

Congrès CNCF

Ateliers de Pratiques du Collège
Printemps 2009 - CANNES

HÔTEL MAJESTIC
8 et 9 Mai 2009

SAMEDI 9 MAI 2009

Jogging pré-session - RDV devant l'Hôtel Majestic
Le sportif : un sujet à risque ?

- Les anomalies ECG chez le sportif : facteur pronostic ?
- Apport réciproque de l'écho d'effort, de l'IRM, du test d'effort avec mesure de la VO2

Distinction de l'HVG physiologique du pathologique
Session sur les nouvelles techniques en imagerie

- Déformation, speck tracking
- 3D Trans-oeso
- Echo portable

Insuffisance cardiaque et imagerie

- Épidémiologie
- A qui faire la VO2 max ?
- Qui bénéficiera de la réadaptation ?
- A qui faire une IRM ?

Quelles indications aujourd'hui pour l'échographie de contraste ?

- Opacification du ventricule gauche : quelles indications ?
- Perfusion myocardique
- Echographie de contraste et PFO

Pathologie de l'aorte ascendante

- Bicuspidie et aorte tubulaire
- Apport des techniques scanner et IRM
- Quand faut-il opérer ?

Le patient vasculaire asymptomatique : qui dépister ? quel algorithme ?

- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Sténose des artères rénales
- Sténose des carotides

Quelle imagerie pour quel patient en 2009 ?

VENREDI 8 MAI 2009

Indication de l'écho d'effort

- Ischémie coronaire ou mitrale, et IM ischémique
- Dans le RAC et la CMH

IM asymptomatique

- Aspect clinique, critères d'opérabilité
- Apport de l'écho d'effort
- Apport du 3D

Stratification du risque en pré-opératoire ;

Rôle de l'imagerie

- Avis du réanimateur
- Avis du scintigraphiste
- Avis de l'effortiste

Les situations difficiles pour le RAC

- En cas de bas-débit
- Rôle du scanner
- Rôle des biomarqueurs

Insuffisance cardiaque et re-synchronisation

- Que faut-il garder de Prospect
- Nouveaux outils :
 - écho d'effort
 - Imagerie de déformation

Quel avenir pour les nouvelles techniques échographiques : 3D, strain, one shot...



• **ACCA / 10 mars 09 / 20h**
Hôtel Méridien / Nice
Bilan d'une syncope : "les dernières recommandations" - Infos : <http://acca06.fr/>

Journée de l'ACPR / 5^{ème} Congrès de l'Amicale des Cardiologues de Paris et sa Région

Samedi 21 mars 09 / 9h à 15h30
Hôtel Concorde Lafayette / Paris 17^e
Insuffisance cardiaque et HTA, diabète et maladies polyartériels, chirurgie sous antithrombotiques, et "un cœur pour la paix"...

What's up de l'A.H.A. / Orlando

Dim 29 mars 09 / 12h30 / Déjeuner - débat
L'écho de l'insuffisance cardiaque

Vidéotransmission de l'ACC / Orlando 09

Mardi 24 avril 09 / 20h
sur les différents sites en France

AORTICS / 23 avril 09 / Rhône-Alpes

La cardiologie du sujet âgé

Congrès des Ateliers de Pratique du Collège 8 au 9 mai 09

Hôtel Majestic / Cannes
Quelle imagerie pour quels patients en 2009 ?

ARHOCARD / What's up

14 mai 2009 / Lyon

ACCA / Réunion Cardio-Sud

Mardi 2 juin 2009 / 20h
Grand Hôtel ASTON / Nice
L'hypertension artérielle pulmonaire

IVUS 7 / Congrès d'Echo-doppler vasculaire

Du 18 au 20 juin 09 / Marseille
Org. et inscript. : serge-cohen@wanadoo.fr

ASCCO / Jeudi 25 Juin / Dijon

Rétrécissement aortique asymptomatique

CNCF / Congrès national d'automne

Du 8 au 10 octobre 09
Palais des Congrès / Paris

ELECTRA 2009

5^{ème} journées pratiques de rythmologie et de stimulation cardiaque.
27 et 28 novembre 09
Villa Massalia / Marseille
Inscription : www.electralesite.com

Avez-vous votre carte du Collège ?

