIENGOU Marie**  
*10 rue du Château d'Eau - CAEN*
- **Dr VAULTIER Maryse**  
*6 rue Marivaux – IFS*
- **Dr VENTROUX Emilie**  
*36 rue Nicolas Oresme - CAEN*
- **Dr ZAOUCHE Khélil**  
*1 rue Josias Bérault - ORBEC*

### Changement d'Etat Civil

- **Le Dr ALLABERT Chloé**  
*désire exercer sous le nom  
d'ALLABERT-FEUILLETTE*
- **Le Dr CRABBÉ Caroline**  
*désire exercer sous le nom de  
BEAUDIC-CRABBÉ*
- **Le Dr GALODE Sophie**  
*désire exercer sous le nom de  
GALODE-LABADIE*
- **Le Dr MARGUERITE-VALENTIN Caroline**  
*désire exercer sous le nom de  
MARGUERITE.*
- **Le Dr MAUPIN Mariannick**  
*désire exercer sous le nom de  
MAUPIN-HYVONNET*
- **Le Dr PERSEHAYE Christel**  
*désire exercer sous le nom de  
DURAND-PERSEHAYE*
- **Le Dr CHAMOND-LE GARREC**  
*désire exercer sous le nom de  
LE GARREC Julie*

## Retraite

- Dr ANDERSSON Jean-Claude
- Dr AUBOURG Philippe
- Dr BARBELIVIEN Jean-Claude
- Dr BAZIN DE JESSEY Arnaud
- Dr BELLIOU Alain
- Dr BLANCHETIERE Marie-Françoise
- Dr CHAPALAIN Jacques
- Dr CHEDEVILLE Nelly
- Dr CHEDEVILLE René
- Dr CHICOT Alain
- Dr CHUBILLEAU Philippe
- Dr COLSON Pierre
- Dr COURS-MACH Michel
- Dr DEHLON Marie-Paule
- Dr DELOZIER Thierry
- Dr DESGRANGES-LENTZ Chantal
- Dr DI VITTORIO Roger
- Dr DOOM Dominique
- Dr FAUVIN Denis
- Dr FOURRE Didier
- Dr FOURRE Marc
- Dr FRANCO-JOSSIER Christine
- Dr GENOT Jean-Yves
- Dr HAMON Hachem
- Dr JEHAN Jacqueline
- Dr KOBILINSKY Guy
- Dr LAMOUREUX Françoise
- Dr LECLERC François
- Dr LEHODEY Yves
- Dr LEMENAGER Bernard
- Dr LETELLIER Philippe
- Dr LINE Jean-Daniel
- Dr MALLET Anne
- Dr MARTINET Corinne
- Dr MILLEREAU Patrik
- Dr MOUNIER Pierre
- Dr QUESNEL Lise
- Dr RENOUF Pierre
- Dr RIVERET Guy
- Dr VALENSI Hervé

## Départ

- Dr ABADIE Pierre
- Dr ABSOLUT DE LA GASTINE Blandine
- Dr ABSOLUT DE LA GASTINE Geoffroy
- Dr AUDIC-GERARD Frédérique
- Dr BARON Jean-Claude
- Dr BAUDUIN Catherine
- Dr BELLIOU Alain
- Dr BELOT David
- Dr BENCHET Marie-Louise
- Dr BENOIST Guillaume
- Dr BERTHELOT Emmanuel
- Dr BERTHELOT Laure
- Dr BERTHIER-DUBOIS Tiphaine
- Dr BERTIN Thierry
- Dr BOUCE Sylvain
- Dr BOURGEOT Benoît
- Dr CAUCHEPIN Yannick
- Dr CLERGEAU Marie-Rose
- Dr CLOUET Michel
- Dr COURTECUISSSE Antoine
- Dr COURTECUISSSE-DEGRENDÉL Anne-Catherine
- Dr DEMENGE Isabelle
- Dr DEMETTRE-JACQUET Catherine
- Dr DENIS Amélie
- Dr DENIS Michel
- Dr DEPUYDT Maud
- Dr DOURLEN Martine
- Dr DUBREUIL Bruno
- Dr DUBREUIL Isabelle
- Dr EBOUE Cyril
- Dr ELLAFFI Madiha
- Dr EMILY Sébastien
- Dr FARWATI Mahmoud
- Dr FRACHET Olivier
- Dr GASTON Thierry
- Dr GUILLOT Morgane
- Dr GUIU Renaud
- Dr HAIVAS Tudor
- Dr HEDREUL Romain
- Dr ION Daniela-Iolanda
- Dr JUVIN-ACKER Stéphane
- Dr KAZANDJIAN François
- Dr KHLIFA Khaled
- Dr KUGELSTADT Patrice
- Dr LABBE-COLLIN Cécile
- Dr LAJARIGE-ISSELE Marie-Céline
- Dr LALLIER Antoine
- Dr LAZURAN Laura-Monica
- Dr LE MARCHAND-COTTENCEAU Margaux
- Dr LE PAGE Anne
- Dr LEBARTZ Gérald
- Dr LECAME Camille
- Dr LECOT Sandrine
- Dr LECUIROT Sylvain
- Dr LEGUEN Anne
- Dr LERY Richard
- Dr MARGOTIN-MARQUIS Sophie
- Dr MELLAHL Djamel

