

Lost in hypertension !

Voici quelques décades les bons vieux diurétiques et en particulier en France l'hydrochlorothiazide étaient incontournables tant en première intention qu'en association dans le traitement de l'HTA.

Ils étaient tellement efficaces et bien tolérés (la surveillance de la kaliémie est simple) que les firmes pharmaceutiques impliquées les associèrent aux bêtabloquants, aux IEC et plus récemment aux ARAL.

Ils étaient tellement efficaces et bien tolérés ces vieux diurétiques, qu'avec la bénédiction de nos amis néphrologues (qui n'ont peur de rien... ni des fortes doses de diurétiques, ni des kaliémies qui s'élèvent, ni d'associer IEC et sartan, du moment que l'on sauve du rein !!!) que nous avons vu récemment apparaître des associations de sartan et de forte dose d'hydrochlorothiazide... pour permettre à nos patients d'atteindre les cibles des recommandations. La messe était dite ? Que non !

Derrière l'HTA se terrait le "risque", avec l'espoir soulevait par HOPE, confirmé par EUROPA, sous l'ombre de PEACE vite dissipée. Alors traitons le risque...

Une grande étude ONTARGET (26000 patients à haut risque) a failli foutre en l'air la partie : l'adjonction de Telmisartan au traitement antihypertenseur de fond n'était pas inférieure à l'adjonction de ramipril en terme de survenue d'évènements cardiovasculaires (décès cardiaque, IDM, AVC, et hospitalisation pour insuffisance cardiaque). Mais surtout, l'analyse du sous groupe de patients à haut risque cardiovasculaire de l'étude ONTARGET intolérants aux IEC, n'a pas pu malheureusement versus placebo (faux placebo puisque les patients recevaient d'autres traitements préventifs CV) démontrer une

efficacité sur la prévention des évènements cardiovasculaires. Des mauvaises langues ricanèrent et par un raccourci méthodologique conclurent que le sartan ne valait guère mieux que le placebo ! Mais le Telmisartan réduisait le critère principal de l'étude HOPE, sauvant in fine la mise ! Ouf ! Vive la "tension" et vive le risque !

Arrivés à ce point, les gentils cardiologues n'allaient donc pas et à juste titre jeter les "derniers nés" sartans et l'eau du bain antihypertensif. Alors diurétiques, IEC, ou ARAL, ou combinés ?

En 2008 un ACCOMPLISHement divin se produisit : sur 11500 patients ayant une HTA systolique isolée l'association benazepril - amlodipine a montré sa supériorité sur l'association benazepril - hydrochlorothiazide sur un vaste critère composite (-19% p=0.001 : décès CV, IDM, AVC, hospitalisation pour angor instable, et mort subite). Mais cette supériorité ne s'est démasquée que pour une différence d'1 petit mmHg ! Certes nous savons que chaque mmHg compte ! Mais est il suffisant pour expliquer la différence ? Vive la TA ou vive le risque ?

L'affaire se complique donc...

Alors même qu'une nouvelle révolution s'annonce : les inhibiteurs directs de la rénine, tant attendus par nos maîtres hypertensiologues, sorciers du SRAA qui tentent d'en percer les secrets intimes. De nouvelles péripéties en vue, avec des exercices de supériorité, de non infériorité, d'équivalence, des batailles de mmHg et de réduction d'évènements CV, pour le bien être... de nos patients, qui bon an mal an vont de mieux en mieux... A moins qu'un vaccin vienne mettre fin aux débats...