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



La Vie du Collège - N°6 - Mars 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

Collège National des Cardiologues Français

La VIE DU COLLEGE NEWS Letter

Cannes 2009
le prochain RDV du collège

MARS 2009
N°6

EDITO

Dominique GUEDJ-MEYNIER
Présidente du CNCF



La News 2009 ?

Toujours un contact privilégié vers la Cardiologie Libérale

J'aime vous y rappeler que notre collège est toujours aussi actif même en période de crise avec tous les projets des associations régionales, le démarrage de l'observatoire COLHYGE et bientôt OPTIDUAL.

Et très vite un événement que vous attendez tous : la 2^{ème} édition de notre Congrès. "Quelle imagerie pour quel patient ?" à Cannes les 8 et 9 mai 2009 pour les Ateliers de Pratiques du Collège. Après le succès que vous lui avez accordé en 2008, nous nous devons d'être à la hauteur en 2009 autour du Comité d'organisation Gilles DENTAN, Marc FERRINI et Luc PETIT, orchestré par Marie Christine MALERGUE avec pour vous une pléiade d'orateurs chevronnés. Nous pourrions mettre à jour nos connaissances avec toutes les "updates" et revisiter notre pratique de tous les jours qui continue à évoluer à grande vitesse.

Gardons le "fil rouge".

Restons dans le vent.

Notre news est votre tribune.

Nous attendons vos remarques, vos propositions.

A très bientôt.

"The problems that exist in the world today cannot be solved by the level of thinking that created them."

Albert Einstein

BILLET D'HUMEUR

• Max AMOR, Alain WAJMAN

Lost in revascularization !

Faits marquants en revascularisation coronaire en 2008 et à l'horizon 2009...

Que retenir ? et que proposer à nos patients (pts) en terme de revascularisation coronaire ? Nouveaux standards ?

Dans l'insuffisance coronaire chronique l'étude COURAGE confirmait en 2007 l'équivalence entre traitement médical et angioplastie coronaire pour les pts sans ischémie résiduelle sur le taux de décès, infarctus et événements cardiaques majeurs. Chez les pts avec ischémie résiduelle existe une différence significative sur le nombre de revascularisations. Etudes qui ont marqué cette année 2008 : SYNTAX : Une comparaison entre pose d'un stent actif (Taxus®) et pontage aorto-coronaire montre chez des pts tritrunculaires et tron commun la supériorité du pontage sur le critère primaire composite d'évaluation (décès, infarctus myocardique, AVC, et revascularisations) (17,8% vs 12,1% ; p<0.0015), et un excès de revascularisations dans le groupe angioplastie. Les deux techniques offrent au pt la même sécurité (même taux de thromboses de stent et d'occlusions du greffon (3,4% et 3,3%) avec plus d'AVC pour la chirurgie et plus de revascularisations pour les stents. Le score SYNTAX (disponible sur le web) montre que les pts à risque élevé bénéficient le plus du pontage (lésions multiples TC + 2 vaisseaux).

La revascularisation mécanique (stent) peut être proposée aux diabétiques anciens et fragiles avec toutefois 22% de revascularisations. Dans tous les cas le pt et son cardiologue traitant devront discuter des types de revascularisations proposées en fonction de l'âge, des comorbidités, de la nature et la complexité des lésions... et la chirurgie moderne permettra aux pts jeunes d'éviter la totale "métallisation" de leur arbre coronaire "Full Metal Jacket"

ENDEAVOR IV : Le stent Endeavor® serait supérieur au Taxus® sur la survenue de thromboses tardives de stent à plus d'un an (mais NS) (noter qu'à 4 ans le stent Endeavor induit moins de thromboses que les stents nus).

