La Revue

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE
DES MÉDECINS DE LA GIRONDE

N°62 JANVIER FÉVRIER MARS 2017

GIRONDE
ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

DOSSIER
P. 12 — 18

LA MORT SUBITE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA GIRONDE

160, rue du Palais-Gallien
CS11479 33001 Bordeaux CEDEX
Tél. 05 56 00 02 10
Télécopie 05 56 00 02 11
Mél Gironde@33.medecin.fr
jeunes-medecins@33.medecin.fr

Tous les jours (sauf mercredi) :
lundi et mardi 9h15–12h
et 14h – 16h30
jeudi 9h – 12h et 14h – 16h30
vendredi 9h15 – 15h

Plus d'informations
sur notre site-internet :
www.conseil33.ordre.medecin.fr

ÉDITORIAL

MARTIN WINCKLER A PROBABLEMENT RAISON. Les médecins sont des brutes épaisses, tous, sans foi, ni loi, ni éthique d'aucune sorte. Sauf que… Ce qui peut caractériser peut-être certaines pratiques ou concerner certains praticiens ne saurait définir l'ensemble d'un corps professionnel composé de… 290 000 personnes. Des rapports de cas ou de situations ne permettent pas de jeter un discrédit massif sur une profession dans son ensemble. Si ces 290 000 médecins étaient tous d'accord et complices pour négliger, mépriser, abuser, maltraiter, ça se saurait, et nous serions peut-être plusieurs à nous être rebellés. Mais j'ai un doute. Martin Winckler se souvient-il qu'il est, ou a été, lui aussi médecin ? Pourrait-il avoir oublié que s'il y a maltraitance, c'est en général la maladie qui en est la première responsable. N'a-t-il pu constater que les médecins dans leur grande majorité, sont respectueux de leurs patients, soucieux de leur souffrance physique, psychique, sociale, qu'ils ont à cœur de soulager. C'est leur métier. Il leur arrive même d'avoir de la compassion ! Alors oui, de même que François Mitterand avait dit à Valéry Giscard d'Estaing : « Vous avez parfaitement raison, Monsieur le Premier Ministre », nous pouvons lui dire : « Vous avez parfaitement raison, Monsieur le docteur Winckler ». Pour tout dire, nous sommes choqués. Nous nous sentons, collectivement et individuellement, tous et chacun, attaqués et humiliés. Cette accusation arbitraire, qu'il semble porter sur tous les médecins, en prenant appui sur des cas particuliers, est d'une violence extrême ! Faire prendre la partie pour le tout, le procédé est connu et certainement efficace ; il ralliera des lecteurs. Tant mieux pour lui. À ce jeu, tout est vrai. On pourrait dire aussi: « Les écrivains sont tous des plagiaires ! », ou « Tous les sportifs sont dopés ! », ou bien « Tous les bouchers torturent les vaches ! », etc… C'est bien cela, nous pourrions tomber dans le populisme agressif, et susciter méfiance et amertume. Voici ce que m'évoque la lecture de ce livre ; mais à vrai dire, quel but poursuit le docteur Winckler ? Le 11 novembre, une actrice, Elsa Zylberstein, et un humoriste, Franck Dubosc, sont venus de façon très inattendue nous remonter le moral. Alors qu'ils présentaient au public alsacien leur film « les Têtes de l'emploi », ils se sont exclamés « Merci les docteurs, on vous aime. » C'est un étudiant en médecine qui a suscité cet hommage. Écoutons-le : « J'ai pensé à tous les petits sacrifices que les soignants font et je voulais que tous ensemble on prenne quelques instants pour remercier ces gens qui donnent un peu de leur vie pour sauver la nôtre et être à nos côtés quand ça va mal… Je sais que ce n'est pas grand-chose. Mais dans le climat actuel, les conditions de travail difficiles, le manque de soutien du gouvernement, le manque de reconnaissance, cela fait un peu de bien ! ». Je ne sais si Monsieur Winckler était invité. Je me demande s'il aurait applaudi. Il paraît qu'il a quitté la France pour le Canada. Si nous avions son adresse, nous aurions pu lui envoyer un exemplaire du serment d'Hippocrate. Nous l'avons tous lu et avons juré de l'appliquer. Les cas particuliers dont il fait une définition générale de la médecine et des médecins ne l'autorisent pas à présumer que nous sommes tous parjures. Monsieur Winckler, nous apprécions que vous ayez choisi de ne plus pratiquer la médecine, nous n'aurions pas de plaisir à être vos consœurs et confrères. **DR ALBERT ROCHE**

La Revue
DU CD33OM

N° 62

Trimestriel gratuit diffusé à tous les médecins girondins.
Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Gironde,
160, rue du Palais-Gallien
CS11479 33001 Bordeaux CEDEX.

Directeur de la publication
Dr Albert Roche

Rédacteur en chef
Dr Franck Dugravier

Comité de rédaction
Dr Thomas Bachelet,
Dr Michel Colle,
Dr Jean-Marie Dilhuydy,
Dr Philippe Domblides,
Dr Éric Dumont,
Dr Constance Mollat Leman.

Design
Emmanuel Guiho

Impression en France
Imprimerie Korus

Dépôt légal
À parution.

N° ISSN
2430-9079

Le Dossier trimestriel de la Revue 62, La mort subite, propose une réflexion philosophique sur la mort à notre époque, ainsi qu'un article clinique informatif sur cet évènement choquant : la mort avant l'heure.

Vous trouverez des informations utiles sur la santé et ses déterminants dans la Nouvelle-Aquitaine, sur la difficile situation de la saisie des dossiers médicaux par la justice et sur la question pratique de la réversion des pensions de retraite du médecin décédé au conjoint.

