



ORDRE DES MEDECINS DU CALVADOS

Sommaire

01 ▷ L'éditorial du Président

02 ▷ La lettre du Doyen

03 ▷ Le mot de la Trésorière

04 ▷ Prix Esculape 2017

- Une remise de prix sans lauréat !
- Mode d'emploi et règlement du prix

07 ▷ Dossier : la fin de vie

- Littérature, fin de vie et déontologie médicale
- La personne de confiance
- Les directives anticipées
- Le droit à la sédation

16 ▷ Informations Médicales

- Secret médical, psychiatre et patient susceptible de se radicaliser
- Secret médical et incapacité du médecin : un arrêt du conseil d'état
- Le secret médical devenu secret professionnel partagé
- Secret médical et suspicion d'incapacité au vol chez un patient pilote d'avion
- Les inconduites à caractère sexuel (ICS)
- Activités sportives adaptées sur ordonnance
- Déclaration des incidents médicaux

23 ▷ Informations Diverses

- Une nouvelle voie d'admission dans les filières santé à l'Université de Caen Normandie
- Diplôme Inter Universitaire : prise en charge des violences faites aux femmes
- Diplôme Universitaire d'Ostéopathie clinique et fonctionnelle

25 ▷ Questions - Réponses

26 ▷ Carnet Médical

- Carnet médical
- In memoriam

2017



ORDRE DES MEDECINS DU CALVADOS

Conseil Départemental du Calvados de l'Ordre des Médecins

13 rue Le Verrier, 14000 Caen

Tél. : 02 31 86 38 28 - Fax : 02 31 38 29 01

Courriel : calvados@14.medecin.fr



Secrétariat :

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

Heures d'ouverture du secrétariat :

- Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00
- Les lundi, mardi, jeudi et vendredi après-midi de 13h30 à 16h00

Comité de Rédaction du Bulletin :

Drs BÉQUIGNON Arnaud - BOURDELEIX Sylvie - CENDRIER-SCHAEFFERT Éliane - DEMONTROND Jean-Bernard
HUREL-GILLIER Catherine - HURELLE Gérard - IZARD Jean-Philippe - LEPORRIER Michel - PAPIN-LEFEBVRE Frédérique
SALAUN-LE MOT Marie-Anne, avec la collaboration du docteur Émilie PORRET-GEORGET.



La salle de réunion du Conseil



L'accueil



L'entraide Ordinale : aspects actuels et perspectives

La philosophie de l'entraide ordinale consiste à accompagner tous les médecins (libéraux, hospitaliers et salariés) en difficulté et leurs familles, quelles qu'en soient les raisons. L'entraide figure également à l'article 56 du code de déontologie (article R.4127-56 du code de la santé publique) : « les médecins se doivent assistance dans l'adversité ».

L'Ordre compte parmi ses missions celle d'aider les médecins et leurs familles confrontés à des difficultés. Les ressources de l'entraide proviennent uniquement des cotisations ordinales des médecins et des éventuels dons. Elle se fait dans la plus grande confidentialité.

Cette mission attribuée aux Conseils départementaux est l'une des plus importantes. La proximité permet d'agir rapidement grâce à la connaissance du terrain, des difficultés locales et éventuellement des médecins. Son efficacité dépend souvent de la précocité du dépistage et de la prise en charge des problèmes. Or beaucoup de médecins faisant face à des difficultés préfèrent rester isolés plutôt que de demander de l'aide à un confrère ou à leur Conseil. C'est pourquoi le confrère de proximité joue un rôle essentiel.

L'entraide s'est longtemps limitée aux dimensions compassionnelles et financières. Mais, compte-tenu de l'évolution de la société, des modes de vie, des modalités d'exercice des médecins et de leurs situations matérielles, l'Ordre est amené à proposer des nouveaux types d'aide.

Les résultats de l'enquête sur la santé des étudiants en médecine et des jeunes médecins sont préoccupants ; il est notamment indiqué que deux tiers d'entre eux souffrent d'anxiété. Dans un premier temps, d'ici 2018, les internes seront enregistrés auprès de l'Ordre et auront une carte professionnelle. Ils pourront ainsi bénéficier de l'entraide ordinale.

Tous les médecins, dès leurs études et tout au long de leur carrière, sont particulièrement exposés à l'épuisement professionnel ou au burn-out. Rappelons que les médecins ont un risque de suicide 2,3 fois plus élevé que les autres professions.

Lever les freins à l'aide et à la prise en charge précoce repose sur la mise en place effective de modification des comportements individuels et d'une action institutionnelle. Il s'agit de susciter chez les médecins l'intérêt de se prendre en charge médicalement.

Afin de développer des circuits de prise en charge spécifique des risques psycho-sociaux des médecins, les cinq Conseils départementaux de Normandie ont signé récemment une convention avec l'association MOTS (Médecins - Organisation - Travail - Santé) qui a conçu une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche destinée à venir en aide aux médecins en difficulté et dédiée avant tout à la prévention et la prise en charge de l'épuisement professionnel.

Le Conseil départemental, d'ici début 2018, présentera ce nouveau type d'entraide à l'ensemble des médecins du Calvados, qu'ils soient libéraux (en partenariat avec l'URML de Normandie), salariés ou hospitaliers.

L'Ordre souhaite parvenir à une fédération des acteurs de l'entraide confraternelle autour de ses valeurs ainsi qu'à la mise en place d'une prévention des risques psycho-sociaux des Médecins. ■

Le Président
Docteur Gérard HURELLE



L'éditorial du Président

2 La lettre du Doyen

La conférence des Doyens de médecine et l'Unité de Formation de Recherche (UFR) Santé de l'Université de Caen organisent les 4^{èmes} états généraux de la formation et de la recherche médicale à Caen les 30 novembre et 1^{er} décembre 2017. Cet événement national majeur, qui a lieu tous les 2 ans, réunit non seulement les acteurs de la formation et de la recherche et les étudiants, mais aussi tous les acteurs du soin, les ordres professionnels, les unions régionales des professions de santé, les collectivités territoriales, les acteurs paramédicaux...

Au cours de ces états généraux, nous aborderons notamment la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, le rôle territorial et sociétal des UFR

Santé (enjeux démographiques), la place de la simulation dans la formation, l'interprofessionnalité, et bien sûr les grands enjeux d'organisation et de financement de la recherche. Le format sera interactif, associant des conférences, des tables rondes et des ateliers en petits groupes.

Si vous êtes enseignant, étudiant, professionnel de soins en contact avec des étudiants, acteur politique, ou tout autre professionnel en lien avec la formation et/ou la recherche en santé, ces états généraux sont pour vous une occasion unique d'information et d'échanges.

Vous pourrez trouver plus de renseignements sur le programme et les modalités d'inscription sur le site de l'UFR Santé <http://ufrsante.unicaen.fr>. ■

Professeur Emmanuel TOUZÉ

4^{es} ÉTATS GÉNÉRAUX
DE LA FORMATION
& DE LA RECHERCHE MÉDICALES

30 NOV & 1^{er} DÉC 2017

2 JOURS DE MINI CONFÉRENCES | TABLES RONDES | ATELIERS
AUTOUR DES THÈMES :

ENJEUX DU 3^e CYCLE	SIMULATION
UFR & TERRITOIRE	RECHERCHE
INTERPROFESSIONNALITÉ	RELATION MÉDECIN-MALADE
NUMÉRIQUE	



Conférence des Doyens
des facultés de Médecine



UNICAEN

Cette année le montant de la cotisation a augmenté de trois euros. ENCORE ! allez-vous vous exclamer, et nous recevrons de nouveau au Conseil un certain nombre de courriers protestant contre cette hausse.

Nous expliquons pourtant régulièrement que le montant de la cotisation doit être le même pour tous les médecins, que leur exercice soit libéral ou salarié, avec un montant adapté pour les médecins ayant une activité partielle ou réduite et pour les médecins retraités sans activité.

Il n'est pas inutile de rappeler l'inégalité de ressources des départements. Notre département a la chance, en tant que département siège d'un CHU, d'avoir un grand nombre d'inscrits et, de ce fait, une trésorerie suffisamment confortable pour pouvoir rémunérer son personnel et assumer tous les frais de fonctionnement et pouvoir de plus verser une entraide à l'AFEM. Il n'en est pas de même pour beaucoup d'autres départements, notamment les deux départements de Basse Normandie que sont la Manche et l'Orne et qui, déplorant une démographie déficitaire, ont des difficultés à financer leurs frais de fonctionnement.

C'est pour cela que la cotisation augmente légèrement cette année, afin d'aider ces départements déficitaires.

Il faut aussi rappeler que le montant est fixé par le Conseil national et que si chaque département reçoit les cotisations de ses membres, il se doit de reverser une quote-part au Conseil régional et au Conseil national.

Ainsi sur le montant de 333€, notre département reverse 40€ au Conseil régional et 131€ au Conseil national. Les 3€ d'augmentation reviennent au Conseil national.

Rappelons ici que notre Conseil départemental s'efforce de limiter les dépenses excessives.

Ainsi, pour suivre l'évolution technologique il a été décidé l'an dernier de dématérialiser le bulletin annuel. Cela a permis de réaliser une économie d'environ 4500€ ce qui permet à la commission d'entraide une plus grande générosité. Nous répondons autant que possible aux demandes de confrères en difficulté (notamment ceux qui pour raison de santé diminuent ou cessent temporairement leur activité). Vous n'ignorez pas que les mutuelles complémentaires mettent beaucoup de temps à apporter une aide urgente et notre Conseil propose donc, chaque fois qu'un confrère fait appel à nous, de l'aider dans ses difficultés.

Nous vous rappelons que les comptes sont à la disposition de tout médecin et consultables au Conseil sur rendez-vous.

À noter aussi que dans un passé récent la Cour des Comptes a procédé au contrôle comptable d'un certain nombre de Conseils départementaux tirés au sort. Le Calvados en faisait partie et nous sommes fiers de pouvoir dire que nous avons obtenu un avis favorable pour notre gestion. ■

Association Familles et Enfants de Médecins (AFEM) :

Cette année encore notre conseil a versé la somme de 18000€ soit l'équivalent de trois bourses annuelles d'études pour les enfants de médecins en difficulté, malades ou décédés. Nous sommes heureux de recevoir régulièrement des lettres de remerciements de ces jeunes qui reçoivent notre aide.

Vous recevez d'ailleurs chaque année un appel de soutien pour l'AFEM lors de l'appel de cotisation de janvier et nous vous remercions de les soutenir.

■ PRIX ESCULAPE 2017 : UNE REMISE DE PRIX SANS LAURÉAT !

Un Prix encore jeune.

Créé en 2013, et attribué pour la première fois en 2014, le Prix Esculape se veut un hommage à l'engagement et au dévouement des médecins. Il récompense un projet prônant des valeurs de respect, d'empathie, d'altruisme.

Des lauréats et des projets variés.

En 2014 : le docteur Maxence Ficheux, néphrologue au CHU de Caen, pour son projet de prise en charge des enfants orphelins et des mères célibataires sans ressources à Addis Abeba (Ethiopie).

En 2015 : le docteur Nathalie Daluzeau, neurologue au Centre Hospitalier de Lisieux, pour son projet d'aide à l'accueil et aux soins des enfants lourdement handicapés au Burkina Faso.

En 2016, le docteur François Dupont et l'Association Médicale contre l'Exclusion, qui se battent, depuis de nombreuses années, pour la prise en charge des personnes dépourvues d'accès aux soins (personnes en grande précarité, migrants...), pour un projet visant à optimiser l'accueil et le suivi de ces patients.

2017 : année blanche?

Cette année, les deux projets finalistes, quoique porteurs de valeurs humanistes indéniables, n'ont pas semblé répondre en tous points à «l'esprit et à la lettre» du Prix. Ainsi en a jugé le Jury, qui est souverain. Nous avons donc eu le regret de ne pas attribuer ce Prix en 2017.



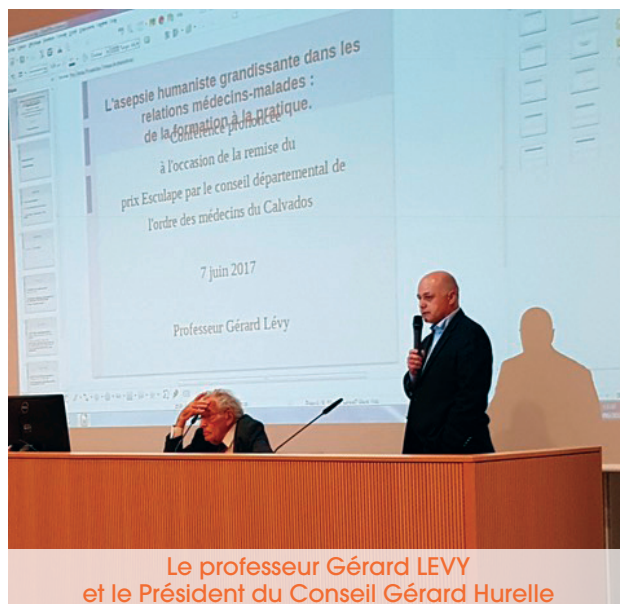
Le Professeur Gérard Lévy, présent parmi nous.

En dépit de l'absence de lauréat, le professeur Lévy, parrain invité de la manifestation pour 2017, nous a fait le plaisir de venir donner une

conférence sur le thème « L'asepsie humaniste grandissante dans les relations médecins-malades : de la formation à la pratique », qui a été suivie d'un échange très fourni avec la salle...

L'avenir du Prix ?

Encore jeune, notre Prix n'a toujours pas, semble-t-il, trouvé son public... Nous comptons sur chacun d'entre vous pour le faire vivre et faire mentir l'opinion, de plus en plus répandue, qu'il n'y a plus ni humanisme, ni altruisme, ni empathie dans le corps médical !



Le professeur Gérard LEVY
et le Président du Conseil Gérard Hurelle

■ LE PRIX ESCULAPE : MODE D'EMPLOI

Rappel

Les Conseils de l'Ordre sont chargés de veiller « au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine » et à l'accomplissement des missions dictées par le Code de Déontologie Médicale.

Participation

C'est dans cet état d'esprit que le Conseil Dé-

partemental du Calvados de l'Ordre des Médecins (CDO 14) a décidé de créer le Prix Esculape en 2014 pour encourager des projets d'envergure départementale, régionale, nationale, voire internationale, valorisant les valeurs humaines et éthiques de la médecine.