CARDIA : l'angioplastie coronaire peut être pratiquée en toute sécurité chez les diabétiques (même taux d'événements cardiovasculaires à 1 an, 5 fois moins d'AVC mais 5 fois plus de revascularisations par rapport à la chirurgie).

FAME : L'évaluation de l'ischémie permet de mieux identifier les lésions à "stenter", réduire par là même le nombre de stents inutiles et améliorer le pronostic des pts par rapport à l'évaluation angiographique anatomique et évite le réflexe oculosténotique.

Dans les angors instables et l'infarctus, un nouvel antiXa, la bivalirudine.

ACUTY "angor instable" : un bénéfice clinique "net" en faveur de la bivalirudine seule versus Heparine (standard ou de bas poids moléculaire), ou bivalirudine associée au antiGPII b/IIIa. Cette étude a randomisé 130 000 pts instables en 3 groupes et confirmé que les pts se compliquant d'hémorragie importante ou d'infarctus avaient le plus mauvais pronostic à 390 jours. Les pts sous Bivalirudine avait une fréquence de saignements importants moindres.

HORIZON "infarctus" : bénéfice de la bivalirudine à 30 jours, retrouvé toujours à un an - les stents actifs peuvent être utilisés en toute sécurité.

Cette étude évalue à la phase aigue de l'infarctus myocardique avec sus décalage de ST, 3602 pts randomisés dans les 12 heures après le premier symptôme la double question du traitement anticoagulant optimal (bivalirudine seule versus heparine et antiGP IIa/IIIb) et l'intérêt du stent actif par rapport au stent nu chez ces pts traités par revascularisation mécanique. (angioplastie primaire). Les résultats à 30 jours montrent un bénéfice clinique net en faveur de la bivalirudine avec une réduction de 34% des événements majeurs cardiovasculaires (p<0.0001) et une diminution des saignements majeurs de 40% sans excès d'événements thrombotiques.

Ce bénéfice clinique net initial en faveur de la bivalirudine est conservé à un an avec moins d'hémorragies majeures en faveur de la bivalirudine (5,8% vs 9,2%) et surtout 43% de décès d'origine cardiaque et 31% de décès de toute cause en moins.

Cette étude confirme à grande échelle que les stents actifs peuvent être utilisés en toute sécurité.

A l'horizon 2009... que surveiller ?

Le rôle de techniques adjuvantes comme la thrombo-aspiration sera à confirmer sur des séries plus importantes comme celui de la cyclosporine avant angioplastie dans la réduction de la taille des infarctus...

Les limites entre la revascularisation mécanique et le pontage se redéfinissent et vont encore mieux se préciser. La guerre des stents va se poursuivre (nus versus actifs et surtout actifs entre eux !).

Evaluer la sévérité des lésions (SYNTAX score) et éviter encore et toujours le réflexe oculo-sténotique. Corréler la lésion et son retentissement ischémique pour mieux poser les indications de revascularisation.

Optimisation des indications pour les patients âgés, insuffisants rénaux, diabétiques.

Meilleures anticoagulations (nouveaux anti Xa, nouveaux antiplaquettaires, prasugrel versus clopidogrel)

Mieux définir les résistances aux antiplaquettaires. Place des anti GPIIb/IIIa ?

Document réalisé avec le soutien de CHIESI S.A.



SUR LA TOILE !

• Jacques CHEVRIER, Marseille

- 1 • Un site novateur sur la cardiologie pédiatrique avec une tentative "à méditer" de télémédecine réalité entre Grenoble et Québec : <http://www.cardiopied.org/tele/tele.htm>
- 2 • Pour les "accros" du Pacemaker, un site qui correspond à la revue bien connue et créée par mon ami et voisin Bernard DODINOT : un site bien plus coloré que nos boîtiers et qui fourmille de cas d'école pour le cardiologue intéressé : <http://www.stimucoeur.com/>
- 3 • Pour les "fanas" de formules mathématiques cardiologiques et de claviers, télécharger CardioMath Cardiology Calculator 2.0.1 : il ne manque que le revenu net difficile à calculer en ces jours difficiles. Vous pouvez effectuer ce téléchargement sur : <http://www.clubic.com/telecharger-fiche85916-cardiomath-cardiology-calculator.html>