## ■ Départ (suite)

- Dr NELLE Philippe
- Dr ORY Laurent
- Dr RADOUL Lucille
- Dr RISS Laure
- Dr ROUSSEAU Louis-Guillaume
- Dr RUBES David
- Dr SALAME Ephrem
- Dr SAMAMA Guy
- Dr SEYNAVE David
- Dr SIMONET Marc
- Dr TESTE Yves
- Dr THUILLIER-LECOUF Angélique
- Dr VAUCHER Nadine
- Dr VON THEOBALD Peter
- Dr VUILLAMIE Magali

## Retrait du tableau

- Dr BRUNEAU Catherine
- Dr DIACONITA Mihaela
- Dr FUARDO Marinella
- Dr ILIESCU Lavinia Carmen
- Dr MAKKI Saïd
- Dr MARCHALAND Yves
- Dr PERGOLA Alain

## Qualifications

### ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (S)

- Dr PACIENCIA Mariat

### ANESTHESIE-REANIMATION (S)

- Dr BURTICA Alin
- Dr CARJALU Ionut
- Dr DE FACQ-REGENT Hélène
- Dr FIAN T Anne-Lise
- Dr MASSON Romain
- Dr MAYER-GRIHANGNE Stéphanie
- Dr N'DRI Kouassi
- Dr POPOVA Maria
- Dr TARAU Florin-Vasile
- Dr ZEMOUCHI Mohamed-Amine

### BIOLOGIE MEDICALE (S)

- Dr ALLOUACHE Stéphanie
- Dr COURTOIS-BOVET Emeline

### CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES (S)

- Dr FENICHE Noura

### CHIRURGIE GENERALE (S)

- Dr ARDOUIN Ludovic
- Dr CHATELLIER Anne
- Dr FAVENNEC Yann-Erwan

- Dr GAUTIER Thomas
- Dr GOUCEM Djelloul

- Dr LE GAL Sophie
- Dr SABATIER Cédric
- Dr SECCO Mikaël
- Dr SIVAGNANAM Tharshan
- Dr TAVERNIER Marion
- Dr ZAKHAR Abdellali

### CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE (S)

- Dr JAMARD Marie-Reine

### CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE (S)

- Dr APARD Thomas
- Dr DORDAIN Franck
- Dr GAD Hisham

### CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE (S)

- Dr ALKOFER Barbara

### DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE (S)

- Dr LEBREUILLY Ingrid
- Dr LEPLEY-CLEMENT Cécile

### ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES (S)

- Dr MORERA Julia
- Dr TRZEPLA Géraldine

### GASTRO-ENTEROLOGIE (S)

- Dr HASSAN Rim
- Dr SAPLACAN Mihaela

### GERIATRIE (S)

- Dr DURAND-PHILIPPE Emmanuelle
- Dr FAUCK Sandie

### GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (S)

- Dr MOSNEAGU Laura
- Dr TURCK Mélusine

### HEMATOLOGIE OPTION MALADIES DU SANG (S)

- Dr BENABED Khaled

### MEDECINE GENERALE (S)

- Dr AITAOUDIA-MAZEL Catherine
- Dr ALY Jean-François
- Dr ARMAND Audrey
- Dr ARZUR Julien
- Dr AUBOIRE Laurent