Vous n'ignorerez plus rien des nouvelles tendances addictives, et l'histoire des effets délétères du Dépakine vous sera rappelée.

Et puis, si vous désirez vous échapper un instant de la pratique médicale, quelques Brèves vous feront sourire ou frémir, vous découvrirez quatre ouvrages qui pourraient bien vous intéresser, ainsi qu'un médecin résistant auquel hommage est rendu par une rue de Puisseguin.

Bonne lecture !

06 **UNE RUE, UN MÉDECIN**
Rue du docteur Pailloux

07 **BRÈVES**

10 **SANTÉ - RÉGION**
La Santé et ses déterminants dans la nouvelle région, la Nouvelle-Aquitaine

12 **DOSSIER**
La mort subite

19 **BILLET**
Peut-on poser un lapin à la mort ?

20 **ADDICTION**
Addictovigilance. Quelles sont les nouvelles drogues en France en 2016 ?

22 **NEUROLOGIE**
Une brève histoire du Depakine

24 **SOCIAL**
La réversion des pensions de retraite du médecin au conjoint

26 **JUDICIAIRE**
Saisie des dossiers médicaux par la justice

28 **NOTES DE LECTURE**

29 **LE CARNET DU CONSEIL**

Rue du docteur Pailloux

(1892-1942)

Dr MICHEL COLLE ET M. XAVIER SUBLETT MAIRE DE PUISSEGUIN

Cette rue de Puisseguin (33) honore un résistant, médecin de cette commune dont le domicile et le cabinet se situaient à l'angle avec l'avenue Beauséjour, temporairement dénommée avenue du maréchal Pétain en 1940.

Gaston Pailloux est né le 24 juin 1892 à La Rochelle, où son père, Eugène Pailloux, tenait un commerce de Vins et Spiritueux à Laleu. Après des études secondaires à La Rochelle, il fut "simple soldat" pendant la guerre 14-18, puis il a fait ses études à Bordeaux et il a passé sa thèse le 10 novembre 1922 sur le sujet : *Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fractures du col du fémur. Opération de Santy* (Président Pr J. Guyot). Il s'est alors installé à Puisseguin en 1923 avec les qualifications : *Maladies du coeur et des vaisseaux, Médecine générale.* Médecin estimé, il a constitué une importante patientèle, plutôt dans les milieux de la droite du Libournais. Il a cosigné, avec le Pr Roger Fabre un article dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* : "Le traitement de l'HTA par l'autohémothérapie".

Mais c'est bien pour ses faits de résistance qu'il est honoré. Le docteur Pailloux appartenait, avant le déclenchement de la 2e guerre mondiale, à l'association des Croix-de-Feu, une ligue d'anciens combattants nationalistes français, dirigée par le colonel François de La Rocque, dissoute en 1936.

Dès la fin juin 1940, Gaston Pailloux rejoint son voisin Louis de La Bardonnie, monarchiste et propriétaire viticulteur à Saint-Antoine-du-Breuilh, qui regroupe autour de lui des hommes décidés à résister activement : Paul Ambruster, l'abbé de Dartein, Paul Dungler, Pierre Beausoleil, Jean Eschbach, Jean Fleuret, Ange Gaudin et le docteur Pailloux. Cet embryon du réseau Confrérie Notre-Dame (CND) établit des points de passage de la ligne de démarcation en Gironde, sabote des véhicules allemands et collecte des renseignements.

C'est à ce titre que G. Pailloux reçoit et héberge le colonel Rémy (de son nom Gilbert Renault), fameux agent de la France Libre en mission d'information en Gironde, qui lui donnera le pseudonyme en résistance de "Alceste".

"Il semble certain que les renseignements fournis par l'antenne bordelaise du réseau CND aient été à l'origine de la destruction de onze sous-marins allemands et italiens et plus de vingt cargos dont certains transportaient du matériel de guerre de première importance", écrira le colonel Rémy.

En mars 1941, Gaston Pailloux transporta le fameux poste émetteur "Cyrano" en zone occupée dans le coffre de sa voiture qui, bien heureusement, ne sera pas fouillée par les Allemands. C'est avec "Cyrano" que le colonel Rémy réalisa sa première liaison avec Londres le 17 mars 1941.

Résistant de la première heure, il tombe malheureusement malade en 1941 ; malgré une cure à Vichy (!) en juillet 1941, il décède à son domicile le 31 juillet 1942. Il est enterré dans le cimetière communal et n'aura pas eu le bonheur de voir achevé son engagement.

Puisseguin peut s'enorgueillir d'un autre médecin résistant, le docteur Marceau Dupuy, dont la carrière médicale et politique fut beaucoup plus longue, puisqu'il est décédé en 1992.

À PROPOS DU DOCTEUR PAILLOUX

De nombreux documents personnels du docteur Pailloux sont conservés par la Mairie de Puisseguin et une grande partie de sa bibliothèque d'ouvrages médicaux des années 1930 a été cédée au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde.

Données complémentaires et description du "Fonds Pailloux" disponible sur demande.

Sur les faits de Résistance, voir :
– Dartigues André, Les Hommes en blanc dans la clandestinité, 1996
– Lormier Dominique, Bordeaux sous l'occupation, Geste éditions, 2015

MINI BRÈVES

TRAVERSÉE DU DÉSERT
Un homme politique est absent de la scène pour quelque temps, (ou au plus bas dans les sondages), on dit qu'il fait « sa traversée du désert ». Jésus, lui, y est resté 40 jours. Les médecins ne traversent pas le désert, on souhaite qu'ils s'y installent.