KEZACO / Réponse

• Marie-Christine MALERGUE, Paris

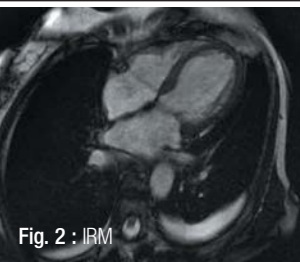


Fig. 2 : IRM



L'IRM retrouve cette large dysfonction ventriculaire gauche avec un aspect de "ballooning" de la pointe.

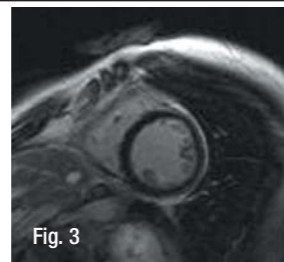


Fig. 3

La perfusion au gadolinium ne retrouve aucune zone de rehaussement tardif.

> Ce tableau est typiquement celui d'une cardiomyopathie de stress de type Tako Tsubo, rappelant la forme d'un vase japonais (Tako Tsubo : vase traditionnel utilisé pour la capture des pieuvres), retrouvée le plus souvent chez la femme, succédant à une situation inhabituelle de stress intense. Cette cardiomyopathie aux catécholamines et à coronaires normales peut se présenter sous un aspect très variable, avec dans certains cas un état de choc qui peut être fatal. Mais pour la grande majorité des cas, la particularité est sa régression rapide, en une semaine, avec disparition des anomalies régionales et une récupération "ad integrum" de la fonction cardiaque. L'absence de rehaussement tardif en IRM confirme bien qu'il ne s'agit pas d'un IDM trans mural malgré la présentation qui simule une nécrose antero septo apicale et signe le Tako Tsubo devant un tel tableau clinique et une telle présentation échographique. Le traitement repose essentiellement sur les bêta bloquants.

www.cncardio.org

Cette publication a été réalisée avec le soutien du laboratoire CHIESI dans une totale indépendance du journal et de ses équipes rédactionnelles

Conduite à tenir devant une syncope, en 10 points

- 01 / L'étiologie la plus fréquente est de loin neurocardiogénique.
- 02 / 15 à 20% restent inexplicables au terme de la démarche diagnostique classique. Le diagnostic étiologique reste un art difficile, car il est posé a postériori. En réalité il s'agit d'un diagnostic de probabilité : quelle est la cause la plus probable de la syncope présentée chez tel ou tel patient ?
- 03 / Le caractère traumatique de la syncope ne préjuge pas de son étiologie. Le taux de traumatisme crânien est le même, que la syncope soit vagales ou d'origine rythmique.
- 04 / Les questions à ne pas oublier et qui orientent fortement vers une syncope d'origine rythmique (trouble du rythme ventriculaire ou de conduction)
 - La syncope a-t-elle été précédée de palpitations ?
 - La syncope est-elle survenue en plein effort ?
 - La syncope est-elle survenue en position couchée ?
- 05 / Ce qui oriente vers une syncope vagale :
 - L'ancienneté, plus c'est ancien, moins c'est grave...
 - Les facteurs déclenchant : stress, émotion, situation confinée...
 - Le cortège vagal
 - La normalité de l'ECG (QRS fins, QT normal)
 - L'absence de cardiopathie sous-jacente "significative"
- 06 / Ce qui oriente vers une syncope d'origine rythmique (hors 4) :
 - Une anomalie de l'ECG, en particulier un bloc bifasciculaire, c'est à dire BBG ou BBD+HBP ou BBD+HBAG. Un PR long isolé n'est pas inquiétant.
 - L'existence d'une cardiopathie "significative", suspectée sur les antécédents ou l'ECG (il est exceptionnel qu'un patient présentant une cardiopathie "significative" ait un ECG normal) ; confirmée à l'échographie cardiaque (séquelle d'IDM, cardiomyopathie dilatée ou hypertrophique...).