## Qualifications (suite)

### MEDECINE GENERALE (S) suite

- Dr BETTON Séverine
- Dr BOUTEMY Jeanne
- Dr BRIOCHE Jean-Edouard
- Dr BUDZYNSKI Piotr
- Dr CALUS Julien
- Dr CARPENTIER Baptiste
- Dr CHERICHES Adina-Elena
- Dr DARMOY Laure
- Dr DE BRISSON Valentine
- Dr DE DEYNE Samuel
- Dr DEMANTKÉ Annelise
- Dr DESCHAMPS-LOUVET Magali
- Dr DESGRANGES-LENTZ Marc
- Dr DOOM Dominique
- Dr DUJARRIER Aurélien
- Dr DUPEYRAT Julien
- Dr DUPUY Xavier
- Dr DURVILLE Romain
- Dr ESNAULT Stéphane
- Dr FEDERSPIEL Valérie
- Dr FRANÇOISE Serge
- Dr GENDRIN Vincent
- Dr GUEDIN Hélène
- Dr HAYS Sophie
- Dr LAFORGE Thierry
- Dr LAGLINEL Adeline
- Dr LALLIER Antoine
- Dr LAMY Frédéric
- Dr LAZURAN Laura Monica
- Dr LE CAM Jean-Paul
- Dr LE GAL Olivier
- Dr LEMONNIER Anne
- Dr LEPAISANT Christine
- Dr LEROUX Simon
- Dr LIENART Evelyne
- Dr LLANES Maria Rosa
- Dr MARQUE Patrick
- Dr MARY Léa
- Dr MAUGER-FREMONT Valérie
- Dr MILLET-KAPTEIN Claire
- Dr MIRY Mirnammatullah
- Dr MOAL Fabienne

- Dr MORICE Elodie
- Dr MULLER Séverine
- Dr MUSIKAS Marietta
- Dr NEE Elisabeth
- Dr NICOLLE Amélie
- Dr PATOUREL Juliette
- Dr PERRISSIN-PIRASSET Maryse
- Dr PHELOUZAT Pierre
- Dr PIEN-MONROCQ Catherine
- Dr PILLARD Philippe
- Dr REMOUE Jean-Emmanuel
- Dr RIKELMAN David
- Dr RIQUET Olivier
- Dr RIVIERE Franck
- Dr TARGAT Vincent
- Dr TY Daly
- Dr VALLEREND Virginie
- Dr VICENTE Angel
- Dr ZERGA Nadir

### MEDECINE INTERNE (S)

- Dr MICHON Jocelyn

### NEPHROLOGIE (S)

- Dr SMAIL Nassima

### NEUROLOGIE (S)

- Dr BATAILLE Mathieu
- Dr DANAILA Teodor

### ONCOLOGIE MEDICALE (S)

- Dr LHEUREUX Stéphanie
- Dr NOAL Sabine

### PEDIATRIE (S)

- Dr ALTIERI Florencia
- Dr DESDOITS Alexandra
- Dr LE GALL Sophie
- Dr PELLERIN Lisa

### PNEUMOLOGIE (S)

- Dr HAUSTRAETE Eglantine

### PSYCHIATRIE (S)

- Dr ANGER Marine
- Dr BENBRIKA Soumia
- Dr BOUMAZA Shara
- Dr DE FLEURIAN Aymeric
- Dr DURNERIN Caroline
- Dr FREYMUTH-LUCAS Julia
- Dr GENNESSEAUX Jennifer
- Dr GUE Béatrice
- Dr ORLIAC François
- Dr PUISSANT Delphine

### RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE (S)

- Dr HOURNA Eurydice
- Dr NAMUR Mathieu

### RHUMATOLOGIE (S)

- Dr CESINI Johann
- Dr CARIDROIT Valérie

### SANTE PUBLIQUE (S)

- Dr DUROY Emeline
- Dr PORNET Carole

## Capacité

### AIDE MEDICALE URGENTE

- Dr LE ROUX Catherine

### ADDICTOLOGIE CLINIQUE

- Dr MOTTIN Hélène

### ANGIOLOGIE

- Dr COUSIN Olivier

### GERONTOLOGIE

- Dr DEMONTROND Jean-Bernard
- Dr GENUIT-LECLERC Laurence
- Dr LEPAISANT Christine
- Dr RENAUD Emmanuelle

### MEDECINE AEROSPATIALE

- Dr LERAITRE Thierry

**Capacité (suite)****MEDECINE D'URGENCE**

- Dr KHATTABI-VARIN Afifa
- Dr LERAITRE Thierry
- Dr FERHANI Mustapha

**MEDECINE DE CATASTROPHE**

- Dr BELLANGER Laurent
- Dr LE ROUX Catherine

**MEDECINE ET BIOLOGIE DU SPORT**

- Dr BELLOT Cyril
- Dr LE ROUX Catherine
- Dr MOULIN Peggy

**PRATIQUES MEDICO-JUDICIAIRES**

- Dr LE ROUX Catherine

**D.E.S.C.****CANCEROLOGIE**

- Dr POLYCARPE-OSAER Florence
- Dr POLYCARPE Emmanuel

**MEDECINE VASCULAIRE**

- Dr COUSIN Olivier

**D.I.U.****ACUPUNCTURE**

- Dr MARIAMET Marie-France

**ARTHROSCOPIE**

- Dr FAVENNEC Yann-Erwann
- Dr SIVAGNANAM Tharshan
- Dr SABATIER Cédric
- Dr GAD Hisham