À LA RECHERCHE DE LIENS ENTRE LES GÉNÉRATIONS
Jean-Jacques Amyot.
Presses EHESP, 2016.

PROTÉGER L'ENFANT
Le Monde, 21.09.2016
Parmi les sites...
Périnatalité : *www.perinat-France.org*. Médicaments et grossesse : *ansm.sante.fr*, dossier Médicaments et grossesse

PREMIER DIU NATIONAL DE TÉLÉMÉDECINE (DPC VALIDANT) sous la houlette de l'université de Bordeaux. Fruit d'une collaboration entre l'université et l'association « Agir pour la télémédecine », il ambitionne de fournir aux professionnels de santé et étudiants les clés pour élaborer un projet de télémédecine. (*Quotidien du Médecin*, 25 11 2016 ,Sophie Martos).

FIÈVRE JAUNE
Fini le rappel dix ans après. L'OMS estime qu'une dose unique assure une protection à vie. Attention néanmoins, quelques situations justifient une re-vaccination (cf site santé et voyages).

NUMERUS CLAUSUS
Le nombre d'étudiants autorisés à intégrer la seconde année de médecine en 2017 serait augmenté de 478 places (soit +6,2%), réparties entre 22 facultés (liste non précisée), soit une hausse de 11% des médecins formés dans celles-ci. De quoi faire fleurir les déserts?

ROUGEOLE
114 900 décès en 2014, 314 par jour, 13 par heure.
Entre 2000 et 2014 : du fait de la vaccination : 79% de décès évités, soit 17 millions d'enfants!
Vaccin : en 2 doses, car avec une seule dose, 15% des enfants n'acquièrent pas une immunité suffisante.

CONVENTION? QUEL DRÔLE DE MOT!
Une période de l'histoire de France? 21 septembre 1792, avec, le 10 octobre 1793, l'instauration de la Terreur par la Convention Montagnarde. Une station de métro, comme Concorde, Invalides, ou La Défense? Autre chose? Ah oui, un accord bipartite. Est-ce le cas?

01

COUP DE TABAC

En France : Plus de 25% de fumeurs quotidiens ; un adolescent sur cinq fume au moins 1 fois par semaine. 1 paquet par jour : 150 mutations par an dans chaque cellule pulmonaire, 97 - larynx ; 39 - pharynx ; 23 - cavité buccale ; 18 - vessie ; 6 - foie. Tabac : 17 localisations tumorales différentes. 100 millions de morts au XXe siècle.

02

FEMMES EN SECTEUR 2

Le Sénat a abrogé l'instauration du tiers payant généralisé (à suivre...) et étendu aux femmes médecins de secteur 2 l'attribution de l'allocation grossesse, dont seules les femmes médecins exerçant en secteur 1 devaient être bénéficiaires. Cette mesure n'était pas juste, le choix d'exercer en secteur 2 résulte d'accords anciens initiés par l'État, validés à l'époque et pérennisés par les partenaires sociaux. Si la vraie question est de supprimer le secteur 2, il faut le dire clairement et s'y prendre autrement.

03

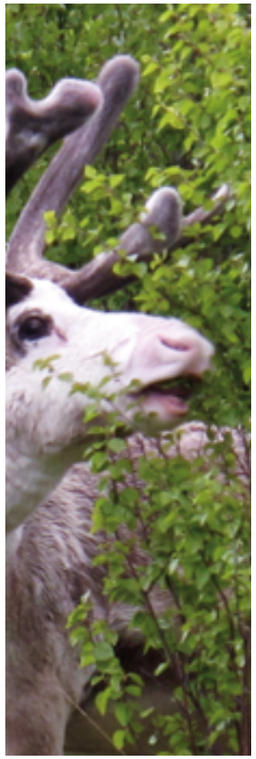
TRAFIC

Au Mozambique : trafic d'albinos. Dix-neuf ans, prévenu et méfiant, kidnappé en janvier, disparu. Depuis décembre 2015, six cas identiques. Aucun n'a été retrouvé. Les familles sont souvent impliquées. Les membres des albinos, utilisés en magie noire, apportent bonheur et pouvoir. Il existe des réseaux transfrontaliers, similaires à ceux des barons de la drogue. Depuis 2000 en Tanzanie soixante-seize albinos ont été enlevés. Les prix de revente : 500 euros pour les membres. Un corps entier, 66 000 euros. (*Le Monde*, 17.09.2016.)

04

SUCREZ, MARCHEZ

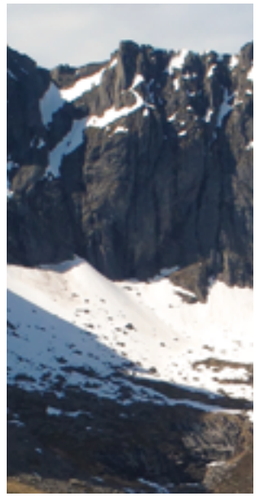
Pour un diabétique, marcher, c'est bien ; marcher après les repas, c'est mieux. Une étude néo-zélandaise publiée dans Diabetologia montre que trois séquences de marche de dix minutes après les repas, améliorent davantage la glycémie qu'une seule marche de trente minutes dans la journée. Sûrement bien, mais pas très pratique... (*Medscape*, 31.10.2016, Vincent Bargoin)