- AGENDA**
- **ACCA Amicale des Cardiologues de la Côte d'Azur**
Mardi 2 Juin / Grand Hôtel Aston / Nice
Cardio Sud "Réunion cardio- pneumologique sur HTAP" Pr E. Ferrari et Dr Lemoine / CHR Nice Pasteur
Contact : drs.pierre@wanadoo.fr ou http://acca06.fr/
 - **ACE**
Samedi 16 mai / Matinée / Linslerhof
"La fibrillation auriculaire sous tous ses états"
Samedi 6 juin / Matinée / Nancy
"Comment explorer l'artère en échographie en 2009 ?"
Contact : Secrétariat ACE
Tél. 03 83 18 90 92 / Fax 03 83 18 90 93
 - **AORTICS / Samedi 16 mai**
"Cardiologie du sport : HTA et sport"
avec le Pr Carré / Rennes et le Dr Verdier / Paris
42160 - Château Bouthéon
Contact : lucien.denis1@9online.fr
 - **ARHOCARD / What's up**
14 mai / Lyon
 - **ASCCO / Dijon**
Mardi 12 mai
"Echo de l'insuffisance cardiaque (travail sur consoles portables)" / Dr Lafitte / Bordeaux
Jeudi 25 Juin
"Histoire naturelle et prise en charge du RA asymptomatique" / Pr Alec Vahanian
Contact : ascco.fmc@gmail.com
 - **Amicale des Cardiologues du Bassin de l'Adour**
le 11 juin Nouveautés en angioplastie
Dr O. Darremont / (Clinique St Augustin) Biarritz
le 26 Juin Réunion UFCV Echocardiographie
Dr P. Dehant ou Chauvel - Bidart
Contact : Luc Brottier luc.brottier@wanadoo.fr
 - **Congrès des Ateliers de Pratique du Collège**
8 au 9 mai / Hôtel Majestic / Cannes
Quelle imagerie pour quels patients en 2009 ?
 - **CNCF / Congrès national d'automne**
Du 8 au 10 octobre
Palais des Congrès / Paris
 - **ELECTRA 2009 / Journées du Groupe ST**
5^{ème} journées pratiques de rythmologie et de stimulation cardiaque.
26 au 28 novembre
Villa Massalia / Marseille
Inscription : www.electralesite.com
 - **Groupe des cardiologues de l'ESSONNE**
Jeudi 14 mai : "Nouvelle approche pour l'inhibition du système rénine angiotensine"
Un Jeudi de juin :
"Pathologie de l'aorte thoracique et abdominale"
Contact : haquin.gerard195@orange.fr
 - **IVUS 7 / Congrès d'Echo-doppler vasculaire**
Du 18 au 20 juin / Marseille
Org. et inscript. : serge-cohen@wanadoo.fr

MAI 2009
N°7

EDITO

Dominique GUEDJ-MEYNIER
Présidente du CNCF



Chers Amis,
La News vous accompagne de Nice 2008 à Cannes 2009 où nous jetons l'ancre les 8 et 9 mai sans oublier Paris où nous nous retrouverons tous ensemble du 8 au 10 octobre pour notre Grand congrès d'Automne au Palais des Congrès.

Nous sommes toujours porteurs de beaux projets pour la cardiologie libérale ; Notre carte du Collège, notre News, nos What's up, nos vidéotransmissions, identifient bien le CNCF.

Nous nous voulons proches de vous, de vos problèmes quotidiens et nos congrès se doivent de refléter tant cette difficulté de la pratique quotidienne que les techniques les plus aventureuses que vous pouvez avoir à manier.

A Cannes, notre Congrès tourne autour de l'imagerie dans la "vraie vie" des cardiologues libéraux, et malgré la crise notre congrès se veut encore plus beau que l'an dernier avec toujours fidèles des experts merveilleux, à leur tête Marie Christine Malergue.

Merci de vos réponses pour les observations que nous mettons en place actuellement tant Colhyge que Optidial, la News vous en donne des nouvelles régulières et... la boîte à idées continue à fonctionner.

Merci à Chiesi, notre partenaire, de nous aider à être encore plus proches de vous. Nous vous espérons très heureux à Cannes. A bientôt au soleil.

"Le monde est une comédie pour ceux qui pensent, et une tragédie pour ceux qui sentent"

Horace

FOCUS

• Marc FERRINI, Président d'ARHOCARD

ARHOCARD Association Rhodanienne de Cardiologie

L'Association Rhodanienne de Cardiologie (ARHOCARD) a été créée en 1998 sous l'impulsion du Docteur Dominique JOCTEUR-MONTROZIER alors président du Syndicat des cardiologues du Rhône, dans le but de fédérer les cardiologues libéraux autour d'une offre de formation médicale continue indépendante et de qualité. Son rattachement au CNCF fut officialisé dès 1999.