Ce Prix est ouvert à tout médecin inscrit, en France, à l'Ordre des Médecins, à jour de ses cotisations et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction ordinaire dans les six ans qui précèdent sa candidature, et aux étudiants en médecine de la Faculté de Caen (à partir de la quatrième année).

Les projets présentés doivent être des projets personnels obligatoirement portés par un médecin. Dans le cas d'un projet collectif, le candidat doit justifier de son investissement personnel et répondre aux critères d'éligibilité des candidats.

Calendrier

Septembre 2017: Appel à candidature

1^{er} mars 2018 : Date limite de dépôt
des dossiers de candidature

juin 2018 à 19h00 : Remise du Prix Esculape

Le règlement complet du Prix Esculape est à la disposition des participants au secrétariat du CDO 14.

13, Rue Le Verrier, 14000 Caen.
02.31.86.38.28 - calvados@14.medecin.fr

Dotation

Le Prix Esculape est doté d'un montant pouvant aller jusqu'à 8000 euros selon le budget présenté par le projet.

La participation au concours est gratuite.

Le Jury

Présidé par le Président du conseil départemental de l'ordre, Il est composé de 11 membres au

total, dont le trésorier du CDO 14 et le délégué pour le Prix Esculape, qui sont membres de droit.

Les huit autres membres sont sélectionnés par un tirage au sort effectué sous le contrôle d'un huissier et répartis comme suit :

- un collège interne formé par quatre jurés issus des membres titulaires en exercice du CDO 14.
- un collège externe formé par quatre jurés issus des médecins inscrits au CDO14.

Le vote

Après une première étude des dossiers un mois avant le vote, qui permet de demander d'éventuelles précisions complémentaires aux candidats, le jury se réunit fin mai ou tout début juin.

Après discussions et délibérations, le Président fait procéder au vote à bulletin secret, en présence d'un huissier.

Remise du Prix de l'Edition 2018

Le Président remettra le chèque au lauréat en juin 2018

Evaluation et bilan

Le lauréat s'engage à informer le CDO 14 de l'évolution du projet par envoi d'un rapport intermédiaire à 6 mois. En cas de manquement ou de non réalisation du projet dans un délai de 12 mois, le lauréat s'expose au risque de remboursement de la dotation.

Les précédents lauréats

2014: Docteur Maxence Ficheux, néphrologue au CHU de Caen.

2015: Docteur Nathalie Daluzeau, neurologue au centre hospitalier de Lisieux.

2016: Docteur François Dupont, médecin retraité.

2017: Prix non attribué.

N'hésitez pas à concourir, nous attendons vos projets avec impatience !

LE RÉGLEMENT DU PRIX ESCULAPE

ARTICLE 1 – OBJET.

Le prix ESCULAPE est attribué par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du Calvados (CDO 14) une fois par an.

Il est destiné à récompenser un projet, départemental, régional, national, voire international, qui promeut les valeurs humaines et éthiques nécessaires à l'exercice de la médecine.

ARTICLE 2 – PRIX.

Le montant du prix, basé sur le coût du projet, peut aller jusqu'à 8000 euros.

La participation au concours est gratuite.

ARTICLE 3 – CRITERES D'ELIGIBILITE DES CANDIDATS.

Ce prix est ouvert à tout médecin inscrit, en France, à l'Ordre des Médecins, à jour de ses cotisations et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction ordinaire dans les six ans qui précèdent sa candidature.

Il est également ouvert aux étudiants en Médecine de l'Université de Caen (à partir de la quatrième année d'études).

Les candidats doivent résider dans le Calvados. Les candidats ne peuvent concourir plus de deux fois pour le même projet. Tout lauréat ne peut concourir à nouveau avant une période de trois ans.

ARTICLE 4 – CRITERES D'ELIGIBILITE DES PROJETS :

Les projets doivent être des projets personnels. Toutefois un projet collectif pourra être examiné dans la stricte mesure où il répond aux différents critères et où le candidat qui le présente justifie d'un investissement personnel dans ce projet collectif en répondant lui-même aux critères d'éligibilité des candidats.

Les projets doivent être d'intérêt général, sans but lucratif, et mettre en avant les valeurs humaines et éthiques inhérentes à l'exercice de la médecine.

S'ils mettent en avant ces valeurs, les projets ne sont pas forcément strictement médicaux, mais, obligatoirement, portés par un médecin.

Tous les projets soumis au jury doivent être rédigés en langue française.

ARTICLE 5 – CRITERES ELIMINATOIRES :

Ce prix n'est pas destiné à financer :

- Des projets de stages obligatoires d'études (en France ou à l'étranger).
- Des formations individuelles, ou la validation de diplômes.
- Des études.
- Des projets déjà terminés.
- Et en règle générale, tout projet dont le caractère ne serait pas strictement altruiste.

ARTICLE 6 – CALENDRIER.

Chaque année, début septembre, le CDO 14 diffuse l'appel à candidatures.

Les dossiers de candidatures doivent être déposés au plus tard le premier mars de l'année suivante au siège du CDO 14.

ARTICLE 7 – DEROULEMENT DES CANDIDATURES.

Le candidat porteur d'un projet doit adresser au secrétariat du CDO 14 un bref résumé de ce projet. Il reçoit en retour le «mode d'emploi» du Prix.

Lorsque le bureau du CDO 14 a vérifié que le projet présenté répond aux différents critères, le candidat reçoit un dossier de candidature qu'il doit déposer en trois exemplaires au secrétariat du CDO 14, avant la date limite de dépôt.

Tout dossier incomplet ne répondant pas aux conditions, ou déposé hors des délais, ne sera pas étudié.

ARTICLE 8 – SELECTION DES DOSSIERS.

C'est le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, réuni en séance plénière, qui, après avoir entendu une présentation des projets rédigée par les candidats et lue par les référents, arrête la liste des projets finalistes.

Les projets retenus dans cette présélection ne peuvent pas être moins de deux.

Seuls les candidats retenus lors de cette présélection reçoivent confirmation de leur candidature par courrier électronique.

ARTICLE 9 – COMPOSITION DU JURY.

Le jury est composé de onze membres.

Le jury ne peut pas compter moins de sept membres.

Le Président du CDO 14 (ou le premier Vice-président en cas de désistement du Président, ou le second Vice-président en cas de désistement, également, du premier Vice-président) est Président du jury.

Le Trésorier du CDO 14 (ou le Trésorier adjoint en cas de désistement du Trésorier) est membre de droit du jury.

Le délégué du CDO 14 au Prix Esculape est membre de droit du jury.

Les huit autres membres du jury sont répartis comme suit :

- Un collège interne formé par quatre jurés tirés au sort parmi les membres titulaires en exercice du CDO 14.
- Un collège externe formé par quatre jurés tirés au sort parmi les médecins, inscrits au CDO 14 et à jour de leur cotisation.

Le tirage au sort est effectué, sous le contrôle d'un huissier, lors de la même séance plénière où sont sélectionnés les projets finalistes.

Pour pallier à un éventuel désistement d'être juré par un médecin désigné par le tirage au sort, il sera procédé à un tirage au sort complémentaire de quatre médecins par collège.

Les suppléants tirés au sort ont vocation à remplacer les éventuelles défections dans le collège dont ils sont issus, dans l'ordre du tirage au sort.

Si, après réponse de tous les jurés pressentis, le nombre de jurés est insuffisant, les suppléants tirés au sort, et, ce, quelque soit leur collège, seront automatiquement désignés comme membres du jury dans l'ordre du tirage au sort jusqu'à obtention du nombre suffisant de jurés

ARTICLE 10 – ENGAGEMENT DES JURES.

Un juré tiré au sort peut refuser de faire partie du jury.

S'il accepte, il signe une charte, opposable, où il s'engage :

- à étudier soigneusement tous les dossiers,
 - à assister à toutes les délibérations,
 - à respecter le secret des débats
- et où il certifie, sur l'honneur, qu'il n'a aucun conflit d'intérêt vis à vis des projets retenus.

La composition du jury est revue chaque année.

ARTICLE 11 – ATTRIBUTION DU PRIX.

Après avoir étudié les candidatures retenues, le jury, au cours d'une première délibération qui a lieu un mois avant le vote, peut décider de demander aux candidats des précisions ou des compléments d'information.

Les candidats disposent alors d'un mois (date butoir la veille du vote) pour retourner au secrétariat du CDO 14 les pièces complémentaires demandées.

Tout dossier qui n'aura pas été complété sera éliminé.

De même le jury peut, s'il le juge nécessaire, demander un avis consultatif à des personnes extérieures (juristes, etc...) pour évaluer, au besoin, la pertinence des projets.

Le jour du vote, après discussions et délibération, le Président fait procéder au vote à bulletin secret, en présence d'un huissier.

En cas d'égalité des voix pour les projets, la voix du Président est prépondérante.

Le CDO 14 se réserve le droit de ne pas attribuer le prix si les candidatures sont en nombre insuffisant ou si elles ne sont pas satisfaisantes.

ARTICLE 12 – REMISE DU PRIX.

Le prix est remis au mois de juin par le Président du CDO 14.

Le lauréat s'engage à être présent lors de la remise du prix. Il peut, éventuellement, se faire représenter en cas de force majeure.

ARTICLE 13 – EVALUATION ET BILAN.

Le lauréat s'engage à informer le CDO 14 de l'évolution du projet par l'envoi d'un rapport intermédiaire à six mois (photos, factures, ou toute justification adéquate, etc...).

En cas de manquement à cet article ou de non réalisation du projet dans un délai maximum de 12 mois, le lauréat s'expose au risque du remboursement de toute ou partie de la somme versée.

ARTICLE 14 – DROIT D'UTILISATION.

Contrairement à des opérations de parrainage ou de sponsoring, le projet retenu ne devra rechercher aucune contrepartie commerciale en rapport avec le montant de l'aide apportée.

En outre, le seul fait de participer vaut accord du candidat pour la diffusion de son nom et de son projet dans les différentes opérations de communication du CDO 14.

ARTICLE 15 – RETOUR DES DOCUMENTS.

Les candidats non primés pourront venir rechercher l'intégralité de leur dossier de candidature au siège du CDO 14 dans le mois suivant la remise du prix.

Toutefois un exemplaire de la présentation de leur projet sera conservé au Conseil Départemental de l'Ordre.

Tout document non récupéré dans ce délai d'un mois sera détruit.

ARTICLE 16 – ACCEPTATION DU REGLEMENT.

Le seul fait de participer au prix Esculape implique l'acceptation pleine et entière du présent règlement.

Aucune réclamation ne pourra être faite concernant la décision du Conseil Départemental de l'Ordre du Calvados qui statuera sans appel.

■ LITTÉRATURE, FIN DE VIE ET DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Cette rubrique a pour objet de retrouver, dans les grands textes de la littérature, des exemples illustrant les principes de la déontologie médicale. C'est au thème de la fin de vie que nous consacrons ces pages.

Article 37 (Article r.4127-37 du CSP)

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 et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Article 38 (Article r.4127-38 du CSP)

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 réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Tels sont les articles du code de déontologie qui encadrent la mission du médecin ayant à prodiguer des soins à un patient en fin de vie. La législation en a profondément modifié la teneur depuis une vingtaine d'années. Il nous a semblé opportun d'y consacrer un dossier dans ce bulletin et de l'introduire par une très belle description des difficultés et de la solitude que le médecin éprouve dans de telles circonstances.

Voici un extrait du roman « les Thibault » de Roger Martin du Gard (prix Nobel de littérature 1937). Dans un long chapitre de ce roman, l'auteur décrit l'accompagnement de l'agonie de leur père par les frères Thibault, Antoine l'aîné, médecin en cours de clinicat à Paris, et Jacques

le cadet, jeune Normalien engagé dans les mouvements pacifistes à l'aube de la première guerre mondiale.

Le père est agonisant à son domicile, en proie à une urémie terminale et douloureuse. Les accès convulsifs et itératifs sont de plus en plus difficiles à apaiser, la souffrance ne connaît que de très courts répit, l'épuisement du malade et de l'entourage est manifeste mais nul n'ose suggérer d'autres moyens que les soins de fortune pour venir à bout du calvaire que vit le père.

Et c'est Antoine qui franchit l'interdit, d'abord en pensée puis en acte : nous reproduisons ici les extraits d'un dialogue entre les deux frères.

Après une pause, ce fut encore Antoine qui parla : « Tu le ferais, toi ? ». La question était rude, directe, mais il y avait dans la voix une imperceptible fêlure... Jacques finit par répondre entre ses dents « je ne sais plus...peut-être que non. Eh bien, moi, si ! » fit Antoine aussitôt. Tu me désapprouves?» Jacques, doucement, sans hésiter, répondit « Non, Antoine. »

La décision était prise. Restait à réaliser. Quand ? Et comment? Agir sans autre témoin que Jacques. Une fois seul avec Jacques... Tâtant sa poitrine, il sentit sous ses doigts le petit flacon de morphine qu'il avait dans sa poche depuis... Depuis quand ? Depuis le matin de son arrivée. Lorsqu'il était descendu pour chercher le laudanum, il se souvenait, en effet, qu'il avait, à tout hasard, glissé dans sa blouse cette solution concentrée... et cette seringue... A tout hasard?... Pourquoi ?... On eût dit que tout était arrêté dans sa tête et qu'il n'avait plus qu'à exécuter les détails d'un plan élaboré depuis longtemps.

Pendant que le malheureux se démenait en écumant, Antoine s'adressa à la sœur : « Peut-être qu'une saignée lui procurerait quelque répit. Dès qu'il se tiendra tranquille, vous m'apporterez ma trousse. »



Les deux femmes étaient si lasses qu'elles n'insistèrent pas pour attendre la relève : dès la première invitation d'Antoine, elles saisirent cette occasion de prendre un peu de repos.

Antoine et Jacques restent seuls.

Ils se trouvent tous deux loin du lit ... Antoine évite le regard de son frère : il n'éprouve plus du tout, en ce moment, le besoin de sentir une affection près de lui; et il n'a que faire d'un complice. Il tripote, au fond de sa poche, la petite boîte nickelée. Il s'octroie encore deux secondes. Non qu'il veuille, une fois de plus, peser le pour et le contre : il s'est fait une règle de ne jamais reprendre, au moment d'agir, le débat qui a décidé l'action. Mais, contemplant au loin, dans les blancheurs du lit, ce visage que la maladie lui a rendu chaque jour plus familier, il s'abandonne un instant à la mélancolie d'un suprême élan de pitié.