- 07 / Que faire en cas de suspicion de syncope d'origine rythmique ?

C'est ici que l'exploration électrophysiologique par voie endocavitaire a toute sa place. Cet examen pourra apporter des arguments pour une origine rythmique. Toutefois, il faut se souvenir qu'il est peu sensible et peu spécifique, et n'apportera jamais un diagnostic de certitude.
- 08 / Quand réaliser un test d'inclinaison ?

Surement pas quand le diagnostic de syncope vagale est évident. En première intention en cas de syncope inexplicable chez un patient dont l'ECG est normal et qui ne présente pas de cardiopathie ; en cas de syncope suspecte d'être d'origine rythmique mais dont l'EEP est normale.
- 09 / Quand hospitaliser un patient se présentant aux urgences pour syncope :
 - Patient présentant une cardiopathie "significative"
 - ECG anormal (bloc bifasciculaire, QT allongé, BAV documenté)
 - Quand on a répondu "oui" à une des questions du 4
 - Syncope traumatique
 - Mort subite familiale
- 10 / Quand mettre en place un holter implantable ?

Dispositifs de petite taille, sous-cutané en parasternal gauche, qui ont la possibilité d'enregistrer un ECG per-critique, pendant 30 mois. Discuter leur mise en place en cas de syncope récidivante d'origine indéterminée, relativement fréquente (au moins 2 épisodes/an).



LE CHIFFRE DU MOIS

d'Olivier HOFFMAN

300

300 ne désigne pas ici la poignée de spartiates qui décida de s'opposer à "l'innombrable armée Perse", mais le score calcique au-delà duquel le risque apparaît "significatif". Le score calcique reflète l'étendue des lésions coronaires. La plupart des "plaques" ou "sténoses" étant constituées d'éléments à la fois calcifiés et non-calcifiés, le score calcique témoigne de l'étendue de l'ensemble

des lésions athéromateuses, comme l'ont montré les comparaisons anatomopathologiques ou par échographie endo-coronaire. Or, dans toutes les études disponibles (portant sur un total d'environ 40 000 sujets), le score calcique est remarquablement prédicteur du risque évolutif, d'avantage que la traditionnelle épaisseur intima-média carotidienne par exemple. Il est actuellement admis qu'en moyenne, un score supérieur à 300 est assorti d'un risque "significatif" : Au-delà de ce chiffre en effet, la probabilité d'ischémie myocardique significative, ou de sténose coronaire significative, dépasse 30%.

• Jean-Marc FOULT, Paris

CHECK LIST

Evaluation cardiaque pré-opératoire en chirurgie artérielle en 10 points

- 01 La maladie coronaire est la principale cause de décès en chirurgie vasculaire lourde.
- 02 Les interventions à haut risque sont représentées par la chirurgie aortique et sous-inguinale ; la chirurgie carotidienne est à risque intermédiaire, la chirurgie veineuse superficielle à risque faible.
- 03 Les guidelines ACC-AHA préconisent la pratique d'un examen clinique et le recours à une exploration non invasive.
- 04 Cette dernière (échographie de stress) sera indiquée en fonction du nombre de facteurs de risque ischémiques péri-opératoires.
- 05 Lee a identifié 6 facteurs : âge > 70 ans, maladie coronaire, diabète, ondes Q sur l'ECG de surface, antécédents d'AVC, insuffisance rénale chronique. Pour plus de 2 facteurs, une exploration non invasive pré-opératoire doit être pratiquée.
- 06 La coronarographie pré-opératoire ne sera réservée qu'aux malades symptomatiques.
- 07 les bêta-bloquants administrés per os 7 jours avant la chirurgie assurent une protection cardiaque efficace.
- 08 Les statines, par leurs effets pleiotropes, diminuent la mortalité en prévenant la rupture de plaque. Traiter 15 malades par statines prévient 1 événement.
- 09 Il n'y a pas d'indication à revasculariser les malades stables au plan coronarien avant chirurgie artérielle.
- 10 Chez le malade à très haut risque, la prescription de clopidogrel pré-opératoire associé aux bêta-bloquants et aux statines sous contrôle du VASP, pourrait représenter une voie d'avenir. En attendant, chez le malade considéré comme à très haut risque, il faut demander au chirurgien, sauf urgence menaçante (anévrisme en pré-rupture, ischémie critique), de surseoir à l'intervention.