Son bureau, composé des Docteurs Stéphanie Mosnier, Christian Bellon, Marc Ferrini, Jacques Marie, Didier Rousson, Jean-François Thizy et Bernard Veyre, décide des thèmes de formation médicale continue. 2 à 3 réunions par an sont organisées avec le soutien de l'industrie pharmaceutique, dans le respect du libre choix des thèmes et des orateurs par l'association qui compte actuellement 65 membres actifs.

ARHOCARD a eu l'honneur d'organiser le 17^e congrès national du CNCF qui s'est déroulé à Lyon en Octobre 2005 et qui a permis de réunir la grande famille de la cardiologie libérale dans notre métropole.

Un point important de son action consiste en la collaboration régulière avec nos collègues hospitalo-universitaires représentés par le Professeur Jacques BEAUNE et maintenant le Professeur Xavier ANDRE-FOUET. Cette volonté, commune, a permis de mettre en place en parfaite parité des journées de FMC ouvertes à l'ensemble de la cardiologie Rhône Alpes et Auvergne. C'est ainsi que les "Cardios Rhône-Alpes-Auvergne" regroupant CHU et associations libérales de Saint Etienne (AORTICS) et Grenoble (A.C.L.A.) ont vu le jour et représentent actuellement l'évènement annuel incontournable de l'enseignement post-universitaire régional. La dernière édition, le 28 novembre 2008, a regroupé près de 150 cardiologues, qui ont pu participer à des ateliers tout au long de la journée, leur offrant une formation en petites groupes menés par 3 experts. La formule semble avoir séduit l'ensemble des inscrits qui trouvent là un outil d'apprentissage où l'interactivité est privilégiée. Le bureau travaille déjà sur l'organisation des

prochaines journées qui auront lieu le 27 novembre 2009, avec l'aide précieuse et indéfectible de Jacques Machecourt, André Cassagne et Karl Isaaq. Tout cela en attendant l'automne 2011, où ARHOCARD aura de nouveau la joie d'accueillir le 23^e congrès national du CNCF ! L'histoire continue...



Le bureau de l'ARHOCARD

Le tour de France des associations PARIS / intra-muros

S.C.O.P
(Société des Cardiologues de l'Ouest Parisien)
Président / James KADDOUCH
6 villa Monceau - 75017 PARIS
01 43 80 03 13 / 01 43 80 58 35
jamesdak@hotmail.com

A.C.E.P
(Association des Cardiologues de l'Est Parisien)
Président / Guy KHAZNADAR
4 boulevard Voltaire - 75011 PARIS
01 47 00 77 88 / 01 43 57 44 74
guy.khaznadar@wanadoo.fr

Amicale des Cardiologues de Paris et RP
Présidents / Olivier Hoffman, Léon Ouazana
18 avenue Lowendal - 75015 PARIS
01 47 34 30 33 / 01 45 67 17 37
leon.ouazana@wanadoo.fr

Document réalisé avec le soutien de CHIESI S.A.



SUR LA TOILE... DU RYTHME !

• Jacques CHEVRIER, Epinal

- **ESC 2006 - Fibrillation auriculaire**
<http://www.sfcardio.fr/scripts/documents/fibrillationauriculaire2006.pdf>
pour tout savoir sur la FA !
- **ESC 2006 - Arythmies ventriculaires et prévention de la mort subite**
<http://www.sfcardio.fr/scripts/documents/TDRventricetpreventionmortsu2006.pdf>
un sujet délicat et une décision difficile...
- **ACC/AHA 2006 - Scientific statement on the evaluation of syncope**
<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/113/2/316>
pour faire le point sur un problème clinique quotidien

KEZACO / Réponse

• Marie-Christine MALERGUE, Paris

Une épreuve de contraste par voie veineuse périphérique est réalisée, en utilisant un contraste ayant la propriété de passer la barrière pulmonaire et opacifier les cavités gauches (Sonovue). Le contraste opacifie la cavité ventriculaire gauche et en même temps cette néo cavité, sans extension dans le péricarde (fig.2).



Fig.2 :
A gauche :
Epreuve de contraste avec opacification de la zone arrondie correspondant à un petit faux anévrisme.
A droite :
Contraste ventriculaire gauche avec calcul de la fraction d'éjection en 4 cavités.