Les deux secondes sont écoulées. Il tire le flacon de sa poche, l'agite, ajuste l'aiguille à la seringue. Il pince un pli de chair et lève la seringue... L'aiguille s'enfonce d'un coup sec. Une plainte échappe au dormeur. « Bouge pas... C'est pour te soulager, Père... ». La dernière fois qu'on lui parle, pense Jacques. Le niveau du liquide ne baisse pas vite dans la seringue... Si on entrainait... Est-ce fini? Non. Encore un centimètre cube... Que c'est lent!... Encore quelques gouttes...

Antoine retire l'aiguille d'un geste prompt, essuie la place gonflée où suinte une perle rose, puis il reboutonne la chemise et relève la couverture.... Enfin il tourne la tête vers son frère, et son regard, indifférent et sévère, semble dire simplement : « Voilà. » Le bras du mourant s'allonge sur la couverture. La main est presque aussi blanche que le drap; elle tremble d'une façon à peine perceptible : le tremblement d'une aiguille aimantée. Cependant la drogue agit, et, malgré le long martyre, les traits déjà se détendent.

« Je l'ai achevé », se répéta-t-il. Son acte, pour la première fois, lui apparut avec du recul. « J'ai bien fait », se dit-il aussitôt. Il réfléchissait vite et avec lu-

cidité : « Ne soyons pas dupe : il y a eu aussi lâcheté : besoin physique d'échapper à ce cauchemar. Mais, parce que j'avais un intérêt personnel à cette fin, fallait-il s'abstenir ? Allons ! ». Il n'éludait rien de la terrible responsabilité.

« Évidemment, il y aurait péril à autoriser les médecins... L'observance aveugle d'une règle, fût-elle absurde, inhumaine, est nécessaire, en principe... » Plus il reconnaissait de force et de légitimité à la règle, plus il s'approuvait de l'avoir enfreinte, sciemment. « Question de conscience, d'appréciation », reprit-il. « Je ne généralise pas. Je dis simplement : Dans le cas présent, j'ai agi comme il fallait. »

Ce texte date de 1929, inclus dans le sixième des huit volumes constituant l'ensemble du roman « les Thibault », publiés entre 1922 et 1940¹. Il exprime avec force ce désir, inhérent à toute conscience médicale, de soulager quoiqu'il arrive mais aussi la solitude dans laquelle le médecin se trouve pour en décider et surtout mettre en actes cette décision. Concilier ce devoir de soulager quoiqu'il arrive (et donc d'y intégrer le risque léthal inhérent aux procédures de sédation) avec le respect de la vie humaine, tel est l'objet de l'évolution de la législation sur la fin de vie depuis deux décennies, trouvant désormais leur cadre juridique et déontologique dans la loi Claeys-Léonetti (2016).

Les premières avancées législatives (Lois Kouchner 1, 1999 et Kouchner II, 2002) introduisent le droit du patient à s'opposer à la poursuite de traitements, à l'accès aux soins palliatifs et à la sédation : « Les soins palliatifs sont 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. »

Suivent en 2003-2004 les rapports de Marie de Hennezel puis de Jean Léonetti soulignant les difficultés et obstacles concernant la mise en place et le développement des soins palliatifs : insuffi-

sance de formation des professionnels de santé, des structures d'accueil, fréquence des situations limites aux contours mal définis, difficultés psychologiques d'engager entre patients et soignants un dialogue sur la mort.

Ces réflexions alimentent l'esprit dans lequel est rédigée la première Loi Léonetti (2005). Les principales dispositions en sont :

- l'introduction des directives anticipées (qui n'ont alors pas de valeur contraignante),
- la prérogative donnée au patient d'obtenir que soient limités ou arrêtés tous types de traitements,
- l'obligation faite au médecin de s'abstenir de soins déraisonnables, inutiles ou disproportionnés, s'ils n'ont pour objet que le maintien artificiel de la vie,
- dans le cas où le patient n'est pas en état d'exprimer ses choix, ces décisions sont obligatoirement issues d'une procédure collégiale, et de l'avis de la personne de confiance désignée préalablement par le patient, avis qui, hors de l'urgence et sauf impossibilité d'en avoir connaissance, prévaut sur celui des proches ou de la famille,
- enfin, elle entérine l'administration de produits sédatifs en phase terminale d'une maladie grave même s'ils risquent d'abrégier la vie.

Les modalités d'application de cette loi dans la pratique ont fait l'objet de deux rapports en 2008 par les mêmes auteurs que ceux de 2003-2004 : tous deux pointent la mauvaise connaissance des dispositions de la loi tant par le corps médical que par les citoyens, malades ou non.

Une mission d'information est alors sollicitée par le Président de la République (2012), portant sur l'encadrement de la fin de vie, et notamment sur la faculté pour tout citoyen de requérir et d'obtenir une procédure de suicide médicament assisté. Le rapport qui en est issu souligne à nouveau les difficultés d'accès aux soins palliatifs et la méconnaissance des dispositions de la loi Léonetti ; il entérine le recours à une sédation profonde, stipulée dans

cette loi ; enfin, tout en suggérant une possibilité pour le médecin de prescrire des produits létaux au patient demandeur, laissant ce dernier libre de les utiliser ou non, il ne formule pas de recommandation en matière de suicide médicalement assisté.

Saisi sur cette question, le Comité Consultatif National d'Éthique émet un avis négatif sur la légalisation de l'euthanasie (avis n° 121, 2013). Il recommande l'ouverture d'un large débat public, sous forme d'états généraux. En réalité ces débats reposeront sur un groupe de 18 citoyens sélectionnés par l'Institut Français d'Opinion Publique. Les conclusions de ces échanges et les recommandations qui en sont issues ne permettent pas de dégager un consensus sur ce point².

C'est à la suite de ces débats qu'est proposée et adoptée par les corps législatifs la loi Léonetti-Clays (Février 2016). Un premier décret précise les conditions dans lesquelles peuvent être décidés l'arrêt des traitements et la mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès de la personne, nouvelle disposition couverte par la loi du 2 février 2016. Un second décret et un arrêté fixent les critères de validité des directives anticipées, déclaration écrite par laquelle chaque individu peut indiquer à l'avance s'il souhaite limiter ou arrêter les traitements qu'il pourrait recevoir en fin de vie, au cas où il deviendrait alors incapable d'exprimer sa volonté. L'arrêté ministériel définit deux modèles de directives anticipées, selon que la personne est bien portante ou déjà atteinte d'une maladie grave. Un modèle type mais facultatif est proposé dans l'arrêté pour établir cette déclaration.

L'importance de ces dispositions justifie qu'elles soient mieux perçues et intégrées dans la démarche des soignants que nous sommes. C'est pourquoi nous leur consacrons ce dossier et notamment les rubriques consacrées au rôle de la personne de confiance, aux directives anticipées et au droit à la sédation.

¹ Roger Martin du Gard. *Oeuvres complètes*. La Pléiade.

² http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_citoyen.pdf



■ LA PERSONNE DE CONFIANCE

Ou une recherche pour préserver le principe d'autonomie et son expression dans la relation médecin-malade ou médecin patient.

■ LE PRINCIPE D'AUTONOMIE DANS LE CHAMP MEDICAL

Jusqu'à une date très récente, le droit ne considérait pas le malade comme une personne à part, sauf s'il était mineur ou placé sous une mesure de protection spécifique (et encore le Code « Napoléon » ne s'intéressait qu'à l'aspect patrimonial). Le droit ne suppose pas *a priori* la vulnérabilité de la personne malade. Petit à petit s'est imposée l'idée que face au professionnel, le patient, certes présumé autonome, n'est pas dans une position d'égalité, ne serait-ce qu'au regard de la connaissance. Il est donc apparu qu'il fallait renforcer cette autonomie, cette capacité à se gouverner soi-même, par des obligations d'information. C'est ainsi que le code de déontologie des médecins rappelle le devoir d'une information honnête et loyale (article 35).

Ce sont d'abord les juges qui ont progressivement imposé et multiplié des obligations (en particulier celle de l'information) permettant une valorisation de l'autonomie du patient.

Puis le législateur a cherché à faire évoluer cette réflexion sur la préservation de l'autonomie en essayant de tenir compte :

- de l'évolution des connaissances médicales, des situations cliniques (progrès des techniques médicales, maladies neurodégénératives, etc...)
- et du statut du patient : est-il correctement informé ? Vulnérable ? En incapacité temporaire ou prolongée de pouvoir exprimer sa volonté ? Hébergé en établissement sanitaire ou social (EHPAD, Centre de soins...) ? En fin de vie ? Opposé ou non au prélèvement d'organes ?

Ouvrant la voie de cette réflexion, la loi du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à une recherche biomédicale, dite « loi Huriet », met particulièrement en avant la protection du consentement de l'individu aux recherches. Elle a imposé l'idée que la vulnérabilité et la maladie impliquaient un renforcement particulier de l'autonomie individuelle et de son expression par l'intermédiaire du consentement. Cette vision de l'autonomie protégée dans la recherche biomédicale s'est maintenue jusqu'à la révision de la loi opérée en 2004.

Aujourd'hui, par l'effet de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades dite « loi Kouchner », la prise en compte de l'autonomie du patient est clairement affirmée et valorisée juridiquement : c'est le patient avec le professionnel de santé qui prend la décision concernant sa santé. Or cette inscription dans la loi d'une affirmation juridique appliquée dans tous les autres domaines vient heurter le schéma traditionnel médical, qui a au contraire tendance à assimiler maladie, vulnérabilité et incapacité à exercer normalement ses droits. Par ailleurs, l'article 47 du code de déontologie définit les contours de ce qui pourrait être une clause de conscience (raison personnelle ou professionnelle) et donc de la possibilité de se soustraire à une continuité des soins qu'il apprécierait contraire à son « éthique » personnelle ou enseignée. Le médecin, en pratique, peut avoir une difficulté à s'abstraire de sa conception du bien au nom de l'autonomie du patient.

C'est ainsi, afin que le patient puisse « organiser » à l'avance sa propre protection, qu'ont été rédigées successivement différents textes (loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « loi Léonetti », loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite « loi Claeys Léonetti »).

Pour anticiper ces moments pendant lesquels le patient ne peut exprimer sa volonté, ou est en situation de vulnérabilité, le législateur a prévu trois principaux dispositifs :

- Le mandat de protection future
- Rédiger des directives anticipées
- Désigner une personne de confiance

■ LA PERSONNE DE CONFIANCE

Au sens strict du terme, la confiance renvoie à l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe confier (*du latin confidere : cum, « avec » et fidere « fier »*) signifie, en effet, qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance.

La Haute Autorité de Santé met à disposition un modèle de « formulaire » de désignation de personne de confiance ainsi qu'un fascicule d'explication (HAS LA PERSONNE DE CONFIANCE Avril 2016).

Quel est son rôle ?

Il est possible pour un patient de désigner une personne de confiance dans deux cas de figure : il peut s'agir de deux personnes différentes ou d'une même personne remplissant des rôles différents :

- Le rôle de la personne de confiance désignée par le patient, par exemple à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une consultation avec un médecin traitant. Celle-ci pourra assister, avec son accord, aux rendez-vous médicaux et être consultée par les médecins dans le cas où il ne sera pas en mesure d'exprimer lui-même sa volonté concernant les décisions relatives aux traitements et actes médicaux. La possibilité de désigner une personne de confiance dans ce contexte découle des lois dites « Kouchner », « Leonetti », « Claeys-Léonetti ».
- Le rôle de la personne de confiance désignée à l'occasion d'un accueil dans un établissement pour personnes âgées ou un service médico-social. Celle-ci pourra l'accompagner dans

ses démarches et ses décisions. Elle peut être consultée si le patient rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. La possibilité de désigner une personne de confiance dans ce contexte est une mesure de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

Qui peut la désigner ?

Toute personne majeure peut le faire.

Qui peut être la «personne de confiance» ?

Toute personne majeure de son entourage et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être le conjoint, un enfant ou un parent, un ami, un proche, le médecin traitant.

Comment la désigner? Comment la révoquer ?

La désignation doit se faire par écrit : elle peut se faire sur papier libre, daté et signé, en précisant ses nom, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable ou sur le formulaire de l'HAS. Elle doit cosigner le document la désignant. Le patient peut changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit (ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit).

■ LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

La loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Leonetti) introduisait la notion de directives anticipées. Cette notion a été précisée et approfondie en 2016 par l'adoption de la loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (loi Claeys Leonetti).

Toute personne majeure peut rédiger ses directives anticipées (DA) : instruction écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer « *sa volonté relative à sa fin de vie, en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux* »¹, ►►

« pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté¹ ».

Personnes concernées :

- Toute personne majeure.
- En cas de mise sous tutelle une autorisation préalable du juge ou du conseil de famille est nécessaire.
- Le tuteur ne peut assister ni représenter la personne pour les rédiger.

« Les directives s'imposent au médecin »¹

Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention sauf :

- en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation,
- lorsque les DA apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

« Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées »¹

- Obligation de tout professionnel de santé d'informer le patient.
- La finalité ne doit être en aucune façon celle d'obtenir systématiquement des DA.
- L'information doit être loyale, claire et appropriée et doit reposer sur une communication authentique, menée avec tact et délicatesse.²
- La rédaction de ces DA est un acte libre.
- Les directives sont révocables à tout moment par le patient (partiellement ou complètement).

Quand aborder les directives anticipées ?

Pour les personnes non malades la question peut être abordée à l'occasion :

- D'une discussion sur la fin de vie.
- Du décès, d'une maladie grave ou de l'hospitalisation d'un proche.
- D'un simple bilan de santé, de la demande d'un certificat médical.
- D'une question d'actualité autour d'une maladie grave, du don d'organe.

Pour les personnes souffrant d'une maladie grave :

- Respecter le rythme du patient quant à son souhait de connaître et d'échanger sur sa maladie et son évolution.
- Si possible aborder précocement le sujet, saisir le moment opportun : prise de conscience du malade de sa finitude qui peut l'amener à interroger les professionnels de santé ou à aborder la question de la fin de vie.
- Certaines maladies nécessiteront la mise en route de traitements de suppléance des fonctions vitales : aborder le sujet lors d'une aggravation ou d'une complication.
- Il faut inciter la personne à être accompagnée.