• Serge COHEN, 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
 Contact : info@cncardio.org

LES CARDIOLOGUES ONT LA PAROLE

par Alain WAJMAN

Interview du Dr Bernard CUNIN



Dr Bernard Cunin, GRAY 70100

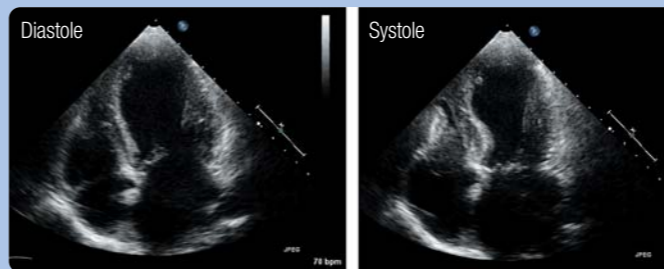
La cardiologie un art difficile à exercer... dans un contexte de relatives contraintes ?
Bernard Cunin : La cardiologie s'inscrit dans la difficulté d'exercice de la médecine en général. Comme tout médecin nous devons subir malheureusement un système administratif parfois un peu trop pesant (caisses de sécurité sociale intervenant dans nos prescriptions et notre démarche diagnostique). De plus la "judiciarisation" des actes médicaux s'amplifie et tend à brider toute initiative et nous faire adopter la technique du parapluie. Le rôle des médias est également délétère n'hésitant pas à jeter en pâture à l'opinion publique des faits supposés et non vérifiés. Tout cela se double d'un sentiment de manque de reconnaissance au mieux, de mépris au pire de la part des autorités de santé. Enfin, qui de nous fait 35 heures par semaine ? Nous avons la chance de pratiquer une spécialité qui a fait régresser la morbidité et avec un niveau de bac plus 10 notre rémunération horaire se situerait au niveau du salaire d'un technicien en informatique (avec le plus grand respect que j'ai pour cette utile profession).

et la Formation ?
BC : C'est un réel problème qui et comment nous former ? Indispensable, la formation médicale fait partie de notre culture médicale (voir le nombre impressionnant de participants aux divers congrès). Si la formation est encadrée par les organismes de tutelles, il faut que cela soit fait dans un contexte éthique et libéral, d'élaboration consensuelle de nos besoins et non dans un esprit de contrôle administratif aveugle.

Quels rôle et objectifs pour le CNCF ?
BC : Le collège se doit être totalement indépendant de tout syndicat, de toute tendance politique et indépendant également vis à vis de l'industrie pharmaceutique. Il doit être le pendant dans le monde libéral de la faculté dans le monde universitaire, avec pour objectif la diffusion aux praticiens des connaissances nouvelles.

La gestion des urgences :
BC : Dans mon exercice, je n'ai que peu de véritables urgences, ces dernières étant drainées via le Samu, vers les hôpitaux.

KEZACO ?



Madame CAV... est professeur d'histoire ; après une conférence "stressante", elle ressent une douleur thoracique associée à une oppression et une dyspnée se majorant rapidement. Aux urgences, l'état hémodynamique est conservé ; elle est hospitalisée en USIC devant une onde Q antérieure, avec augmentation modérée enzymatique. La coronarographie réalisée en urgence est normale. L'échocardiographie trouve une akinésie étendue apicale avec une base non dilatée et hyperkinétique (fig. 1).

Fig. 1 : Échographie 2D, Incidence 4 cavités. Akinésie étendue de toute la pointe, dilatation auriculaire gauche. Colerette basale non dilatée et hyperkinétique.