REPOSE : Cela est en faveur d'un petit faux anévrisme très localisé, en communication directe avec la cavité sans extension péricardique. Les produits de contraste, dits de seconde génération, sont particulièrement utiles en cas de mauvaise échogénéicité, afin de déterminer au mieux les volumes et la cinétique régionale. Ils sont également très utiles pour l'analyse régionale en cas de stress sous dobutamine. Le doute sur une image intra cardiaque en particulier à la pointe (thrombus, ventricule gauche non compacté) est largement facilité par le contraste intra ventriculaire gauche. Dans notre cas clinique, la stabilité hémodynamique de la patiente, la fonction ventriculaire gauche conservée nous a incité à avoir une attitude attentiste sans indication actuelle opératoire.

www.ncnecardio.org

La Vie du Collège - N°7 - Mai 2009
Présidente de publication : Dominique GUEDJ MEYNIER
Directeur de publication : Maxime GUENOUN.
Rédacteur en chef : Alain WAJMAN.
Comité de rédaction : P. ARNOLD, J. CHEVRIER, O. HOFFMAN, G. KHAZNADAR, F. SILHOL.
Conception : Danos - Graphisme/Illustration

LES URGESTES

• Serge COHEN, Marseille

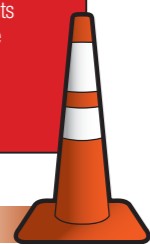
Sélection des malades à haut risque en chirurgie non cardiaque

Les critères de LEE* :

- Age > 70 ans
- Diabète
- Coronarien (angor, IDM, PAC, ACT)
- Ondes Q
- Antécédents d'AVC
- Insuffisance rénale chronique

* Il faut certainement rajouter l'insuffisance cardiaque... Des travaux tout récents montrent la grande valeur prédictive du dosage du NT-proBNP effectué 30 jours avant l'intervention

Lee et al. Circulation, 1999 ; 100.



Le score de LEE : algorithme 1

Age > 70 ans
Diabète / Maladie coronaire / Ondes Q / Antécédents AVC / IRC :

- 0 - 1 facteur : Chirurgie sans exploration
- 2 à 6 facteurs
Echographie de Stress : Scintigraphie
- Malades Symptomatiques : Coronarographie

Le score de LEE : algorithme 2

Echographie de stress / Scintigraphie :

- Négatifs : Chirurgie sans précaution
- Positifs et Seuil ischémique haut : Ischémie < 20% / Béta-bloquants
- Positifs et Seuil ischémique bas : Ischémie > 20% / Coronarographie ? Revoir l'indication

PRATIQUE

• Jean Pierre HUBERMAN, Houilles

Un petit outil pour un grand service !



Sauvegardez les données de votre mobile...

Vous n'avez pas installé le programme de sauvegarde de votre téléphone et vous avez perdu ou cassé votre portable avec toutes ses données à l'intérieur : contacts, calendrier... C'est désormais de l'histoire ancienne grâce à la sauvegarde sur Internet haut débit : il suffit de se rendre sur le site internet www.pleex.com, de vérifier la compatibilité de son téléphone puis de rentrer son numéro de mobile, son nom, et cliquer sur le lien dans le SMS reçu puis installer Pleex (petite application JAVA) ; en un clic le carnet d'adresses du téléphone est alors transféré en ligne.

Pleex est gratuit (hors coût opérateur) / version Premium, 14.90 € pour 13 mois.

Pleex est sécurisé : vos données data sont cryptées et vous êtes la seule personne habilitée à y avoir accès.

Pour sauvegarder votre répertoire automatiquement via le réseau data de votre opérateur, lancer Pleex sur votre téléphone, cliquez sur "Synchroniser votre répertoire". Vous pourrez alors accéder à votre répertoire une fois identifié sur pleex.com.

Vous pouvez restaurer votre répertoire à tout moment sur votre téléphone. Lancer Pleex sur votre téléphone, cliquez sur "Synchroniser votre répertoire" puis sur "Restaurer".

Vous pouvez gérer via le site web de Pleex votre répertoire (ajout, modification, suppression) : pour synchroniser votre répertoire, lancer Pleex et restaurer votre carnet d'adresse. Pour récupérer vos contacts après changement de téléphone, aller sur www.pleex.com en utilisant votre nouveau mobile, se connecter avec le numéro de téléphone (indicatif 33, sans 0) et le mot de passe utilisé lors de votre inscription. Aller en bas sur le lien "Télécharger Pleex". Suivez les instructions et Pleex sera réinstallé sur votre mobile : vous pouvez ensuite restaurer vos contacts en utilisant PLEEX.