05

UNE DÉGELÉE

La chaleur inhabituelle de cet été a fait fondre le "permafrost". Pour la première fois depuis 1941 l'anthrax ressurgit. « La pratique des vaccins a été arrêtée en 2007 ». 2500 rennes en sont morts, mais surtout, vingt-trois personnes ont été contaminées dans le nord de la Russie, et un garçon de douze ans est mort. Pour les chercheurs, c'est un signal d'alarme sur les risques de voir ressusciter dans le Nord, à l'occasion du réchauffement climatique, des maladies infectieuses millénaires dangereuses. (*Le Monde*, 30/8/16, Isabelle Mandraud)



06

GLAÇANT

En Grande Bretagne, une jeune fille de quatorze ans, en phase terminale d'un cancer, s'est vue accorder le droit à être cryogénisée après sa mort afin peut-être d'être ressuscitée dans l'avenir et de pouvoir être guérie. « Une chance d'être soignée et de me réveiller, même si c'est dans plusieurs centaines d'années ».
Dans le monde : 300 personnes sont en attente de ressusciter. Coût : de 28 000 (sans le transport) à 200 000 dollars. Si l'on ne possède pas la somme, on peut choisir de faire congeler uniquement la tête, en espérant reconstituer le « reste » par les techniques à venir (clonage et nanotechnologies).Un site en Arizona, un autre en Russie, bientôt un en Australie (*Sciences et avenir*, 28 11 16, Lise Loumé).
Dans « La nuit des temps » (R. Barjavel), on se fait congeler, c'est normal, mais voilà t'y pas qu'un sabotage fait craindre un « dégel »général! Dieu nous en garde!

07

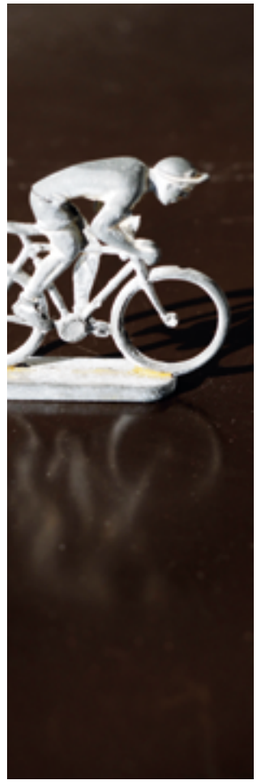
GLACIAL

En Hollande (le pays), un projet de loi est déposé, visant à autoriser les personnes âgées, même non souffrantes, à mettre fin à leurs jours, avec assistance extérieure. Texte approuvé par une grande partie de la population. Est invoquée, la « notion de vie accomplie ou achevée... pour les personnes âgées qui en auront le désir « cohérent et délibéré ».
« La compassion n'est pas seulement la tâche des médecins, l'État aussi doit faire preuve de compassion ».
On peut se demander si la dépression et la solitude ne risquent pas de payer un tribut exagéré à la mort.

08

EUTHANASIE

Un mineur euthanasié en Belgique pour la première fois (loi adoptée en 2014). « Il n'y a heureusement que très peu d'enfants qui entrent en considération, mais cela ne signifie pas que nous devrions leur refuser le droit à une mort digne (Pfr. Wim Distelmans président de la commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie). Dont acte.
Limite d'âge : douze ans. Il faut être atteint d'une maladie incurable, en capacité de discernement, prendre l'initiative de la demande, étudiée par une équipe et par un psychiatre ou psychologue + consentement des parents. À l'époque, le sénateur socialiste Philippe Mahoux avait expliqué qu'il fallait aussi « répondre au souhait des pédiatres et infirmiers confrontés à la souffrance insupportable d'enfants, à laquelle ils ne pouvaient répondre que dans l'illégalité ».



09

LA PETITE REINE

Faire du vélo (7,5 km) dans une grande ville des Pays Bas diminue votre espérance de vie de neuf jours par risque d'accident, et de quarante jours à cause de la pollution... Mais l'augmente de 420 jours du fait du surcroît d'activité physique. L'article précise que cela améliore la concentration, la mémoire au travail, la qualité du sommeil et de l'humeur, et diminue les risques de maladie cardio-vasculaires, diabète, maladies neuro-dégénératives, et cancers... (*Le Monde*, 02.11.16, Stéphane Foucard)

10

UN BAISER MORTEL?

Un adolescent mexicain est mort d'un AVC à la suite d'un « suçon » dans le cou. Quelques heures plus tard, il s'est mis à convulser. Conclusion : formation d'un caillot au niveau du suçon , et migration jusqu'au cerveau...
En 2010, le *New Zealand Medical Journal* publiait l'aventure d'une femme de quarante quatre ans qui avait pour les mêmes raisons présenté une paralysie d'un membre supérieur. Dans« Jeux interdits », Michel Simon disait aux deux enfants « vous allez arrêter de vous sucer la pomme ». L'éducation au service de la prévention. Parmi les quatre-vingt causes différentes d'AVC, celle-ci n'est pas la plus fréquente ; c'est peut-être une des moins désagréables.

11

STATINES : LES ENJEUX?