Quel est votre diagnostic ?

(réponse page n° 4)

• Marie-Christine MALERGUE, 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 patients.

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

Le tour de France des associations "insulaires" du CNCF

AFCVR

(Association de Formation Cardiovasculaire de la Réunion)
 Président / **POUILLOT Christophe**
 127, route du Bois de Nèfles BP 105
 97492 - STE CLOTHILDE
 Tél. 02 62 48 20 56 / Fax 02 62 48 20 80
cpouillot@clinifutur.net

Collège Corse de Cardiologie

Président / **BONAVITA Michel**
 13, bd Général de Gaulle - 20200 BASTIA
 Tél. 04 95 31 08 49 / Fax 04 95 31 79 66
bonavita@club-internet.fr



L'AIR DU TEMPS...

Burn Out Syndrome / 1

La série américaine "Dr House" est riche d'enseignements. Ce médecin alcoolique, dépendant à la codéine, cynique et brutal avec son équipe et avec les patients, torturé par son divorce, est la synthèse de ce que pourrait être une description du Burn Out Syndrome. Ce terme ne doit pourtant rien au Dr House mais tout à Freudenberg en 1973, quand il décrit dans des populations de soignants (trop?) investis dans des soins de fin de vie, un état d'épuisement professionnel à 3 axes : épuisement émotionnel (tristesse, anxiété, émotivité excessive, insomnie), dépersonnalisation (cynisme, agressivité vis à vis des patients, tendance à les considérer plus comme des objets que comme des êtres humains), perte de l'accomplissement personnel (anhédonie, pseudo-activisme non productif, difficultés familiales, addictions de soutien et de compensation). Cette notion des méfaits du travail sur la santé avait déjà été évoquée par Tissot en 1768 et par Veil qui décrit en 1959 le syndrome d'épuisement professionnel. Christina Maslach, quant à elle, établira un outil de mesure de ce BOS, le MBI, accessible en ligne pour vous tester, si vous le désirez. La fréquence de cette pathologie de la relation d'aide est remarquable. En France tant en ville, avec les travaux des URML mis en place par Didier Truchot et Eric Galam, qu'à l'hôpital avec ceux de Madeleine Estryn Behar, on a réalisé qu'il s'agit là d'une authentique pathologie professionnelle comme l'eczéma du cimentier ou le cancer pleural du travailleur de l'amiante : entre 40 et 50% des soignants sont touchés. La CARMF d'ailleurs relève que les maladies psychiques sont rapidement devenues la première cause de mise en invalidité avec 41% des bénéficiaires. Et avec un coût financier et humain inacceptable. Certaines causes sont immédiatement retenues par les médecins : surcharge de travail, harcèlement des malades et de l'administration, contraintes collectives, non-reconnaissance du rôle du médecin, interface travail / famille difficile à gérer. Les véritables causes sont sans doute plus profondes, inhérentes à l'activité de soins même. Au premier plan, le dilemme éthique, ce déchirement entre notre conviction et les impératifs dictés par réglementation et contraintes économiques, est une source quotidienne de souffrance. Mais aussi quel métier paradoxal que le nôtre, inévitablement voué à l'échec ! Toute réussite thérapeutique ne fait que retarder une mort promise et cette relation d'aide à cela d'épuisant qu'elle doit sans cesse être renouvelée, alors même qu'elle se heurtera à l'échec final avec ce que cela comporte de blessure narcissique. Qui de nous, enfin, n'a pas été confronté à cette alternance douloureuse de toute-puissance, celle de donner la vie, celle de guérir et de faire reculer souffrance et mort, et d'impuissance totale devant le décès d'un malade, d'un enfant ou d'un jeune adulte ? Ce paradoxe est bien celui d'Icare, soumis à la tentation du divin, du "toucher au ciel", et chutant, Dieu déchu brûlé à l'approche du soleil, comme le médecin l'est à l'approche d'un idéal jamais atteint.

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