PLEEX : Une solution simple qui vous permet la gestion et la restauration de vos contacts sans soucis.

LE CHIFFRE DU MOIS

d'Olivier HOFFMAN

51

51% c'est le nombre de patients hypertendus traités et contrôlés en France C'est à dire ayant atteint les objectifs tensionnels < 140/90 mmHg.

Bouteille à moitié vide ou à moitié pleine ? Bravo à cette petite majorité de médecins, cardiologues et patients à l'objectif, pour leur adhésion et leur compliance aux traitements. JMTA dec 2008

• Alain WAJMAN, Paris

ETUDE...

OPTIDUAL

Le traitement anti-agrégant plaquettaire est indispensable chez tout coronarien. Les recommandations internationales préconisent, après la mise en place d'un stent actif, une bithérapie aspirine + clopidogrel pendant au moins 9 à 12 mois. Mais après ? On ne sait pas.

L'étude OPTIDUAL, PHRC national en collaboration avec le CNCF, se propose de répondre à la question de la poursuite de la bithérapie dans ce contexte. L'étude va randomiser 2000 patients ayant bénéficié de la mise en place de tout stent actif (quelque soit sa marque). Les patients seront randomisés entre 9 et 15 mois après la mise en place du stent. Ils seront soit sous aspirine seule, soit sous bithérapie aspirine + clopidogrel de façon prolongée.

Vous êtes les bienvenus pour participer à cette étude nationale si vous pensez pouvoir inclure au moins 5 pts.

Contactez nous par mail à optidual@gmail.com et nous vous répondrons.

CHECK LIST de l'AIT en 10 points

- 01 Basé sur l'interrogatoire du patient et idéalement d'un témoin de l'épisode
- 02 Début brutal (déficit neurologique instantané)
- 03 Parésie faciale (asymétrie faciale brutale constatée ou confirmée par un témoin)
- 04 et/ou Déficit moteur unilatéral d'un ou deux membres
- 05 et/ou Trouble du langage (dysarthrie ou aphasie)
- 06 et/ou Trouble de la vue d'un côté (amaurose unilatérale ou hémianopsie latérale homonyme)
- 07 Absence de céphalées, convulsions, perte de connaissance
- 08 Durée : typiquement moins d'1h (dans 90% des cas)
- 09 Imagerie cérébrale normale
- 10 D'autres symptômes neurologiques (troubles sensitifs, vertiges) peuvent être observés au cours d'authentiques AIT, mais ils sont beaucoup moins spécifiques que les symptômes précédents.

Une IRM cérébrale de diffusion anormale, un âge supérieur à 60 ans, la présence de facteurs de risque vasculaires (HTA, diabète...) et une durée de l'AIT supérieure à 1h augmentent nettement le risque de survenue à court terme (jours) d'un AVC ischémique constitué.

Un déficit > 1h est en faveur d'une lésion cérébrale constituée : AVC ischémique ou hémorragique, hématome sous dural chronique, tumeur, abcès...

Certains pièges diagnostiques sont à éviter :

- Une perte de connaissance isolée ou une crise d'épilepsie isolée ne doivent pas être considérées comme la manifestation d'un AIT.
- Hémiplégie ou aphasie post critique (phénomène de Todd) : déficit neurologique précédé d'une perte de connaissance en rapport avec une crise comitiale secondairement généralisée.
- Migraine avec aura : ATCD de migraine avec aura, déficit moteur, visuel et/ou du langage progressif en 30mn, suivi de l'apparition d'une hémicranie pulsatile controlatérale puis récupération neurologique avec persistance des céphalées (typiques habituelles) plusieurs heures
- Symptomatologie non organique (conversion hystérique...) Emotion déclenchante, ATCD psychiatriques, examen neurologique discordant ou absence de PF constatée au moment de l'épisode.
- Diplopie isolée révélatrice d'une myasthénie (rare, survenue à l'effort, régression au repos)

• François NICOLI, Marseille

COLHYGE La nouvelle étude du CNCF dans l'hypertension artérielle

Registre des hypertendus suivis en cardiologie libérale.