Arte fait un tabac : « cholestérol, le grand bluff ». Le « Lancet » venait de publier un article expliquant les bienfaits des statines. La société française de cardiologie met à son tour les mains dans le cambouis (la graisse) le 21 octobre : « Les statines allongent l'espérance de vie des patients à risque, diminuent les événements cardio-neuro-vasculaires. Le risque d'effets indésirables, limité, est largement compensé par l'ampleur des bénéfices. Nier le bénéfice des statines et leur impact sur l'espérance de vie, c'est à la fois malhonnête (en niant les faits scientifiques) et dangereux (pour les patients qui de bonne foi arrêteront leur traitement). Nier les progrès thérapeutiques, porter la suspicion sur les médecins, c'est ignorer l'amélioration incontestable du pronostic cardiovasculaire, avec en France par exemple, une chute spectaculaire de 68% en quinze ans de la mortalité hospitalière après infarctus du myocarde et une baisse de 56% en vingt-huit ans de la mortalité cardiovasculaire ». (*Medscape*, 21.10.16)

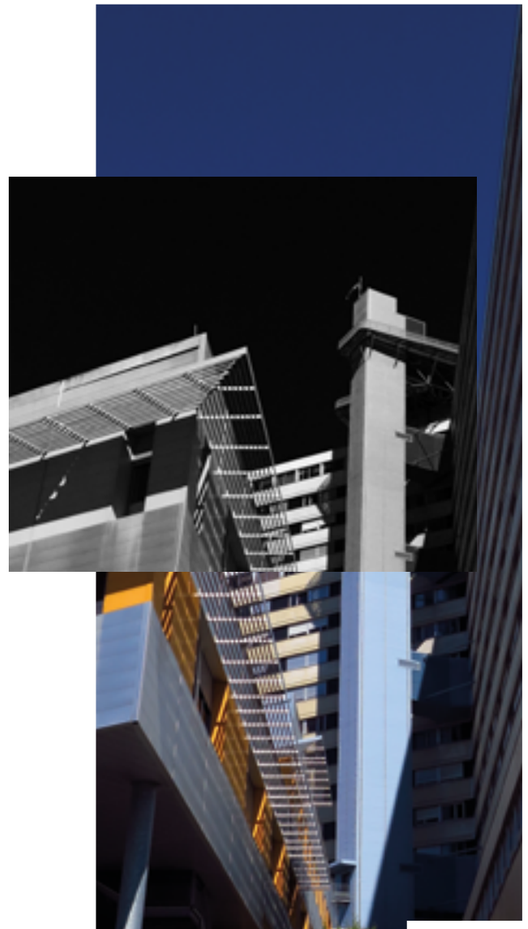
12

LA ROUE DU MALHEUR

Haïti, tremblement de terre en 2010. Une épidémie de choléra, toujours en cours : Jusqu'à maintenant 800 000 cas, 10 000 morts. Une chaîne de contamination liée au problème simple et complexe des latrines; les toilettes du camp des casques bleus se déversaient directement dans la rivière Artibonite. Les vibrions cholériques semblent s'y être plu... Le 1er décembre, Ban Ki-Moon a rompu un silence de six ans, s'excusant auprès du peuple haïtien de n'avoir « tout simplement pas fait assez dans l'épidémie et sa propagation». Toutefois, les associations d'aide aux victimes prennent acte du fait que l'ONU « refuse toujours de reconnaître sa responsabilité ».

La Santé et ses déterminants dans la nouvelle région, la Nouvelle-Aquitaine

Dr JEAN-MARIE DILHUYDY & Dr ANDRÉ OCHOA OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ AQUITAINE /ORSA



Les trois Observatoires Régionaux de la Santé : Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes vont se rapprocher dans le cadre de la Nouvelle Aquitaine. Ils viennent de réaliser ensemble un document avec cartes et statistiques comparatives, département par département en France hexagonale, sur la santé et ses déterminants (pour en savoir plus : contact@ors-aquitaine.org / tél : 05 56 56 99 60). Cette nouvelle région de 84 000 km² est la plus vaste de l'hexagone, aussi grande que l'Autriche. Elle est la 3e région économique française (7,7 % du PIB national) et la première région agricole d'Europe : 50 % de son territoire est occupé par l'agriculture. En outre, elle accueille treize millions de touristes par an, soit 10 % du total national. Capitale régionale, désormais Métropole depuis 2015, Bordeaux est au centre d'un réseau de 10 aires urbaines de plus de 100 000 habitants. Les caractéristiques particulières de la population régionale sont à prendre en compte par les décideurs pour développer des actions spécifiques où la prévention et l'éducation en santé ont une place légitime.

On note des situations d'isolement importantes.
La population est relativement âgée puisque 11,3 % a plus de soixante quinze ans dont un tiers vit seul, isolé ; ce chiffre peut atteindre 50 % dans certaines villes comme Guéret, Bayonne, Périgueux, La Rochelle (Bordeaux : 37,9 %). Près de 23 % des familles sont monoparentales, jusqu'à atteindre 40 % dans certaines villes comme Périgueux, Cognac ou La Rochelle (Gironde : 23,9 %). Par ailleurs, les zones rurales sont plus marquées par la précarité ; en 2012, 45 % des foyers fiscaux ne sont pas imposables au sein de la région (Gironde : 41,31 %) ; la Creuse, avec plus de la moitié de foyers fiscaux non imposables, est le 2ème département de la France hexagonale présentant le taux le plus élevé. Les bénéficiaires du RSA socle représentent 4,2 % de la population âgée de quinze à soixante quatre ans, et ce taux est particulièrement élevé en Charente, dans la Vienne et le Lot et Garonne (Gironde : 4,6 %).

La part de résidences principales sans confort (sans douche, sans baignoire) est de l'ordre de 0,50, et peut atteindre 2,1 % en Creuse (Gironde : 0,34). Si la population augmente régulièrement de 0,8 % en moyenne chaque année en raison d'un littoral attractif, contre 0,6 % en France hexagonale, son espérance de vie augmente également. L'espérance de vie des femmes à la naissance est de 85,5 ans (hexagone : 85,07) et celle des hommes de 78,6 ans (hexagone : 78,48). Elle est inégale au sein du territoire, avec un écart de plus de trois ans pour les hommes entre le département où l'espérance de vie est la plus élevée (79,2 ans en Gironde) et celui où l'espérance de vie est moins élevée (75,9 ans dans la Creuse). La région se classe en 4e position au niveau national pour les femmes et en 7e position pour les hommes.