Pour les personnes fragiles ou vulnérables :

- Le médecin doit évaluer la capacité de discernement du patient.
- La rédaction doit être au mieux réalisée tant que les fonctions cognitives sont conservées.
- Les troubles cognitifs n'empêchent pas l'accueil d'une parole autour de la fin de vie.

Comment expliquer les directives anticipées ?

- La rédaction est libre et volontaire (il existe des modèles disponibles sur le site de l'HAS et du gouvernement).
- Elles ne seront utilisées que si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté. En cas contraire, seule sa parole compte.
- Validité sans limite de temps, révocable (totale ou partiellement) à tout moment.
- En cas de souhaits contraires, les DA primeront sur les souhaits de la famille.
- Si elles sont manifestement inappropriées, une procédure collégiale sera engagée.
- Les directives ne seront appliquées que dans le respect de la loi (demande de mort anticipée ou de suicide assisté non recevables).

Comment conserver les directives anticipées ?

- Les DA doivent être les plus accessibles possible.
- Il est important que le patient informe son entourage ou son médecin traitant qu'il a rédigé des DA.

- Il convient de les consigner dans le dossier médical.
- A terme, elles seront conservées dans un registre national.

¹ Art. L. 1111-11 du Code de santé Publique

² Art. 35 du Code de déontologie médicale

■ LE DROIT À LA SÉDATION

La loi 2016-87 du 2 Février 2016, toujours dans un souhait de renforcement des droits du malade a introduit la notion de droit à la sédation. Mais sa rédaction pose un cadre très précis quant à ses indications. De même la procédure de mise en place impose un temps de réflexion nécessaire à la mise en route de ce processus.

L'article L1110-5-2 précise « à la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

1° lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

2° lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

Dans la continuité, le code de déontologie a été modifié par décret n°2016-1066 du 3 août 2016 : Art. R 4127-37-3. - I.- A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 3° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'issue d'une procédure collégiale, telle que définie au III de l'article R. 4127-37-2, dont l'objet est de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies.

Si le droit à la sédation est désormais inscrit dans la loi, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) avait, dès 2002, puis avec des réactualisations régulières, émis des recommandations quant à « la sédation pour détresse en phase terminale ».

Confrontée à des débats sociétaux, à un constat de dérives de pratiques dans le recours à la sédation, à la tendance de ne voir que des cas isolés, médiatisés en les simplifiant pour alimenter le discours public tout en occultant la singularité et la complexité de ces situations, la SFAP avait rédigé en 2008 des recommandations pour « une sédation pour détresse en phase terminale dans des situations spécifiques et complexes ».

Il semble en premier lieu nécessaire de définir ce qu'est la sédation tout comme ce qu'elle n'est pas. ►►►

Selon la SFAP, la sédation est « la recherche par des moyens médicamenteux d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. »

Il est très important de différencier la sédation de l'antalgie et surtout de l'anxiolyse. En effet, l'anxiolyse n'a pas pour objectif d'altérer la vigilance du patient mais vise uniquement à atténuer une anxiété, « sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement » selon l'OMS.

Nous pouvons actuellement retenir deux types d'indications à une sédation en phase terminale.

- En premier lieu, la sédation pour complication aiguë engageant le pronostic vital immédiat. Ces situations sont de deux ordres: l'hémorragie cataclysmique et la détresse respiratoire asphyxique. La sédation aura alors pour but de soulager le patient de la pénibilité et de l'angoisse générées par cette complication aiguë. Il revient alors au médecin d'évaluer avec rigueur la probabilité de survenue de cet événement afin de pouvoir rédiger une prescription anticipée en ayant au préalable informé le patient et obtenu son accord si une sédation est envisagée. En phase terminale, selon le principe du double effet, le médecin assumera la possibilité que ce geste d'urgence puisse influencer sur le moment de survenue de la mort. La rigueur de l'évaluation du risque et son explication est primordiale pour que l'équipe, à même d'appliquer cette prescription, puisse être réactive dans l'intérêt

du patient tout en étant conforme avec la déontologie.

- En deuxième lieu la sédation pour symptômes réfractaires, qui entre dans le cadre de la loi et c'est ce sujet que l'on développera.

La pratique clinique nous conduit au constat que les situations justifiant un recours à une sédation terminale sont exceptionnelles et complexes. Cette décision ne doit jamais être prise dans l'urgence ni de façon isolée. La nécessité d'une procédure collégiale, obligatoire dans la loi, impose une temporalité de réflexion, essentielle et incontournable dans ces décisions tout comme le temps d'échange entre professionnels autour de la situation singulière du patient qui permet d'évaluer et de définir le caractère réfractaire de la souffrance.

Ce qui peut paraître contraignant, difficilement réalisable au premier abord pour des professionnels de santé, est pourtant incontournable pour la justesse de la décision qui en découlera.

Cette procédure collégiale, réunissant les différents professionnels intervenant auprès du patient va permettre de s'assurer que le cadre de la loi est respecté.

Elle permet déjà de confirmer le caractère grave et incurable de la maladie.

La loi précise aussi que le pronostic vital est engagé à court terme. Dans la loi, il s'agit de la phase terminale de la maladie, lorsque le décès apparaît inéluctable tout autant que imminent. Dans les débats parlementaires de la loi dite Claeys Léonetti, c'est un pronostic de quelques heures à quelques jours qui était évoqué. Si on se réfère aux recommandations internationales, on retrouve aussi la notion de quelques jours avec au maximum un pro-

nostic vital évalué à moins de deux semaines. Mais cette évaluation est complexe et difficile. Des indicateurs permettent de s'en approcher (atteinte d'organes vitaux, présence de certains symptômes tels la chute de la diurèse, les oedèmes, la dyspnée...). Mais c'est là aussi la confrontation pluri professionnelle au cours de la procédure collégiale qui permet de s'approcher au plus juste de cette évaluation du terme.

Si, à l'issue de celle ci, la conclusion n'acte pas un pronostic engagé à court terme, il n'est pas licite de s'engager dans une sédation profonde et continue. En effet, cela ferait courir le risque d'une agonie prolongée de plusieurs semaines. Pour autant, même si le décès n'est pas considéré comme imminent, il y a lieu de prendre en compte la souffrance réfractaire et peut être questionnée alors une sédation de profondeur proportionnée et réversible.

Enfin reste à définir ce qu'est une souffrance réfractaire.

C'est le terme de souffrance qui a été retenu dans la loi. Mais comment la définir ? Le concept de Total Pain en soins palliatifs, décrit par Cecily Saunders réunit les composantes physique, psychologique, sociale et spirituelle, toutes étroitement intriquées. Si l'évaluation objective des symptômes relève de notre formation de soignants, il est nécessaire d'y intégrer une part subjective majeure représentée par le patient au travers de ses valeurs, de ses représentations, de ses repères... On ne peut opposer cette souffrance physique et psychique à cette souffrance existentielle, tant elles sont interconnectées.

L'évaluation de la souffrance en fin de vie nécessite, par la collégialité et la pluri disciplinarité, une évaluation de l'état émotionnel, cognitif et de la dynamique psycho so-

ciale. Cette demande de sédation peut être sous-tendue par d'autres attentes : souhait de ne plus souffrir, peur du mourir, volonté de contrôler le mourir... C'est pourquoi il est primordial de respecter un délai suffisant et adapté au patient pour prendre en compte le caractère dynamique de la demande en fonction des ressources thérapeutiques adaptées et proposées.

Enfin il reste à définir le caractère réfractaire de la souffrance. Seul le patient, et uniquement lui, est à même de déterminer ce qui lui est insupportable. Mais c'est l'analyse multidimensionnelle effectuée lors de la procédure collégiale permettant la rencontre inter disciplinaire qui déterminera le caractère réfractaire, en s'assurant que tout a été proposé et/ou mis en œuvre pour soulager cette souffrance globale sans obtenir le soulagement escompté par le patient.

Dans sa rédaction, cet article de loi sur le droit à la sédation permet de poser les différentes étapes de réflexion autour d'une demande de sédation et impose de façon légale la temporalité et la collégialité nécessaire et obligatoire pour appréhender de façon professionnelle, éthique et humaine la demande en plaçant le patient dans son individualité et sa complexité au centre de la réflexion.

Toute la difficulté réside dans les propositions de prise en charge que l'on pourra développer et proposer lorsque l'évaluation collégiale, déterminant que la situation du patient ne répond pas aux critères législatifs, ne pourra permettre d'accéder « à la demande du patient ». Quels moyens alors mettre en œuvre pour poursuivre l'accompagnement de cette souffrance existentielle ? ■

■ SECRET MEDICAL, PSYCHIATRE ET PATIENT SUSCEPTIBLE DE SE RADICALISER

Un lieu de soins peut-il servir d'antenne de détection de la radicalisation terroriste ?

En regard des textes qui régissent le secret médical et face à l'extraordinaire complexité du problème qui se pose aujourd'hui aux sociétés occidentales, telle n'est sans doute pas la solution.

En ce sens les récents propos du ministre de l'Intérieur relatifs à une possible collaboration des psychiatres en vue de déceler des signes de radicalisation terroriste chez certains de leurs patients suscitent de la circonspection, voire une pointe d'hostilité de la part des soignants de terrain comme de l'institution ordinaire.

Dans un rapport adopté en janvier 2017¹, le Conseil national de l'Ordre des médecins estime que le signalement aux autorités par le praticien relève de sa responsabilité professionnelle et individuelle. C'est la conscience d'un danger imminent qui doit lui permettre de franchir le pas, quitte ensuite à fournir les éléments probants de justification.

Les dérogations possibles au secret médical existent déjà sans qu'il soit absolument nécessaire d'en ajouter d'autres. Ainsi l'article 223-6 du code pénal qui traite de l'obligation de signaler un danger potentiel dans les termes suivants :

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement de de 75 000 euros d'amende. »

En outre il faut prendre garde à ne pas créer, dans l'opinion publique, un climat de suspicion qui tendrait à assimiler tout patient psychiatrique à un terroriste en puissance.

¹ Conseil national de l'Ordre des médecins. « Risque terroriste et secret professionnel du médecin » - Rapport adopté lors de la session de janvier 2017.

■ SECRET MÉDICAL ET INCAPACITÉ DU MÉDECIN : UN ARRÊT DU CONSEIL D'ETAT

Certes et à bon escient, le secret médical reste, selon la jurisprudence, « général et absolu » dans notre pays et ses quelques exceptions sont notifiées de façon précise dans la loi.

Dans un tel contexte, la décision prise par la formation restreinte du Conseil national de l'Ordre des médecins de suspendre un confrère pour exercice dangereux, à la suite d'informations médicales couvertes par le secret et néanmoins transmises à ladite formation est-elle juridiquement fondée ?

Le Conseil d'Etat répond par l'affirmative dans son arrêt rendu le 7 juin 2017¹.

Selon la haute juridiction en effet, quand bien même les personnes à l'origine de la communication des informations au Conseil national se seraient rendues coupables du délit de violation du secret médical, la décision de suspension temporaire du praticien assortie d'une obligation de formation devant faire l'objet d'une évaluation régulière ne se trouve pas entachée d'irrégularité. Et les juges de rappeler par ailleurs que les membres de la formation restreinte du Conseil national en charge de ce jugement sont également astreints au secret médical.

Un tel arrêt ne prête guère à discussion selon nous et il ne portera pas davantage matière à

débat. Il est dans les missions régaliennes du Conseil national de l'Ordre de veiller à la plus complète capacité de chaque praticien à maîtriser son art.

Le secret médical ne saurait en aucun cas masquer un exercice dont il apparaît qu'il révèle une insuffisance professionnelle chez celui qui l'accomplit.

¹ Conseil d'Etat ; 4^{ème} et 5^{ème} chambres réunies ; n° 403567.
Lecture du 7 juin 2017

■ LE SECRET MÉDICAL DEVENU SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ

Le secret médical, avant la loi de santé du 26 janvier 2016, n'était partagé qu'entre professionnels de santé afin d'assurer la continuité des soins et d'envisager la meilleure prise en charge possible du malade concerné, sauf en cas d'opposition de ce dernier.

Depuis la loi de santé du 26 janvier et du décret du 20 juillet 2016, le secret devient désormais secret professionnel partagé avec d'autres professionnels du secteur social et médico-social (notamment assistantes sociales, ostéopathes, psychologies, psychothérapeutes, accompagnants éducatifs et sociaux, assistantes maternelles ..), à condition que ces professionnels participent tous à la prise en charge du même patient.

Ces informations partagées doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social du patient (nouvel article L.1110-4 du Code de la santé publique) et se limiter au périmètre des missions des professionnels concernés.

Le consentement du patient à cet échange et à ce partage d'informations doit être préalablement recueilli, sachant que ce dernier peut à tout moment s'y opposer. Le recueil préalable du consentement du patient, y compris de façon dématérialisée, doit se faire dans des conditions définies par décret après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Des règles particulières existent en cas de prise en charge par une équipe de soins, que la loi de santé définit comme un ensemble de professionnels dont l'exercice concourt à la prise en charge d'un même patient et qui, soit exercent dans le même établissement, soit se sont vus reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation d'actes prescrits par son médecin traitant.

■ SECRET MÉDICAL ET SUSPICION D'INAPTITUDE AU VOL CHEZ UN PATIENT PILOTE D'AVION

Le Conseil national de l'Ordre des médecins et la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC) ont souhaité mettre en place un procédé pratique destiné aux médecins traitants des pilotes d'aéronef.

Ce procédé permet au médecin, qui s'interroge sur l'existence d'un risque pour la sécurité aérienne en raison de l'état de santé d'un pilote, de solliciter, pour avis, un médecin aéronautique évaluateur de la DGAC, sans révéler l'identité du pilote concerné.

Vous êtes en relation avec un patient dont vous savez ou vous apprenez qu'il est un pilote d'aéronef et vous estimez que son état de santé (pathologie, thérapeutique ou addiction) n'est ►►

peut-être pas compatible avec l'exercice du pilotage.

Dans cette situation de doute sur l'aptitude au vol d'un pilote, vous pouvez, sans révéler l'identité du pilote concerné, contacter au numéro **06 25 32 33 98**, un médecin aéronautique évaluateur de la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC) qui répondra à vos interrogations.

Vous pouvez de plus contacter ce médecin par courriel à l'adresse suivante : « medaero-bf@aviation-civile.gouv.fr ».