Stratégie thérapeutique pour les patients non contrôlés avec suivi prospectif spécifique.

Recrutement de 500 cardiologues investigateurs

Mise en place : début 2009
Vous pouvez encore être investigateur.
Contact : info@cncardio.org

LES CARDIOLOGUES ONT LA PAROLE

Interview du Dr Khaled Lanouar

par Alain WAJMAN



Dr Khaled Lanouar, RP

Quel est votre mode d'exercice ?

Khaled Lanouar : Associé depuis 20 ans en RP dans une clinique médicochirurgicale avec accueil des urgences, hémodyalise et un service d'oncologie, je garde aussi des vacances hospitalière. L'avantage est de disposer sur place de toutes les explorations non invasives et avoir un accès rapide au labo, à la radiologie et au scanner et IRM, ce qui très appréciable pour le patient. En contre partie une disponibilité est nécessaire pour répondre à tout instant aux demandes des collègues (urgentiste, anesthésistes, chirurgien...) et on doit assurer les astreintes...

Quel avenir pour la cardiologie libérale ?

KL : Il me semble que la cardiologie de ville va de plus en plus s'orienter vers ce type d'exercice avec le développement des services d'urgence en hospitalisation privée. La part de l'imagerie représente environ 50% des actes réalisés.

Les points noirs ?

KL : Les charges de plus en plus importantes et des revenus moins attractifs. Enfin la pression de plus en plus pesante du "médico-économiquement" correct, imposé par des non médecins ainsi que le consumérisme et la "juridisation" ambiante rendent la profession médicale moins attractive. Les contraintes d'emploi du temps, avec les astreintes... Tout ceci entraîne une charge de travail très importante qui laisse peu de place à la FMC qui est pourtant nécessaire...

Vous avez dit FMC ?

KL : Elle est multiforme : abonnements, internet +++, réunion FMC et quand cela est possible congrès (ESC, SFC, et CNCF). Les points forts de la FMC, c'est qu'elle est très conséquente en cardiologie tant sur la forme (internet, papier, DVD, réunions, congrès etc...) que sur la diversité des choix. En revanche, elle n'est pas organisée ni évaluée. Chacun "picore" en fonction de ses préférences, de ses possibilités horaires et /ou géographiques et non en fonction des ses possibles "lacunes". On pourrait imaginer une

FMC, toujours non imposée, avec un système de modules et de niveaux successifs étalés sur une certaine période, donnant droit à une sorte de "diplôme" (sur le type de la formation en anglais médical par exemple ou des certificats universitaires, en plus light !). Elle devra être adaptée au mode d'exercice libéral et indépendante, organisée par le CNCF, un peu sur le mode des EPP.

Le CNCF que représente-t-il pour vous ?

KL : 2 choses : Il est indépendant et représentatif car proche du terrain, basé sur un tissu d'amicales régionales et donc très à l'écoute des cardiologues sans interférence ! Son ancrage territorial lui permet d'initier toute sorte d'études intéressantes.

Un organisme de FMC solide adapté au cardiologue libéral qui permet en outre de rencontrer des collègues d'autres régions dont le mode d'exercice peut être différent et de favoriser les échanges.

Et la newsletter du CNCF ?

KL : Je la lis avec plaisir ; une critique (puisque'il en faut une) : elle est peut être un peu "surchargée".

Rôle du CNCF, selon vous ?

KL : Le CNCF devrait s'impliquer d'avantage dans le domaine des recommandations "guidelines" comme le fait l'ACC aux USA pour devenir un partenaire OFFICEL incontournable des autorités.

Avez-vous votre carte du Collège ?

CONTACT :
info@cncardio.org
tél. 01 43 20 00 20



KEZACO... ECHO ?