Des actions de prévention et d'éducation sont à développer au vu de deux phénomènes importants : la proportion de nouveau- nés avec un poids de naissance inférieur à 2 500 g est de 6 %, (Gironde : 7 % ; hexagone : 6,1). Le faible poids à la naissance est lié au comportement de la mère (alcool, tabac, alimentation) et/ou à un suivi insuffisant de la grossesse.

Ce sont plus de 1100 personnes qui décèdent chaque année par suicide, dont 23 % sont âgées de soixante quinze ans ou plus. Le taux régional de mortalité par suicide est supérieur à celui de la France hexagonale (hexagone : 16,8 ; région : 18,7 ; Gironde : 15,6). La Creuse est le département le plus touché avec un taux de 24,9.

Il existe des différences territoriales en termes de mortalité.
Entre 2007 et 2011, 58 000 décès par an environ ont été enregistrés en Nouvelle-Aquitaine, dont 18 % de morts prématurées (avant soixante cinq ans) avec une surmortalité prématurée en Charente-Maritime et dans la Creuse. Les cancers constituent la première cause des décès : 29 %, avec une sous-mortalité dans le Lot et Garonne et une surmortalité dans la Creuse, en Charente-Maritime, et au nord de la Gironde (taux standardisé de mortalité par cancers sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants : 235,30 pour la Gironde, 234,4 pour la Nouvelle-Aquitaine, 239,7 pour l'hexagone). Les ALD (affections de longue durée) sont en nombre, mais en deça des moyennes françaises. Ce sont plus d'1,2 million d'ALD qui ont fait l'objet d'une prise en charge en 2013. Le diabète est la troisième ALD (plus de 226 000 personnes prises en charge) après le les cancers, et les maladies cardio-vasculaires (258 000 personnes). La région présente une situation favorable par rapport à la France hexagonale concernant la prévalence de ces ALD ; elle est classée au 4e rang pour la prévalence des ALD liées au diabète et c'est la 2e région présentant le taux le plus faible pour la prévalence des ALD liées aux maladies cardio-vasculaires.

Les médecins généralistes libéraux sont répartis de façon inégale.
Au 1er janvier 2014, on note 6 880 généralistes libéraux ou mixtes avec une densité de 118 pour 100 000 habitants (hexagone : 106) mais cinq départements ont une densité inférieure à la moyenne française, comme les Deux-Sèvres (89), le Lot et Garonne (92,9), la Charente (97,4), la Dordogne (97,9) et la Creuse (97,9). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à l'échelon communal, montre une grande variabilité selon les départements. Si en France, l'APL aux médecins généralistes libéraux de la commune de résidence est en moyenne de 71 équivalents plein temps (ETP) pour 100 000 habitants, l'APL pour la région varie de 0 à 375 ETP ; la moitié des communes ont une APL inférieure à 50 ETP.

Les médecins spécialistes sont concentrés autour des pôles urbains.
Au 1er janvier 2014, on observe une densité de 10 psychiatres libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants (soit 580 professionnels), identique à celle observée dans l'hexagone, avec une densité supérieure pour la Gironde (20,9) et les Pyrénées Atlantiques (11) et une densité nettement inférieure dans les Deux-Sèvres (2,4). À la même période, on compte 3 360 chirurgiens-dentistes dans la Région avec une densité de 58 dentistes pour 100 000 habitants. Alors que la densité est élevée dans les Pyrénées-Atlantiques (83) et sur l'ensemble des départements du littoral atlantique, la répartition est plus faible dans les zones rurales. Le nombre de séjours hospitaliers et les taux standardisés d'hospitalisation illustrent bien la répartition des établissements publics ou privés. Bordeaux Métropole concentre un grand nombre des séjours en hospitalisation complète ou partielle en raison de sa population et du nombre de structures implantées, dont le CHU.
Ces données représentent une première sélection d'indicateurs. Le rapprochement des Observatoires permettra d'associer leurs compétences pour garantir une observation plus fine, neutre et objective, et de s'inscrire dans la perspective d'une réduction des inégalités sociales et territoriales de la santé. N'oublions pas que l'Observation est un outil irremplaçable d'aide à la décision.

RÉFÉRENCE

Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes. La santé et ses déterminants : aperçu en quelques indicateurs. Observatoires Régionaux de Santé Aquitaine/Limousin/Poitou-Charentes. Novembre 2015. (document téléchargeable à www.ors-aquitaine.org).

La mort subite

La Mort. Lorsqu'elle frappe comme frappe la foudre dans l'air sec de l'été, brutalement, sans prévenir, la vie ne s'éteint pas, elle explose.
L'entourage ressent le souffle de l'explosion, parle volontiers d'injustice, mais pondère l'horreur en disant qu'au moins, c'était « une belle mort ». Ce qui signifie qu'il ne s'en est pas aperçu, et donc « qu'il n'a pas souffert »… Une consolation ?
Nous pouvons nous moquer d'elle, la "camarde", la "grande faucheuse". Nous pouvons nous rendre à Bruxelles, au "café de la mort subite", boire une bière du même nom (deux garanties valent mieux qu'une). Nous pouvons cuisiner des "trompettes de la mort" ou "trompe la mort".
Nous ne la tromperons pas.
Souvent pour parler d'elle - sans en parler - on change les mots, surtout quand on s'adresse aux enfants : on dit "partir" pour ne pas dire "mourir", ou "décéder", qui est sûrement moins rude que "mourir".
Finalement, il n'y a pas d'euphémisme pour dire la mort.
Soupirer… On rend "son" dernier soupir.
Est-ce une ultime plainte ?
Expirer, qui signifie rejeter l'air de ses poumons, mais qui, aussi, signifie mourir !
Pour le reste, que dire ? Pourrait-on croire à l'immortalité ?
Laissons le soin des réponses à l'Ecclésiaste, il a de la bouteille : « Vanité des vanités, tout n'est que vanité ». En peinture, c'est une tête de mort qui figure la vanité.
Être confrontés à la mort, subite ou pas… subie à coup sûr, autant dire que nous n'en mourons pas d'envie, pas plus que, le jour venu, nous ne mourrons de rire, quand bien même elle nous en laisserait le temps ! Rire non, sourire peut-être, si nous en avons la force, un dernier sourire pour dire au revoir, ou adieu.