Ce contact permettra un échange entre vous et le médecin évaluateur de la DGAC, celui-ci étant parfaitement à même d'identifier si la situation médicale rencontrée peut présenter des risques pour la sécurité des vols.

Ce contact, en conservant l'anonymat du pilote concerné, peut vous permettre de lever votre doute sur l'aptitude du pilote à ses fonctions. Il peut aussi vous conduire à convaincre le pilote d'une démarche auprès de son centre d'expertise médicale du personnel navigant ou son médecin agréé concernant sa situation médicale.

S'il vous apparaît cependant improbable que le patient engage cette démarche et si vous estimez que la situation le requiert (risque grave de mise en danger d'autrui que vous ne pouvez prévenir autrement, après avoir épuisé toute autre solution), il vous est alors proposé, conformément à la position du Conseil national exprimée dans son communiqué « Secret Médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui » du 3 avril 2015, en informant le patient, de faire part de vos préoccupations de façon nominative aux médecins évaluateurs de la DGAC.

Le secret médical est général et absolu, sauf dérogations prévues par la loi. Si vous estimez devoir déroger au secret, l'information transmise

au médecin évaluateur de la DGAC doit être limitée au strict nécessaire et la démarche proportionnée au danger actuel ou imminent.

En de telles circonstances, vous pouvez informer le conseil de l'Ordre des médecins de vos démarches sans dévoiler l'identité du patient.

¹ Se limiter aux éléments strictement nécessaires, telle que la prescription d'un arrêt de travail.

■ LES INCONDUITES À CARACTÈRE SEXUEL (ICS)

Rechercher l'intérêt du patient représente l'objectif principal et essentiel d'un médecin, défini il y a vingt cinq siècles par Hippocrate. C'est même le socle de l'éthique médicale, guidée par le principe de bienveillance vis à vis du patient entraînant celui de bienfaisance. On lit dans le Serment (traduction de Littré) : « Je dirigerai le régime des malades à leurs avantages...et je m'abstiendrai de tout mal ».¹

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE :

Article 2 (article R.4127-2 du CSP) : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer avec la mort ».

Article 3 (article R.4127-3 du CSP) : « Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine ».

Article 31 (article R.4127-31 du CSP) : « Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci ».

Le sens de « l'intérêt » des personnes malades, c'est celui de les respecter dans leur vie, leur corps, leur intimité, leur dignité. Les écrits d'Hippocrate sont explicites sur ces aspects et également sur les interdits auxquels sont confrontés les médecins. Parmi eux l'interdit de toute relation sexuelle avec le ou la malade, considéré comme un abus inacceptable, cet interdit s'étendant à toute personne de l'entourage du malade (les deux autres interdits étant le fait de donner la mort et le non respect du secret de l'échange médical avec le patient).

Cet interdit a été inclut explicitement dans le code de déontologie des médecins du Québec en novembre 2001. En France les principes éthiques et déontologiques qui implicitement peuvent évoquer cet interdit relèvent du respect de la vie et de la dignité de la personne (article 2 du code de déontologie médicale), des principes de moralité et de probité (article 3) et de la déconsidération de la profession (article 31). En dehors du code de déontologie médicale, le manuel d'éthique médicale de l'Association Médicale Mondiale rappelle depuis 2005 l'interdit absolu d'une relation intime entre malade et médecin. L'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme garantit également le droit au respect de la vie privée et familiale.

Or la relation médecin/malade, se faisant dans le cadre du soin, n'est pas une relation symétrique, l'un donne, l'autre est en position de recevoir, dans un état de vulnérabilité psychique et/ou physique du fait de sa maladie. Le terme même de « clinique » - qui vient du grec, kliné signifiant lit - est significatif : l'examen clinique est étymologiquement celui qui se fait au lit du malade. Certes l'évolution de la relation tend vers la correction de cette « asymétrie » qui caractérise la relation médecin/malade grâce à une information claire donnée au patient et à la recherche de son consentement éclairé aux soins prodigués.

Cependant la relation médecin/malade peut se modifier : ce qui liait jusqu'alors médecin et malade, qui était de l'ordre du soin, peut évoluer vers un autre type de lien. Le statut de médecin n'empêche pas la survenue d'une attirance physique. La juste distance s'impose alors, en maîtrisant son langage - verbal et corporel - : un regard trop appuyé, un geste anodin en apparence mais dont la pression est ressentie comme intentionnelle par le (la) malade, des termes familiers qui se répètent vont créer une ambiguïté qui jette le trouble instantanément dans la relation.

Le médecin doit savoir la gravité pour lui d'un passage à l'acte : en effet il peut être pour- ►►

MANUEL D'ÉTHIQUE MÉDICALE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, PAGE 42 :

Le caractère intime de la relation médecin / patient peut donner lieu à des attirances sexuelles. Une règle fondamentale de l'éthique médicale demande de ne pas céder à ces attirances. Le serment d'Hippocrate comporte la promesse que « dans toute maison où toute maison je serai appelé, je n'entre-rai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être à l'origine de tort ou de corruption, ainsi que d'établir des relations intimes avec des femmes ou des hommes, libres ou esclaves ». Ces dernières années, de nombreuses associations médicales ont réaffirmé l'interdiction de relations sexuelles entre le médecin et son patient. Les raisons de cette interdiction sont tout aussi valables aujourd'hui qu'elles l'étaient au temps d'Hippocrate, il y a 2500 ans. Les patients sont vulnérables et ont confiance qu'ils seront bien traités par leur médecin. Il se peut qu'ils ne résistent pas aux avances sexuelles du médecin par peur de ne pas recevoir le traitement médical nécessaire. De plus, une implication émotionnelle avec un patient peut avoir un effet défavorable sur le jugement clinique du médecin.

suivi aussi bien sur le plan déontologique que sur le plan civil et pénal. Chaque année nous sommes saisis de plaintes de patientes (il s'est agi de femmes plaignantes incriminant des médecins hommes et un médecin femme) pour comportement ambigu ou inadapté à connotation sexuelle, qui ont ensuite suivi la voie des condamnations ordinales et des instances judiciaires, entraînant des situations dramatiques pour les victimes et pour les auteurs de ces « conduites à caractère sexuel ».

Il s'agit donc, pour le médecin, de se prémunir contre le risque d'un passage à l'acte en étant averti des risques possibles. Du fait de la vulnérabilité potentielle du patient il doit s'abstenir de tout comportement ambigu à connotation sexuelle.

Afin d'informer et de sensibiliser les médecins et les étudiants aux risques des « inconduites à caractère sexuel » le Conseil National de l'Ordre des médecins a publié 10 recommandations de « bonnes pratiques »² :

- 1° Ne pas abuser de l'ascendant de la fonction de médecin notamment sur des patients vulnérables, du fait de leur état pathologique ou de leur situation, pour transformer la relation médicale en relation sexualisée.
- 2° Toujours, par une attitude de réserve consciente et de bonne tenue, sans familiarité déplacée, respecter la personne humaine et sa dignité.
- 3° Réserver le cabinet médical uniquement à la pratique médicale (prévention, soins, investigations para-cliniques, expertise).
- 4° Expliquer toujours le déroulement de l'examen au patient, en préciser le pourquoi et le comment, puis en recueillir le consentement.
- 5° Assurer l'intimité du déshabillage (box, paravent).
- 6° Envisager l'opportunité, en accord avec le patient, de la nécessité de la présence d'un tiers (proche du patient, étudiant, autre collaborateur tenu au secret professionnel).

CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS DU QUÉBEC :

Article 17 : Le médecin doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession, notamment envers tout patient, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif.

Article 22 : Le médecin doit s'abstenir d'abuser de la relation professionnelle établie avec la personne à qui il fournit des services. Plus particulièrement, le médecin doit s'abstenir, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

La durée de la relation professionnelle s'établit en tenant compte notamment de la nature de la pathologie, de la nature des services professionnels rendus et de leur durée, de la vulnérabilité de la personne et de la probabilité d'avoir à rendre à nouveau des services professionnels à cette personne.

7° S'abstenir d'un comportement ambigu (palpation, commentaires) et d'un jeu conscient de séduction.

8° Détecter les personnes à risques comme les séducteurs et érotomanes, clarifier la situation avec les patients et, si nécessaire, appliquer les dispositions de l'article 47 du Code de Déontologie Médicale qui permet au médecin, « hors cas d'urgence et le respect de ses devoirs d'humanité, de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles tout en informant le patient de sa décision et en transmettant au médecin désigné par

celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

9° Analyser la situation en étant à l'écoute de ses émotions pour les canaliser entre ce qui peut, ou ne peut pas, être vécu.

10° S'interroger sur ses actes, ses attitudes et, en cas de situation difficile, identifier la personne ressource comme un confrère, avec laquelle on peut, en confiance, en parler et bénéficier de l'écoute et de conseils, pour clarifier la situation.

¹ L'éthique médicale, principales évolutions au fil des siècles, du professeur Bernard Hoerni, Histoire des sciences médicales, tome XXXVII, n°3, page 331

² Docteur Gilles Munier, conseil national de l'Ordre des Médecins, section éthique et déontologie, page 8, bulletin CDO 92

■ ACTIVITÉS SPORTIVES ADAPTÉES SUR ORDONNANCE

L'article L. 1172-1 du code de la santé publique prévoit que, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant.

Le but de ces prescriptions est de permettre à des malades de découvrir une activité sportive adaptée à leurs pathologies, de la pratiquer avec un éducateur sportif formé à la pratique et enfin (ou surtout) de les engager ensuite dans une démarche sportive continue afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont ils sont atteints.

Les pathologies concernées sont précisées par le décret d'application de l'article loi-santé.

Les médecins prescripteurs sont les médecins de la médecine libérale ou hospitaliers (généralistes et spécialistes concernés).

Ce dispositif peut être mis en place dans toute commune disposant du budget, du personnel d'encadrement et des infrastructures nécessaires.

■ LE PROJET CAENNAIS

La ville de Caen a ainsi mis en place ce dispositif afin d'inciter les Caennais et plus particulièrement les seniors à la pratique d'activités physiques. Ceci s'intègre dans les priorités de santé en Basse-Normandie définies par l'ARS : Obésité, Diabète, Maladies Cardiovasculaires, Cancer. Le dispositif a été pensé avec le partenariat d'un comité de pilotage comprenant URML, Ordre des Médecins, ARS, DRJSCS, CHU, CPAM, CROS, UFR de Médecine, le RSI, la MSA, UFR STAPS.

Les orientations retenues à titre expérimental à partir de mai 2017 sont le diabète, les pathologies articulaires et les pathologies psychiatriques pour des patients stabilisés dans leur pathologie. A partir de septembre 2017 le dispositif sera élargi à la gestion du poids chez l'enfant.

Il est prévu l'accueil de 300 personnes par an, devant résider obligatoirement sur la commune de Caen. Le médecin prescripteur peut être généraliste, pédiatre, endocrinologue, psychiatre, rhumatologue.

La prise en charge est gratuite, non renouvelable, uniquement sur ordonnance d'un médecin. Le patient est accueilli par un éducateur sportif encadrant formé spécifiquement, sous la responsabilité d'un médecin référent ayant une spécialité médecine du sport.

Un livret de suivi a été créé pour permettre l'engagement de l'assiduité du bénéficiaire, l'efficacité du parcours adapté individuellement, ►►

une auto évaluation du patient, un encouragement à la mise en œuvre d'une pratique autonome au-delà des 30 séances encadrées.

L'activité comprend deux séances hebdomadaires en plus d'une incitation à la marche (20 minutes), dans deux activités différentes par semaine.

Un bilan de fin de séances sera réalisé afin d'évaluer le ressenti du patient et les effets de l'activité adaptée et un courriel sera adressé au patient à 6 mois et à 1 an de la sortie du dispositif pour évaluer sa poursuite d'activité sportive.

■ DÉCLARATION DES INCIDENTS MÉDICAUX

La dernière publication de l'Observatoire de la sécurité des médecins révèle une stabilité du nombre de déclarations enregistrées en 2015 : 924, contre 901 en 2014 et 925 en 2013.

Les agressions déclarées ont lieu de plus en plus souvent dans le cadre d'une activité en établissement de soins. Elles représentent désormais 22 % des incidents dont 14 % dans le secteur privé (contre 54 % dans un cabinet médical). On observe une disparité départementale avec une forte baisse du nombre d'agressions en Ile-de-France mais une hausse dans des départements ruraux avec 17 % des praticiens agressés en milieu rural, en augmentation de 3 points par rapport à 2014.

Les médecins généralistes représentent 65 % des praticiens ayant dû faire face à des violences. Cependant, parmi les médecins spécialistes, les médecins du travail arrivent désormais au deuxième rang des plus touchés par les agressions, juste après les ophtalmologues. Viennent ensuite gynécologues, dermatologues et psychiatres. Ceci est probablement lié à un

climat dans les entreprises qui n'est pas très favorable et un stress des salariés qui conduisent à une plus grande agressivité.

Selon l'enquête de 2015, parmi les médecins agressés, 45% de femmes et 55% d'hommes ; 51% des agresseurs sont les patients et dans 15% des cas ce sont des accompagnants.

L'origine des incidents est majoritairement liée à des reproches relatifs à la prise en charge (33%) puis viennent le temps d'attente jugé excessif (16%) et les refus de prescription (16%).

Les types d'incidents subis sont représentés par les agressions verbales (69%), les vols (19%), les agressions physiques (8%) et le vandalisme (8%).

En 2015, 924 déclarations d'agression ont été enregistrées. On estime pourtant qu'un médecin victime sur deux n'entame aucune démarche après son agression.

Les médecins doivent absolument déclarer les incidents. Et pour les actes pénalement répréhensibles, ils ne doivent pas avoir peur de porter plainte ni se laisser impressionner par des menaces. La convocation par les forces de l'ordre de la personne agressive a un effet dissuasif. Enfin, il faut absolument penser à alerter le conseil départemental de l'Ordre pour que les plaintes ne soient pas classées. ■

SOURCE :

Bulletin de l'Ordre national des médecins, n°46, novembre-décembre 2016 (Résultats 2015 de l'observatoire de la sécurité, enquête Ipsos basée sur un échantillon de 865 fiches de déclarations d'incident et menée sur le terrain entre le 1^{er} et le 31 décembre 2015.)