• Marie-Christine MALERGUE, Paris

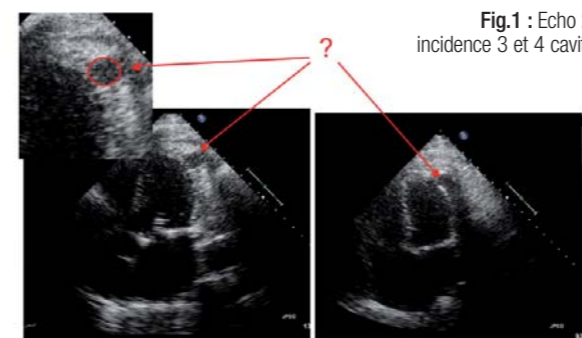


Fig.1 : Echo 2D incidence 3 et 4 cavités

S'agit il :

- D'un kyste hydatique
- D'un anévrisme apical
- D'un épanchement péricardique
- D'un faux anévrisme en péricarde cloisonné

Il y a 6 mois Mme G fait un petit infarctus postero latéral sans dysfonction ventriculaire gauche. Elle est hospitalisée en raison de la découverte d'une image arrondie, paraissant vide d'écho, mesurée à 15 mm de diamètre (fig.1)

Réponse page 4

L'AIR DU TEMPS...

Burn Out Syndrome /2

Le suicide des médecins, étape ultime du Burn out ?

En 2003, interpellé par la fréquence des suicides dans la population médicale du Vaucluse, j'avais interrogé le Conseil National de l'Ordre des médecins. Ainsi débutait la première enquête française sur ce sujet. La méthodologie était simple : les Conseils départementaux nous fourniraient le nombre d'inscrits dans leur département, le nombre de médecins actifs, le nombre de décès en 5 ans dans cette population active, et le nombre de suicides certains dans ces décès. Les résultats furent frappants : Sur les 26 départements nous ayant fourni des réponses exploitables, représentant 42 000 médecins, on dénombrait sur 5 ans 492 décès de médecins en activité. Les 69 suicides représentaient 14 % des décès. Par comparaison, la population générale de même âge comportait 5,6% de suicides dans les causes identifiées de décès pendant la même période. Ce qui paraissait une terrible découverte n'avait rien d'original. En effet, dès 1903 les journaux américains s'étaient alarmés d'une incidence anormale du suicide chez les praticiens. Et dès 1960 les premières études paraissaient. Dans la plupart des pays anglo-saxons ce type d'étude, sur de longues périodes et sur des nombres considérables de suicides confirmait l'anomalie. Une méta analyse permet de remarquer la similitude étroite avec les données françaises, plus réduites. Ainsi, quand les hommes médecins connaissent une majoration du risque certaine mais limitée, nos consœurs sont, elles, durement frappées par des sur-risques de 200 à 400% selon les études. Certaines spécialités sont plus exposées que d'autres : Les psychiatres tiennent un premier rang peu enviable, devant les généralistes et les anesthésistes (sans doute en raison pour ceux ci de moyens facilitateurs). Aucun autre élément ne semble significatif, ni l'appartenance à un groupe de travail, ni le caractère libéral ou salarié de l'exercice, ni l'association au sein d'un même cabinet, ni la situation rurale ou urbaine, ni même le volume d'activité. Une recherche a été faite au fil du temps sur les éléments associés aux suicides, dès lors que nous pouvions interroger famille ou entourage professionnel. Dans une série malheureusement importante d'une vingtaine de suicides analysés, on relevait une fois sur deux une addiction alcoolique, une fois sur deux un divorce ou une rupture affective récente, une fois sur trois des difficultés financières, une fois sur quatre une procédure ordinaire, juridique ou administrative, une fois sur cinq enfin une maladie psychique ou physique authentifiée. L'identification de ces marqueurs est ainsi devenue un outil de prévention confraternel important, à charge des secrétaires du CDOM de nous avertir quand 3 des éléments sont retrouvés chez un médecin. Mais ces marqueurs signent aussi le lien entre burn out et suicides : dans le syndrome d'épuisement professionnel les addictions sont souvent présentes comme moyen de soutien ou de compensation quand la vie perd de son sel, avec l'engrenage classique des difficultés familiales, du divorce et de ses conséquences financières. Difficultés ordinaires, plaintes, procès, tout s'enchaîne jusqu'à un point culminant et irréparable. Enfin il reste à noter que c'est souvent au contact de confrères peu interventionnistes que se noue le drame. C'est ce devoir d'ingérence confraternel que nous avons développé en Vaucluse. La prise de conscience du problème, la sensibilisation de chacun aux risques générés par certaines situations nous a permis d'éviter tout nouveau suicide depuis 500 jours, ce qui ne s'était pas produit depuis 20 ans.

• Yves LEOPOLD / Vice Président
Caisse de retraite des médecins de France