**CHIRURGIE DE LA MAIN**

- Dr APARD Thomas

**CHIRURGIE ENDOCRINIENNE ET METABOLIQUE**

- Dr POLYCARPE Emmanuel

**DERMATOLOGIE ESTHETIQUE ET LASERS DERMATOLOGIQUES**

- Dr LAPLAUD Anne-Laure

**ECHOCARDIOGRAPHIE**

- Dr FENICHE Noura

**ECHOGRAPHIE DE SPECIALITE**

- Dr LE HENAFF Véronique

**LE SOMMEIL ET SA PATHOLOGIE**

- Dr PREVOST Jean-Noël

**MEDECINE MANUELLE ET OSTEOPATHIE**

- Dr LE BLAY Guillaume
- Dr PAUGER Séverine
- Dr MOREL Yonec

**MESOTHERAPIE**

- Dr CANNET Jean
- Dr BARRET Thierry

**PROCTOLOGIE**

- Dr POLYCARPE-OSAER Florence

**REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE CORPOREL**

- Dr REMOUE Jean-Emmanuel

**D.U.****ETUDES RELATIVES A LA REPARATION JURIQUE DU DOMMAGE CORPOREL**

- Dr EMERY Evelyne

# IN MEMORIAM

## Décès de septembre 2010 à juin 2011

**Le Dr AUBRION Jean**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 84 ans. A exercé en libéral, comme gastro-entérologue, de septembre 1953 à décembre 1967 puis au CHU jusqu'en mars 1992, date de sa retraite.

**Le Dr BONHOMME Jean-Georges**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 82 ans. A exercé en libéral à la Polyclinique de DEAUVILLE comme chirurgien de février 1951 à fin mars 1989, date de sa retraite.

**Le Dr CRETEY Jacques**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 84 ans. A exercé en région parisienne, comme médecin généraliste, de novembre 1964 à décembre 1965 puis à HEROUVILLE de février 1966 au 30 mars 1990, date de sa retraite.

**Le Dr DETAPE Brigitte**, médecin sans activité depuis 2001, est décédée à l'âge de 56 ans. A été inscrite au Tableau du Val de Marne, où elle a exercé comme médecin généraliste de 1982 à 2000, puis au Tableau du Calvados où elle n'a eu aucune activité.

**Le Dr GUENON Pierre**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 67 ans. A exercé comme médecin généraliste à CAEN de janvier 1973 à octobre 2008, date de sa retraite.

**Le Docteur GUERILLON Christian**, médecin généraliste en exercice à LISIEUX depuis octobre 1987, est décédé dans sa 60<sup>ème</sup> année.

**Le Dr LEVEQUE Claude**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 88 ans. A exercé, comme pédiatre à LISIEUX, de mai 1951 à février 1983 puis comme chef de service de Pédiatrie au Centre Hospitalier de LISIEUX jusqu'à fin novembre 1987, date de sa retraite.

**Le Dr MARCHALAND Yves**, qualifié en Médecine Générale, retraité et radié à sa demande, est décédé le 12 août 2011 à l'âge de 86 ans. A exercé en libéral à VIRE.

**Le Dr MORIN Pierre**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 83 ans. A exercé en libéral comme neuro-psychiatre à CAEN d'octobre 1958 à juin 1966 puis au CHU jusqu'en août 1993, date de sa retraite.

**Le Dr RIBY René**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 87 ans. A exercé comme radiologue à CAEN de 1954 à mi-janvier 1985 puis au Centre Hospitalier d'AUNAY SUR ODON.

**Le Dr ROUX Jean-Michel**, médecin retraité depuis octobre 1986, est décédé à l'âge de 92 ans. A exercé comme pneumologue à CAEN de mai 1951 à octobre 1986, date de sa retraite.

**Le Dr SIMON Jean-Guillaume**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 78 ans. A exercé comme médecin généraliste à CAEN du 1<sup>er</sup> octobre 1966 au 31 mars 1997 avec une activité salariée à la SNCF et à la Préfecture jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

**Le Dr SPIESS Xavier**, médecin retraité, est décédé à l'âge de 83 ans. A exercé comme médecin généraliste dans la Manche de mars 1968 à décembre 1973 puis comme médecin du travail à la MSA à CAEN de janvier 1974 à mars 1989, date de sa retraite.



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

---

### Bureau :

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

---

### Membres :

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