■ UNE NOUVELLE VOIE D'ADMISSION DANS LES FILIÈRES SANTÉ À L'UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE

La grande conférence de la santé (<http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/grande-conference-de-la-sante/>) a préconisé de poursuivre et renforcer les expérimentations de la première année commune aux études de santé (PACES). Des expérimentations alternatives à la PACES sont déjà en place dans quelques universités françaises et le ministère de l'enseignement supérieur a souhaité étendre ce dispositif à de nouvelles universités. Le dispositif mis en place à l'Université de Caen Normandie à partir de la rentrée 2017-18 comportera un volet réorientation et un volet passerelle (alter-PACES) permettant une admission en 2^{ème} année des études médicales, pharmaceutiques, ou maïeutiques d'étudiants ayant validé 2 ou 3 années de 1^{er} cycle dans un autre parcours.

La réorientation consiste à proposer précocement une autre formation aux étudiants dont les chances de réussite sont considérées comme nulles (selon des critères statistiques) après un 1^{er} concours PACES (primants) ou après le 1^{er} semestre d'un 2^{ème} concours PACES (redoublants). Ce dispositif, déjà permis par la réglementation, sera appliqué dès la prochaine rentrée mais les étudiants seront accompagnés dans leur parcours de réorientation (choix, intégration dans la formation de destination, suivi pédagogique).

L'alter-PACES est un dispositif original dont l'objectif est de diversifier le profil et le par-

cours des étudiants pour les études en santé. Ainsi, tous les étudiants ayant validé en première session une 2^{ème} ou 3^{ème} année de licence à l'Université de Caen Normandie, quelle que soit la licence, scientifique ou littéraire, pourront prétendre à ce nouveau dispositif. La sélection se fera en deux temps : (1) présélection sur dossier suivi d'un entretien courant février de la 2^{ème} ou 3^{ème} année de licence ; (2) validation en juin d'une unité d'enseignement complémentaire de mise à niveau, en grande partie en formation en ligne. A l'issue de cette sélection, l'étudiant pourra poursuivre en 2^{ème} année des filières maïeutiques, médicales ou pharmaceutiques. Le nombre de places dédiées à ce dispositif sera au maximum de 10% (puis 15%) du nombre de places de chacune des filières médecine, pharmacie et maïeutique. Les places non pourvues seront réattribuées au concours PACES.

Cette nouvelle voie d'admission devrait contribuer à amener une majorité d'étudiants attirés par ces filières à se projeter dans des parcours personnels et professionnels dans le domaine de la santé. En effet, un certain nombre d'étudiants ne sont attirés par les filières santé que plus tardivement après avoir effectué une ou plusieurs années dans une autre licence. Elle permettra également à de bons étudiants motivés, que le passage par la PACES pourrait décourager, de pouvoir s'engager dans une filière santé.

Annie Benhaim (responsable du 1^{er} cycle des études médicales), Stéphane Allouche et Pascale Schumann-Bard (responsables PACES), Evelyne Giffard (directrice de l'école de maïeutique), Michel Boulouard (directeur adjoint de l'UFR Santé), Emmanuel Touzé (directeur de l'UFR Santé), Pierre Denise (président de l'Université Caen Normandie). ►►

■ UN NOUVEAU DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE : «PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES, VERS LA BIEN TRAITANCE »

En 2017 a été créé le premier diplôme inter universitaire (DIU) dédié à la prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance.

Dès 2018, ce DIU va participer à la politique de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes.

La décision de créer ce diplôme est née de la volonté de briser le silence et la solitude des patientes, mais aussi celle des soignants face à des situations émotionnelles déstabilisantes.

Cette première formation continue destinée aux seuls soignants répond aux exigences des lois françaises et européennes de 2014 en matière de violences faites aux femmes. Elle est le maillon manquant entre la réalité des violences et les soins.

Vous pouvez consulter le site suivant : « unmailonmanquant.org »

L'enseignement est dispensé pour le moment au sein des Universités de Grenoble, Montpellier-Nîmes et Paris Descartes.

■ DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'OSTÉOPATHIE CLINIQUE ET FONCTIONNELLE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CAEN

La Faculté de Médecine de Caen organise un Diplôme Universitaire d'Ostéopathie Clinique et Fonctionnelle réservé aux internes en médecine et médecins souhaitant se former à une thérapeutique complémentaire concernant la prise en charge du rachis et de l'appareil locomoteur, non enseignée au cours du deuxième cycle.

Ce Diplôme Universitaire d'Ostéopathie Clinique et Fonctionnelle est agréé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, et à ce titre il est habilité à délivrer le titre National d'Ostéopathe.

En partenariat avec le Gemmo-Normandie, cet enseignement réalisé au sein de la Faculté de Médecine et du CHU de Caen, est l'un des seuls en France à proposer une formation complète délivrant à son terme le titre d'Ostéopathe à ses étudiants, leur permettant ainsi la prise en charge des actes pratiqués par les mutuelles.

Celui-ci se déroule sur 10 séminaires (le samedi) par an pendant 3 ans. ■

Enseignement Universitaire

Cette nouvelle rubrique dans le bulletin 2017 reprend pour tous des questions posées individuellement au secrétariat du Conseil tout au long de l'année :

Q. Je suis convoqué par la police à propos d'un patient. Dois-je me rendre à cette convocation ? Qu'en est-il du secret professionnel ?

R. Vous êtes tenus de vous rendre à la convocation de la police mais, à toute question concernant le patient, vous devez répondre que le secret professionnel vous empêche de révéler une information le concernant. (Les dérogations au secret médical existent mais elles ont exceptionnelles et peuvent être consultées sur le site du Conseil départemental ou national). En cas d'enquête la police, diligentée par le Procureur de la République, peut toujours être amenée à effectuer une saisie de dossier, effectuée alors systématiquement en présence d'un membre du Conseil départemental.

Q. Je fais l'objet d'une doléance... Quel est exactement le rôle du Conseil de l'Ordre ?

R. La doléance correspond à l'expression écrite des motifs de mécontentement d'un(e) patient(e) à l'encontre d'un médecin, adressée à l'Ordre des médecins. Il s'agit le plus souvent d'une demande de renseignements ou d'explications. Le Conseil transmet alors le courrier au médecin qui envoie ensuite ses explications au Conseil ; celui-ci transfère sa réponse au patient(e). Soit - et c'est ce qui se passe dans la majorité des cas - le patient est satisfait des informations reçues et la doléance s'arrête là, soit, s'il ne l'est pas, la doléance se transforme en plainte. Rappelons encore une fois que l'immense majorité des doléances est liée à un manque de communication entre le médecin et son patient(e)...

Q. J'ai été agressé(e) au cabinet par un patient. Je souhaite porter plainte à son encontre : l'Ordre peut-il m'accompagner dans ma démarche ?

R. Oui. L'Ordre peut avoir un rôle de soutien juridique. Vous devez effectivement porter plainte, ce qui entraînera une enquête (contrairement au simple dépôt d'une main courante qui ne fait qu'enregistrer le fait de l'agression) auprès du Procureur de la République. L'Ordre assure également un rôle de soutien moral dans ce qui est toujours vécu comme un traumatisme. ■

De Septembre 2016 à Juin 2017

Ont été inscrits

■ Afin d'exercer en médecine libérale

- **Dr BOUCHER Julie**
ST ANDRE/ORNE - Médecine Générale
- **Dr CARABOI Liviu Nicolae**
LE MOLAY LITTRY - Médecine Générale
- **Dr DRAGHICI Gabriella**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr GRESSELIN Claire**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr JENNESSEAU Idalie**
CAEN - Dermatologie
- **Dr JONES Frédérique**
BAYEUX - Gynécologie-obstétrique
- **Dr LEQUET Julie**
CAEN - Chirurgie Générale
- **Dr LETELLIER Thibaud**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr MAGUARIAN Anaïs**
DEAUVILLE - Médecine Générale
- **Dr MANDON Maria**
CAEN - Gynécologie-Obstétrique
- **Dr MARTIN Guillaume**
VILLERS/MER - Médecine Générale
- **Dr NATIVELLE Sébastien**
LISIEUX - Médecine Générale
- **Dr OSMOND Richard**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr RABIAZA Andry**
DEAUVILLE - Médecine Générale
- **Dr SIMON Justine**
LA GRAVERIE - Médecine Générale
- **Dr SMAALI Hassen**
LISIEUX - Chirurgie urologique
- **Dr TURBAN Anne**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr ZERGA Nadir**
VARAVILLE - Médecine Générale
- **Dr ZUFFI Andrea**
CAEN - Cardiologie

■ Avec des fonctions salariées

- **Dr ABOU KASSEM Firas**
CHU
- **Dr ALEMANY Antoine**
PST
- **Dr AMBROISE Béatrice**
CHU
- **Dr ARDOUIN Pierre**
CHU
- **Dr ARDOUIN Claire-Marie**
CCAS
- **Dr AZZOUZ Nazim**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr BALDOLLI Aurélie**
CHU
- **Dr BANSARD Mathieu**
CHU
- **Dr BARBIER Charlotte**
CHU
- **Dr BAUDART Pauline**
CHU
- **Dr BAULIN Jean-Michel**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr BEN HAMMOUDA Arsalène**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr BENTURKIA Harrag**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr BERRO Mada**
CHU
- **Dr BEYEME ONDOUA Jean-Paul**
CHU
- **Dr BIGNON Mathieu**
CHU
- **Dr BINTENER Tania**
CHU
- **Dr BOUDIN Guillaume**
CH LISIEUX
- **Dr BROSSIER David**
CHU
- **Dr BUIA Geoffrey**
CHU
- **Dr CABÉ Nicolas**
CHU
- **Dr CAUCHEPIN Yannick**
Consultant Fondation de la Miséricorde
- **Dr CAUVIN Léa**
CH QUEMAUVILLE
- **Dr CHAUFORIER Laure**
CH CRICQUEBOEUF et CHU
- **Dr CHAUSSAVOINE Laurent**
CHU
- **Dr CORBINAIS Stéphane**
Centre François Baclesse
- **Dr COSSÉ Yves**
CH BAYEUX et CHALENCON
- **Dr COSTA Bertrand**
CH FALAISE
- **Dr COUDRAY Hélène**
EPSM et CHU
- **Dr EMILE George**
Centre François Baclesse
- **Dr ENOUF Simon**
CHU
- **Dr EROUART Stéphane**
ARS
- **Dr ETEVE-VAN DER SCHUEREN Marie**
CHU

■ Avec des fonctions salariées (suite)

- **Dr EUDE Claire**
CHU et CH LISIEUX
- **Dr EYMERI Manuel**
CH LISIEUX
- **Dr FEYEUX Cécile**
CH BAYEUX
- **Dr FOULON Arthur**
CHU
- **Dr FRANCOUAL Julie**
CHU
- **Dr GARMi Rachid**
CHU
- **Dr GERARD-BRISOU Axel**
CHU
- **Dr GIANNOLA Alessandro**
PST
- **Dr GOURSAUD Suzanne**
CHU
- **Dr GUIMAS Manuel**
CHU
- **Dr GUILLON-METZ Françoise**
CH FALAISE
- **Dr GUILLOUET Mathilde**
PMI
- **Dr GUITTON Julie**
CHU
- **Dr HODZIC Amir**
CHU
- **Dr HOW KIT Nicolas**
CHU
- **Dr ISORNI Jean-Baptiste**
EPSM
- **Dr JOALLAND Fanny**
CHU et CH AVRANCHES-GRANVILLE
- **Dr JOHNSON Alison**
Centre François Baclesse
- **Dr JOURANI Latifa**
CH CRICQUEBOEUF
- **Dr JOULAUD Olivier**
CH LISIEUX
- **Dr KAO William**
Centre François Baclesse
- **Dr LAFOSSE Marion**
Centre François Baclesse
- **Dr LALANGE Marjorie**
CH BAYEUX
- **Dr LAMINE Jean-François**
CH VIRE
- **Dr LANOT Antoine**
CHU
- **Dr LAQUAY Nathalie**
CHU
- **Dr LE SANT Camille**
KORIAN IFS
- **Dr LECADET Alizée**
CH AUNAY SUR ODON
- **Dr LECOINTRE Dominique**
Médecin Conseil Chef de service CPAM
- **Dr LEFEVRE Annie**
CMAIC
- **Dr LEMASSON Marion**
CH FALAISE
- **Dr LEMETAYER Charlotte**
CHU CAEN et CH AVRANCHES
- **Dr LEPOUPET Marie**
CHU
- **Dr LEVILAND Charlène**
CHU
- **Dr LEVY Johanne**
CHU
- **Dr LUCET Antoine**
CHU
- **Dr LUND-GHEWY Lauriane**
CH LISIEUX
- **Dr MADIGAND Jérémie**
CHU
- **Dr MARC Marine**
CHU et CH LISIEUX
- **Dr MEYER Emmanuel**
Centre François Baclesse
- **Dr MOUTEL Grégoire**
CHU
- **Dr MULAC-VAUCLAIR Eléonore**
Centre François Baclesse
- **Dr NIMPA TBOUGOU Prosper**
CHU
- **Dr OZIOL Florence**
PSA PEUGEOT CITROEN
- **Dr PERSYN Christophe**
CHU
- **Dr PEYROCHE Lucie**
CH BAYEUX
- **Dr PHILBERT Stéphane**
CHU
- **Dr PICARD Camille**
CHU et CH ST LO
- **Dr RABOUTET Charlotte**
Centre François Baclesse
- **Dr REBOURSIERE Emilie**
CHU
- **Dr ROBERT Hélène**
CHU et CH ARGENTAN
- **Dr RUSINESCU Cosmin**
PST
- **Dr SAUVAGE Emeline**
CHU
- **Dr SEIGNEUR Régis**
Centre François Baclesse
- **Dr SEGARD-CHABIN Sophie**
CHU et CH CHERBOURG
- **Dr SIGAUD Florian**
CHU
- **Dr SURMONT Noëlla**
Santé Scolaire
- **Dr TAGER Pia**
CHU
- **Dr THIRIEZ Claire**
CHU
- **Dr TROCHON Charlotte**
CHU et CH CHERBOURG

■ Avec des fonctions salariées (suite)

- Dr TRUMIER Louis-Simon

CH BAYEUX

- Dr VILLOT Anne

CHU

- Dr VALLET Antoine

EPSM

- Dr VAUDREUIL Lionel

CHU

Sans exercer dans l'immédiat ou avec des activités intermittentes (remplacements...)