Stéphane Garrigue et Jean-Louis Leymarie sont rythmologue et cardiologue interventionnels : La mort subite : 130 morts par jour ! 40 à 50 000 morts subites chaque année en France ! Ils nous expliquent de façon saisissante cette pathologie (brève il faut bien le dire !), ses circonstances de survenue, quelques pistes pour la prévenir, et son inscription dans le champ social de la prévention.
Le Frère Sébastien Perdrix est dominicain au couvent de Bordeaux. Il enseigne la bioéthique à l'Institut Catholique de Toulouse et la philosophie morale au sein du studium des dominicains. Quand il parle de mort subite, il l'intitule « la mort avant l'heure », et insiste sur le drame de la mort en ce qu'elle « vient priver le sujet de quelque chose qu'il désire profondément : être, c'est-à-dire vivre en tant que personne ». La mort est-elle naturelle ? Scandaleuse ? Complément nécessaire de l'exposé clinique, sa lecture philosophique "interroge l'esprit humain devant toute tentative de réduction du mystère de la vie humaine à un phénomène purement biologique".

Rappelons les travaux que dirige le professeur Michel Haïssaguerre en électrophysiologie cardio-vasculaire à l'Institut Hospitalo-Universitaire (CHU de Bordeaux). Ils sont reconnus comme "Initiatives d'excellence" et retenus comme l'un des projets phares en France dans le cadre du programme des "investissements d'avenir". **FD**

La mort avant l'heure

FRÈRE SÉBASTIEN PERDRIX, O.P.
ENSEIGNANT EN BIOETHIQUE ET THÉOLOGIE MORALE

LES CAS DE MORT SUBITE ENTRENT DANS CE QU'IL EST CONVENU D'APPELER LES MORTS ACCIDENTELLES. Parce ce qu'elles surviennent à l'improviste, ces morts sont perçues comme une violence et une injustice par l'entourage du défunt. En effet, rien ne présageait un tel évènement : ni signe avant-coureur, ni maladie grave. Le caractère accidentel et par là soudain de ces décès en fait un évènement tragique et scandaleux : « ce n'était pas son heure ! » ; « il/elle était trop jeune pour mourir » ; « nous n'avons pas été préparés à vivre un tel drame ». Pour les soignants et, en premier chef les médecins, ces morts accidentelles ont l'amère saveur de l'échec : « nous n'avons pas su prévenir et éviter ces décès ! ». La science médicale a comme été prise à défaut par une mort qui a contourné ses défenses. La contribution des docteurs Garrigue et Leymarie témoigne du souci légitime des médecins de pister les facteurs de risques afin de prévenir et donc d'éviter ces morts subites. Le désir de ne pas être pris de court est tout-à-fait compréhensible. La prévention des maladies et des morts accidentelles fait partie des missions de la médecine. Elle est même un puissant moteur de progrès pour la science et la technique médicales. La crainte de « mourir avant l'heure », outre le désarroi dans lequel elle peut plonger familles et soignants, a d'autres conséquences sociales qui ne sont pas sans questionner le philosophe. Nous en pointerons deux : une du côté de la population, une autre du côté des médecins.

LES DÉRIVES SOCIALES DE LA PRÉVENTION DES MORTS ACCIDENTELLES

Les progrès très louables de la médecine et des techniques bio-médicales ont eu pour contre-partie de modifier notre rapport à la mort. L'hôpital est devenu le lieu où l'on meure. La mort a, pour ainsi dire, quitté nos maisons et donc notre quotidien pour migrer vers un lieu plus impersonnel. Les corps des défunts subissent le même sort. Autrefois veillés au domicile, ils séjournent aujourd'hui en chambre funéraire. La conséquence majeure de ce déplacement géographique est que la mort ne nous est plus familière. Loin des regards, la mort s'est faite oubliée au point de devenir l'ultime tabou de nos sociétés occidentales. Les sociologues et anthropologues ont bien perçu cette « disparition-refoulement » de la mort. Quand elle se rappelle à nous, la mort n'en est que plus scandaleuse. Elle est l'étrangère, la « toute-autre » et tout simplement absurde. Notre rapport à la mort n'est cependant pas monolithique. La mort est encore acceptée quand elle est perçue comme naturelle, quand elle survient, par exemple, au terme d'une longue vie. C'est la mort à la « bonne heure ». Mais la mort accidentelle, la « mort avant l'heure », n'a pas le droit de cité et est vue comme la suprême injustice. Tout homme devrait pouvoir mourir en douceur (sans souffrance) et au terme d'une longue vie. On assiste ainsi dans la population à l'émergence d'un nouveau droit : celui de pouvoir mourir naturellement. Ce souhait, à vrai dire utopique, n'est pas sans lien avec les autres manifestations du désir de maîtriser la mort. Mentionnons-en deux. La première est la volonté de choisir l'heure de « son départ » pour éviter une mort jugée dégradante : c'est la tentation euthanasique. La seconde manifestation est cette folle idée de mourir « en bonne santé » au terme d'une vie considérablement rallongée et augmentée : c'est la tentation transhumaniste. La revendication d'un droit à mourir naturellement se double d'une injonction faite à la médecine, non seulement de prévenir mais surtout d'éliminer toute mort accidentelle ou non-naturelle. Cette pression se fait sentir notamment lors des procédures de réanimation. Familles et proches font précepte à la médecine de tout faire pour ramener à la vie une personne menacée par une mort « accidentelle », comme par exemple la mort subite. Les équipes soignantes déploient une batterie de techniques pour optimiser les chances de réanimer le patient. L'impossibilité de le faire sera perçue comme un échec. Cette volonté, très louable par ailleurs, de « sauver à tout prix » une vie des griffes d'une mort non-naturelle n'est pas sans conséquences tragiques. La plus notable est celle de l'obstination déraisonnable ou ce que l'on nomme communément l'acharnement thérapeutique. La frontière est certes difficile à tracer pour une équipe de réanimation entre l'obstination raisonnable et l'excès. Mais la démesure pourra conduire à des formes de vie extrêmes. La personne a été réanimée, mais à quel prix et pour quelle existence ?