- Dr ABOU KASSEM Amani
- Dr AIT SAID Khelifa
- Dr ANTONELLI Maxime
- Dr AYGE Gwénaëlle
- Dr BARRÉ Romain
- Dr BENREJDAL Sofia
- Dr BLANCHETIERE Hélène
- Dr BLONDEAU Philippe
- Dr CHÉQUEL Mathieu
- Dr CODASTEFANO RANGEL Jean Piero
- Dr DE LA BROUSSE Thérèse
- Dr DELATOUCHE Nelly
- Dr DENIEL Johanna
- Dr DUBOIS Anthony
- Dr DUCELLIER-MACHADO Dominique
- Dr EUDES Yohann
- Dr EUDIER Harold
- Dr EVE Ségolène
- Dr FAISANT Maxime
- Dr FAUCHEUX Noémie
- Dr FONTENEAU Vincent
- Dr GALLIOU Georges
- Dr GAUBERTI Antoine
- Dr GAUDIN François
- Dr GRANDIN Paul-Emmanuel
- Dr HADDAD Dany
- Dr LANCESSEUR Pauline
- Dr LAURENDIN Séverine
- Dr LEFEBVRE Marion
- Dr LEGUEVAQUES Cécile
- Dr LEMENAGER Paul
- Dr MONERIE Magalie
- Dr NGONDARA Pierre
- Dr OLIVRY Elisabeth
- Dr PAPADOPOULOU Konstantina
- Dr PARIENTE Sandrine
- Dr PAVEL Monica-Eléna
- Dr TESNIERE Audrey
- Dr TOMEY ABEDUL Juan Carlos

Médecins retraités

- Dr BUCHOU Jacques
- Dr DEMONTROND Bernard
- Dr DERANGERE Giselle

Exercent désormais en médecine libérale

- Dr ALLABERT-FEUILLETTE Chloé
DEAUVILLE - Dermatologie
- Dr AZAR Marcel
VIRE - Médecine Générale
- Dr BENNIA Karim
DIVES SUR MER - Médecine Générale
- Dr CHAMI Issam
CAEN - Médecine Générale
- Dr CHAMI Khaled
CAEN - Cardiologie
- Dr CUNY Catherine
CAEN - Pédiatrie
- Dr CUNY Florence
CAEN - ORL
- Dr COTTENCEAU Damien
NOYERS BOGAGE - Médecine Générale
- Dr DUPONT Isabelle
CAEN - Psychiatrie
- Dr FAROY-MENCIERE Bibiane
CAEN - Anatomie et Cytologie
- Dr FAROY-MENCIERE Bibiane
CAEN - Anatomie et Cytologie
- Dr FELISAZ Aurélien
CAEN - Chirurgie Vasculaire
- Dr FLEURY Alexandre
SAINT SYLVAIN - Médecine Générale
- Dr GOMMARD Frédéric
FLEURY SUR ORNE - Médecine Générale
- Dr GONCALVEZ Pascal
THURY HARCOURT - Médecine Générale
- Dr GRANDIN Audrey
CAEN - Médecine Générale
- Dr GUILLOUET Anne
LUC SUR MER - Médecine Générale
- Dr HANOUSZ Nathalie
CAEN - Chirurgie orthopédique
- Dr IDALI Moussa
CAEN - Cardiologie et Maladies Vasculaires

Exercent désormais en médecine libérale (suite)

- **Dr JORET Cédric**
CAEN - Cardiologie et Maladies Vasculaires
- **Dr LAGNIEL-METIVIER Adeline**
ST GERMAIN LABLANCHE HERBE - Médecine Générale
- **Dr LEBLANC François**
CAEN - Gynécologie-Obstétrique
- **Dr LECRIVAIN Vincent**
CAEN - Anesthésie-Réanimation
- **Dr LETELLIER Sarah**
IFS - Médecine Générale
- **Dr LETERTRE Mathilde**
BAYEUX - Médecine Générale
- **Dr LUBIN Camille**
CAEN - Pédiatrie
- **Dr MABIRE-AMER Léa**
DEAUVILLE - Cardiologie
- **Dr MUNIER-LAUDE Corinne**
CAEN - Psychiatrie
- **Dr NATHAN Patrick**
DEAUVILLE - Médecine Physique
- **Dr NGO Minh**
CAEN - Médecine Générale
- **Dr NOEL Caroline**
CAEN - Radiodiagnostic
- **Dr PENNIELLO Marie-José**
HEROUVILLE - Neurologie
- **Dr PIPON Brigitte**
CAEN - Gynécologie et Obstétrique
- **Dr POIDEVIN Jérôme**
TILLY SUR SEULLES - Médecine Générale
- **Dr RIED Johanne**
AUNAY/ODON - Médecine Générale
- **Dr ROBERT-HADDOUCHE Aïni**
CAEN - Endocrinologie
- **Dr SALMERON Rafaël**
LISIEUX - Médecine Générale
- **Dr TANQUEREL Caroline**
FONTAINE ETOUPEFOUR - Médecine Générale
- **Dr TOKAYEVA Leyla**
SAINT CONTEST - Pédiatrie
- **Dr TRUONG Minh-Huy**
HEROUVILLE - Médecine Générale

Changement de modalité d'exercice

- **Dr ABBAS Mohamad**
EPSM
- **Dr ABOO Sophie**
CHAUNAY/ODON
- **Dr AIDE Nicolas**
CHU
- **Dr ALHAZZAA Samir**
CHVIRE
- **Dr BENAZZA Abderrahmane**
Sans activité
- **Dr BERL Hélène**
PMI
- **Dr BILLON Anne**
CH BAYEUX
- **Dr BOSCHER Isabelle**
Médecin Conseil CPAM
- **Dr CAP François**
CHU, remplacements (Rpts) et régulation
- **Dr CARAES Bertrand**
Rpts
- **Dr CAUCHARD François**
EHPAD St PIERRE/DIVES
- **Dr CHARBONNIER Fabienne**
Thalazur OUISTREHAM
- **Dr CHAUMET Sophie**
Sans activité
- **Dr COSTE Pierre**
Médecin de prévention Service de Santé des Armées
- **Dr DARON Marine**
ARS
- **Dr DESCHAMPS-BERGER Pierre-Hervé**
Rpts
- **Dr DOREY Henri**
Rpts
- **Dr DUCHEMIN Soazig**
Régulation
- **Dr FAIZ Stéphanie**
Fondation de la Miséricorde
- **Dr FAUCK Sandie**
EHPAD LISIEUX
- **Dr FILIPOV Tzvetan**
Rpts
- **Dr FLORESCU Liviu**
CH BAYEUX + CAC
- **Dr GIRARD Anne**
Rpts
- **Dr GUESDON Nathalie**
EHPAD IFS et GRAINVILLE/ODON
- **Dr GUILLEMAIN Thomas**
Rpts
- **Dr HAVARD Charlie**
Rpts
- **Dr HEMERY-GRAND-JEAN Virginie**
CH BAYEUX
- **Dr HUREL-GILLIER Catherine**
CHU et Centre François Baclesse
- **Dr IZARD Jean-Philippe**
PST
- **Dr JAMOUS Yves**
CHVIRE
- **Dr JANVIER Charles**
Rpts
- **Dr JOUVE-SEBE Bernadette**
Sans activité
- **Dr KAMEL Anne**
ARS
- **Dr KOUYOUMDJIAN Laurence**
EHPAD DOZULE
- **Dr LAMOUREUX Jean-Etienne**
CH BAYEUX
- **Dr LALOUX Justine**
Sans activité

Changement de modalité d'exercice (suite)

- **Dr LARIGAUDERIE Laurence**
EHPAD CAMBREMER et CCAS
- **Dr LASNON Christine**
Centre François Baclesse
- **Dr LE BLAY Marion**
PMI
- **Dr LE HOUZEC Dominique**
CAMSP AUNAY/ODON
- **Dr LE ROY Jean-François**
EHPAD AUNAY/ODON
- **Dr LEFRANCOIS Nathalie**
Santé Scolaire
- **Dr LEMAITRE Claire**
EHPAD CAEN
- **Dr LEMIERE Mathilde**
Centre de Réadaptation Fonctionnelle CAEN
- **Dr LETERRIER Claude**
Association médicale contre l'exclusion
- **Dr MAHIER Nicoleta**
Santé Scolaire
- **Dr MOULIN Peggy**
MSA
- **Dr OLIVEIRA Frédéric**
Sans activité
- **Dr ORABONA Marie**
Centre François Baclesse
- **Dr PHELIPEAU Franck**
EHPAD
- **Dr PINOCHE Isabelle**
CH LISIEUX
- **Dr PLOYET Sandrine**
EHPAD EVRECY
- **Dr POMAR Philippe**
CHAUNAY/ODON
- **Dr POUDOLEC Bertrand**
Académie de Caen
- **Dr RICHARD Alice**
Rpts
- **Dr ROTBART-PIQUARD Martine**
Rpts
- **Dr SCHUPP Christian**
Fondation de la Miséricorde
- **Dr SIEGSMUND Bernard**
Rpts
- **Dr SOULARD Didier**
Fondation de la Miséricorde et CHU
- **Dr TAROT-LE COUTOUR Agnès**
Médecin « conseil supervision »
- **Dr THIBAUT-LANDEMORE Julie**
Santé Scolaire
- **Dr THIBIER Gérard**
Expertises
- **Dr VIVIER Sandrine**
CMAIC
- **Dr WAIN-HOBSON Julien**
Rpts
- **Dr WATELET Bénédicte**
CH LISIEUX et CHU
- **Dr ZAMARA-MOULIN Françoise**
CH FALAISE

Changement d'adresse professionnelle

- **Drs BAYARD,CHANTELOUBE et DAIREAUX, PLANTET-BESNIER**
47 rue de Vaucelles
CAEN
- **Dr EDY Eric**
CH Privé St Martin
CAEN
- **Drs EKPO, RIVIERE, ROSELEUR**
9 rue de la Dives
ST PIERRE/DIVES
- **Dr FRILEY Isabelle**
La Bruyère 2
TOURNAY/ODON
- **Dr GOSSELIN Martine**
9 rue Roger Bastion
CAEN
- **Dr GUILLET Johann**
Pôle Santé Argouges
BAYEUX
- **Dr HIEAUX Philippe**
30 rue du Centre
BONNEBOSQ
- **Dr JOSSET Didier**
175 rue Roger Aini
LISIEUX
- **Dr JOURDAIN Delphine**
Rue de la Canée
ST REMY SUR ORNE
- **Dr KAMPF-MAUPU Flaviane**
1 bis quai des Gabarres
PONT L'EVEQUE
- **Dr LAPORTE Fabien**
11 rue Chénédollé
VIRE
- **Dr LE CAM Jean-Paul**
14 rue Gustave Flaubert
MOYAUX
- **Dr LE CORRE Jacqueline**
2 rue Suzanne Lacore
GOUVIX
- **Dr LEBOUCHER Olivier**
41 av Père de Foucauld
CAEN
- **Dr LETESSIER Valérie**
14 rue Guyon de Guercheville
HEROUILLE ST CLAIR
- **Dr LOYGUE Marjorie**
3 rue Choron
CAEN
- **Dr NOAISSEH Fawaz**
130 rue Henry Chéron
CAEN
- **Drs MORICE-NOTINI A. et NOTINI A.**
10 rue Jane Addams
ST CONTEST
- **Dr POISSON Franck**
10 rue de Courtonne
CAEN
- **Dr SAUSSEY Elsa**
149 rue de la Délivrande
CAEN
- **Dr SERGENT Bernard**
15 av. Pierre Mendès-France
CAEN

Changement d'état civil

- Le Docteur **HADDOUCHE Aïni** *exerce désormais sous le nom de* **ROBERT-HADDOUCHE**.
- Le Docteur **JACOB-BODEREAU** *exerce désormais sous le nom de* **JACOB**.
- Le Docteur **MOCANU Nicoleta-Tatiana** *exerce désormais sous le nom de* **MAHIER**.

Retraite

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| • Dr ALBESSARD Franck | • Dr EDOUARD-SOUBLIN Sylvie | • Dr LERAT Philippe |
| • Dr BANNIER Daniel | • Dr GALLARD Jean-Claude | • Dr LESAUNIER François |
| • Dr BARRE Dominique | • Dr GIRARD René | • Dr LEVILLAIN-DANJOU Annette |
| • Dr BENOIT Jean-Yves | • Dr GIRARD Anne | • Dr MAIZA Michel |
| • Dr BESSELIEVRE Brigitte | • Dr GOUDAL-MENARD Catherine | • Dr MAUGAIS Patrick |
| • Dr BONNET Robert | • Dr GRIEU Philippe | • Dr MAUGER Jacques |
| • Dr BOITTIN Denis | • Dr GUESTRE Michel | • Dr MERCIER Alain |
| • Dr BOLLEE Laurent | • Dr GUINCHARD Marie-Claude | • Dr NEE Elisabeth |
| • Dr BREARD Monique | • Dr GUYOT Bernard | • Dr NGUYEN Hieu Nghia |
| • Dr BREFORT Jean-Louis | • Dr HOLLMAN Marie-Alice | • Dr PELLELRIN Jean-François |
| • Dr BRIERE Jacques | • Dr HURET Bruno | • Dr PENVERNE Didier |
| • Dr BRIOCHE Jean-Edouard | • Dr LAGET Pierre-François | • Dr PERRET Jacques |
| • Dr BUSSON André | • Dr LAGOUTTE Claude | • Dr POCHEAU Danièle |
| • Dr CSECH Jérôme | • Dr LAMARQUE D'ARROUZAT Thierry | • Dr PREVOT Hervé |
| • Dr DANIEL Alain | • Dr LARCHET Blandine | • Dr QUESNEY Alain |
| • Dr DEMOLIN Christian | • Dr LE BRUN Bertrand | • Dr SCHMITT Jean-Luc |
| • Dr DENNEL Myriam | • Dr LE MAITRE Béatrice | • Dr THOMASSIN Claude |
| • Dr DESTRIBOIS Lionel | • Dr LE MAUFF Roland | • Dr VASSEUR Michèle |
| • Dr DUCOULOMBIER Bertrand | • Dr LEHOT-DELMAS France | • Dr VILLEDIEU Bernard |
| • Dr DURAND Jean-Paul | • Dr LEPORT Yves | |

Départ

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| • Dr ABASSI Mourad | • Dr ASZALOS Stanca | • Dr BEGOT Victorien |
| • Dr ABOU KASSEM Abdelfattah | • Dr AVRAM Roxana-Alina | • Dr BENAZZOUZ Ahmed-Amine |
| • Dr AGOGUE Alix | • Dr AZAR Michel | • Dr BENIDIR Abdelkarim |
| • Dr AMELINE Anne-Gaëlle | • Dr BALEYTE Jean-Marc | • Dr BESSELAT Anne-Marie |
| • Dr AMELINE Tony | • Dr BALEYTE Tsellina | • Dr BEUZELIN Nathalie |
| • Dr ANASTASIOU Ioannis | • Dr BANSARD Mathieu | • Pr BIENVENU Boris |

Départ (suite)

- Dr BILLET Alexandre
- Dr BOISSELIER Clément
- Dr BOR-ANGELIER Catherine
- Dr BOUILLER Jean-Paul
- Dr BRINTET Isabelle
- Dr BRUGIERE Charlotte
- Dr CAILLOT Aude
- Dr CARLIER Julia
- Dr CHELARESCU Oana
- Dr CHOPINAUD Marianne
- Dr CLAEYS Delphine
- Dr COLAS Christine
- Dr COLLON Sylvie
- Dr CONTIVAL Nicolas
- Dr CORMIER Hélène
- Dr CROSSE Julien
- Dr DAGO-AKRIBI Nathalie
- Dr DECHANET Fabien
- Dr DELAUNAY Julie
- Dr DESMEULLES Isabelle
- Dr DU PENHOAT Alexandre
- Dr DUFFAUD Élisabeth
- Dr DUFRANC Julie
- Dr EDY Patrick
- Dr GARNIER Vincent
- Dr GRIGORIU Mircea
- Dr GUENEUC Alexandra
- Dr GUITTON Julie
- Dr HADJ SLIMANE Mehdi
- Dr HAIVAS Alina
- Dr HAUMONT Thierry
- Dr HAY Paul-Emile
- Dr HERBINIERE Martin
- Dr HODJE Christiane
- Dr JAMARD Albane
- Dr KHAYAT André
- Dr KIRECHE Bérengère
- Dr LABBE François
- Dr LAMOTTE Guillaume
- Dr LANCHON François
- Dr LE BERRE Cécile
- Dr LE GAL Sophie
- Dr LE HELLO Claire
- Dr LE MARCHAND Sophie
- Dr LECOEUR Raphaël
- Dr LEMAITRE Agathe
- Dr LEPORT Mathilde
- Dr MANICKA-CICHECKA Hanna
- Dr MARIE Nathalie
- Dr MARS Claire
- Dr MATUSSIÈRE Corinne
- Dr MAZOUNI Tahsin
- Dr MICHEL Murielle
- Dr RENAUD Emmanuelle
- Dr RINEAU Bénédicte
- Dr SALELLES Solène
- Dr SAVAIN Jean-François
- Dr SEGUIN Amélie
- Dr SENK Clara
- Dr TANVEZ Anne-Mathilde
- Dr TAPE André-Arcadius
- Dr THELUSME Liliane pour la Guyane
- Dr TRICAUD Elise
- Dr TRUONG Jean
- Dr TSOBGNY-SWIZE King-Frank
- Dr VERWAERDE Charles Antoine

Retrait du tableau

- Dr BARECKI Andrzej
- Dr CHAMBON Jacques
- Dr DENIZET Danielle
- Dr DUMAS Michel
- Dr GOLSE Marie-Madeleine
- Dr JULLICH Joël
- Dr LECOURSONNOIS Claude
- Dr LEROY Gilles
- Dr LEROY Pierre
- Dr RAOULT-GUILLOUET Christelle
- Dr ROLLET Max
- Dr SAMIR Samar
- Dr SIMON Jean-Philippe
- Dr VAN TORHOUDT Anne-Marie

Qualifications

ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Dr BINTENER Tania
Dr GALLIOU Georges
Dr GOURSAUD Suzanne
Dr LAFOSSE Marion
Dr LEMETAYER Charlotte
Dr MULAC-VAUCLAIR Eléonore
Dr PERSYN Christophe

BIOLOGIE MÉDICALE

Dr GUITTON Julie

CARDIOLOGIE
ET MALADIES VASCULAIRES

Dr ARDOUIN Pierre
Dr AZZOUZ Nazim
Dr CHAUFOURIER Laure
Dr CHEQUEL Mathieu
Dr HODZIC Amir
Dr SEGARD-CHABIN Sophie
Dr TAGER Pia

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Dr AIT SAID Khelifa
Dr AMBROISE Béatrice
Dr BUIA Geoffrey
Dr FRANCOUAL Julie
Dr LUCET Antoine
Dr VAUDREUIL Lionel

CHIRURGIE INFANTILE

Dr HADDAD Dany
Dr NIMPA TBOUGOU Prosper

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
ET TRAUMATOLOGIE

Dr CHERCHI Laurent
Dr LE PETIT Cédric
Dr SEBILO Aude

CHIRURGIE THORACIQUE
ET CARDIOVASCULAIRE

Dr DESGUE Julien

CHIRURGIE UROLOGIQUE

Dr GULERYUZ Kerem

CHIRURGIE VASCULAIRE

Dr FELISAZ Aurélien

DERMATOLOGIE ET VENEREOLOGIE

Dr MARC Marine
Dr PICARD Camille

GENETIQUE MEDICALE

Dr MOLIN Arnaud

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Dr FOULON Arthur
Dr JONES Frédérique
Dr VILLOT Anne

GÉRIATRIE

Dr GUERET Dorothée

HÉMATOLOGIE
OPTION MALADIES DU SANG

Dr REBOURSIERE Emilie

MEDECINE DU TRAVAIL

Dr FUSIBET Catherine
Dr GIANNOLA Alessandro
Dr IZARD Jean-Philippe
Dr RUSINESCU Cosmin

MÉDECINE GÉNÉRALE

Dr ABOU-KASSEM Firas
Dr ANTONELLI Maxime
Dr BANSARD Mathieu
Dr BARRÉ Romain
Dr BENREJDAL Sofia
Dr BLANCHETIERE Hélène
Dr BOUDIN Guillaume
Dr CARABOI Liviu Nicolae
Dr CHAUSSAVOINE Laurent
Dr DELATOUCHE Nelly
Dr DENIEL Johanna
Dr DUBOIS Anthony
Dr DUCELLIER MACHADO Domi-
nique
Dr ENOUF Simon
Dr EUDE Claire
Dr EUDES Yohann

Dr EUDIER Harold
Dr EVE Ségolène
Dr FAUCHEUX Noémie
Dr FONTENAU Vincent
Dr GAUDIN François
Dr GHEWY Lauriane
Dr GRANDIN Pierre-Emmanuel
Dr GUILLOUET Mathilde
Dr JOULAUD Olivier
Dr LANCESSEUR Pauline
Dr LAURENDIN Séverine
Dr LE SANT Camille
Dr LECADET Alizée
Dr LEFEBVRE Marion
Dr LEGUEVAQUES Cécile
Dr LEMENAGER Paul
Dr LEPOUPET Marie
Dr LETELLIER Thibaud
Dr MAGUARIAN Anaïs
Dr MONERIE Magalie
Dr PEYROCHE Lucie
Dr RABIAZA Andry
Dr SIGAUD Florian
Dr SIMON Justine
Dr SURMONT Noëlla

MEDECINE INTERNE

Dr BALDOLLI Aurélie
Dr JOALLAND Fanny

MÉDECINE PHYSIQUE
ET RÉADAPTATION

Dr LEVY Johanne
Dr SAUVAGE Emeline

NEPHROLOGIE

Dr LANOT Antoine

NEUROLOGIE

Dr BERRO Mada

ONCOLOGIE OPTION MÉDICALE

Dr JOHNSON Alison

ONCOLOGIE RADIOTHERAPIE

Dr KAO William
Dr MEYER Emmanuel

Qualifications (suite)

OPHTALMOLOGIE

Dr PAPADOPOULOU Konstantina

PÉDIATRIE

Dr ARDOUIN Marie-Claire

Dr AUGÉ Gwénaëlle

Dr BROSSIER David

Dr LALANGE Marjorie

PNEUMOLOGIE

Dr GUIMAS Muriel

Dr TROCHON Charlotte

PSYCHIATRIE

Dr CABÉ Nicolas

Dr COUDRAY Hélène

Dr ISORNI Jean-Baptiste

Dr MADIGAND Jérémy

Dr TRUMIER Louis-Simon

Dr VALLET Antoine

RADIOLOGIE ET IMAGERIE
MÉDICALE

Dr ABASSI Mourad

Dr GERARD-BRISOU Axel

Dr HOW KIT Nicolas

Dr RABOUTET Charlotte

RHUMATOLOGIE

Dr BAUDART Pauline

Dr LEMASSON Marion

Capacités

ACUPUNCTURE

Dr ALLART-CAMUS Solange

GÉRONTOLOGIE

Dr PHELIPEAU Franck

Dr AZOURI Karen

Dr GUERET Dorothée

MÉDECINE DE CATASTROPHE

Dr CHAPLAIN Emilie

Dr ROBERT Hélène

Dr ROUPIE Eric

D.E.S.C.

ANDROLOGIE

Dr CLERGEAU Antoine

CANCEROLOGIE

OPTION TRAITEMENTS MÉDICAUX
DES CANCERS

Dr DOERFLER Arnaud

Dr TILLOU Xavier

MÉDECINE D'URGENCE

Dr DETROUSSEL Maud

Dr OSMOND Richard

Dr ROBERT Hélène

MÉDECINE VASCULAIRE

Dr JEANCOLAS Julien

MÉDECINE DU SPORT

Dr HERVIEU Thaïs

D.I.U. - D.U.
ATTESTATIONS

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Dr MABIRE-AMER Léa

ÉCHOCARDIOGRAPHIE

Dr ARDOUIN Pierre

Dr AZZOUZ Nazim

Dr CHAUFORIER Laure

Dr HODZIC Amir

Dr SEGARD CHABIN Sophie

Dr TAGER Pia

ÉCHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE
ET OBSTÉTRICALE

Dr LEBLANC François

Dr MANDON Marie

Dr VILLOT Anne

ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE
PÉDIATRIQUE

Dr TOKAYEVA Leyla

EXPERTISE DU DOMMAGE
CORPOREL

Dr BEDOS Christophe

Dr TRANQUART Philippe

MÉDECINE MANUELLE
ET OSTÉOPATHIE

Dr EUDE Claire

Dr EVE Ségolène

Dr LEFEBVRE Marion

Dr SAUVAGE Emeline

REPARATION JURIQUE
DU DOMMAGE CORPOREL

Dr FAISANT Maxime

Dr VAN DOORNE Laurence

DROIT D'EXERCICE
COMPLÉMENTAIRECANCEROLOGIE OPTION CHIRURGIE
CANCÉROLOGIQUE

Dr LASNE-CARDON Audrey

Dr LOAEC Marjorie

Dr ROGER Vivien

MÉDECINE D'URGENCE

Dr CHAMI Issam

MÉDECINE PALLIATIVE

Dr JOSSOME Anne-Sophie

IN MEMORIAM

Décès de février 2016 à juin 2017

17 février 2016 : le Docteur FLAMBARD Roger, ayant exercé comme médecin hospitalier, spécialiste en Psychiatrie, en région parisienne jusqu'en 1999 puis inscrit à notre Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 82 ans.

18 mars 2016 : le Docteur GODFROY Jacques, inscrit à notre Tableau comme médecin retraité en 1994, est décédé à l'âge de 88 ans.

9 août 2016 : le Professeur Gilles GROLLIER, ayant exercé au CHU comme spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires à partir de 1979, est décédé à l'âge de 66 ans.

9 août 2016 : le Docteur PERUS Jean-Pierre, ayant exercé comme médecin généraliste dans le cadre de l'AEMO de 1966 à 1999 puis inscrit à notre Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 79 ans.

27 août 2016 : le Docteur LANGEARD Jean-Pierre, ayant exercé comme Gynécologue Obstétricien à CAEN de 1956 à 1990 puis inscrit au Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 88 ans.

12 septembre 2016 : le Docteur LEVE-NEUR-MOSQUET Anne, exerçant comme médecin généraliste à CAEN à compter de 1995, est décédée à l'âge de 54 ans.

12 septembre 2016 : le Docteur TROPRES Pierre, ayant exercé comme médecin généraliste à SAINT SEVER de 1976 à 2005 puis inscrit au Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 71 ans.

12 septembre 2016 : le Docteur BEQUIGNON Jacqueline, inscrite à notre Tableau comme médecin retraitée depuis 2015, est décédée à l'âge de 80 ans.

15 novembre 2016 : le Docteur PIQUERY Alain, exerçant comme médecin généraliste à CAEN depuis 1985, est décédé à l'âge de 60 ans.

23 novembre 2016 : le Docteur TAYLOR Philippe, ayant exercé comme chirurgien à VIRE de 1963 à 1990 puis inscrit au Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 90 ans.

12 février 2017 : le Docteur GUILLEMAN Jean-Roger, ayant exercé comme médecin généraliste à ARGENCES de 1970 à 1999 puis inscrit au Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 74 ans.

18 février 2017 : le Docteur BERTRAND Henri, ayant exercé comme médecin généraliste à CAEN de 1980 à 1985 puis au CHU de CAEN jusqu'en 2000, inscrit à notre Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 77 ans.

18 février 2017 : le Docteur CASTEL André, ayant exercé comme médecin généraliste à CAEN de 1953 à 1983 puis inscrit au Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 94 ans.

17 mars 2017 : le Docteur MERITAN Jean-Pierre, ayant exercé la médecine générale à SAINT CONTEST de 2001 à 2012, dans la MANCHE jusqu'en 2015 puis comme médecin remplaçant dans notre département, est décédé à l'âge de 64 ans.

IN MEMORIAM (SUITE)

Décès de février 2016 à juin 2017

22 mars 2017 : le Docteur TARTIERE Jack, ayant exercé au CHU comme Anesthésiste-Réanimateur jusqu'en 2012 puis inscrit au Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 68 ans.

10 mai 2017 : le Docteur BARTOLUCCI Jean-François, exerçant comme médecin généraliste à TILLY-SUR-SEULLES depuis 1983, est décédé à l'âge de 62 ans.

19 juin 2017 : le Docteur BEAUFILS Roger, ayant exercé la médecine générale au MOLAY LITTRY de 1954 à 1986 puis inscrit à notre Tableau comme médecin retraité, est décédé à l'âge de 99 ans.



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

Bureau :

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

Membres :

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