TOUTE MORT N'EST-ELLE PAS NATURELLE ?

Face à ces dérives inquiétantes, que peut apporter la réflexion philosophique ? Le professeur B. Schumacher a critiqué certains usages de la distinction entre mort naturelle et mort accidentelle. Bien qu'elle se trouve dans la pensée antique où les Anciens distinguaient déjà thanatos (la mort naturelle) et ker (la mort accidentelle ou antinaturelle), B. Schumacher montre que les revendications contemporaines de faire disparaître le scandale de mort accidentelle au moyen de la technique s'appuient sur une vision faussée et idéologique de la mort. En effet, la mort n'est que la fin d'un processus biologique et rien d'autre. La vie s'arrête quand l'organisme vivant est usé, comme une machine en fin de course. Cette réduction biologique du phénomène de la mort oublie que la mort accidentelle est bien aussi une mort naturelle du point de vue biologique :

> *Elle découle en effet nécessairement d'un état de fait précis (accident ou maladie) qui projette l'individu dans un état dont il est incapable de restaurer par ses propres moyens le système du métabolisme intégral qui permet à l'individu de continuer à vivre. Toute mort est en soi toujours naturelle.* (B. Schumacher, 1998, p. 14)

À contrario, la lutte pour garantir une mort toujours naturelle est en fait antinaturelle. Elle est une emprise de la technique sur nos existences, comme s'il était possible de programmer l'heure de notre mort et de prolonger l'existence comme bon nous semble. Qu'est-ce qui se cache derrière les revendications pour un droit à mourir naturellement ? Selon B. Schumacher, il faut y voir une volonté de séculariser la question de la mort et d'évacuer toute perspective métaphysique et religieuse « en réduisant la mort à la dimension animale du sujet humain et en décrivant une réflexion sur la mort personnelle comme irrationnelle et constituant un faux problème » (B. Schumacher, 1998, p. 11). La mort naturelle serait la seule bonne mort acceptable. Plus besoin de se poser la question du sens d'une existence. La « bonne mort », maîtrisée et programmée, ne serait plus à craindre.

LA MORT EST TOUJOURS DRAMATIQUE

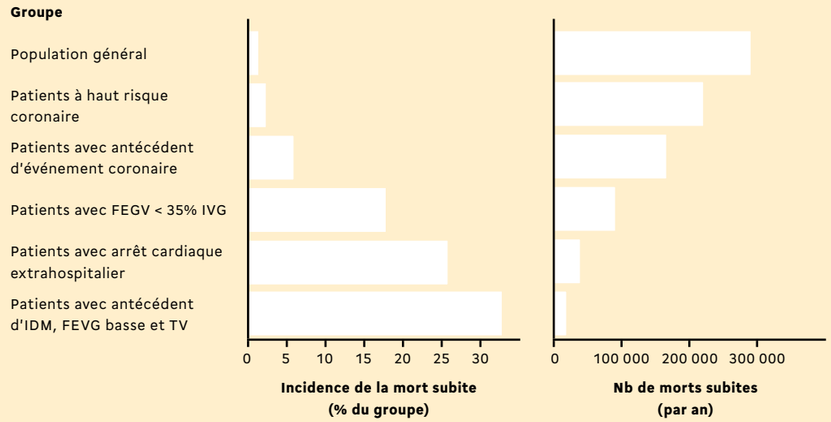
La mort d'un homme est bien toujours un mal en soi, qu'elle soit naturelle ou accidentelle, car « elle vient priver le sujet de quelque chose qu'il désire profondément : être, c'est-à-dire vivre en tant que personne » (B. Schumacher, 1998, p. 19). Toute mort vient frustrer notre désir de vivre. La perception de ce mal que la technique ne pourra jamais évacuer de la conscience humaine résonne tout-à-la fois comme une suprême injustice et un appel à la vie éternelle. Injustice, car notre désir d'être est brisé dans son élan. Appel à la vie éternelle, car le scandale de la mort révèle l'insatisfaction de l'esprit humain devant toute tentative de réduction du mystère de la vie humaine à un phénomène purement biologique.

RÉFÉRENCES

Bernard Schumacher, La mort : événement naturel ou accidentel ?, Laval théologique et philosophique 54 (1998), p. 5-22.

La Mort Subite
Origines, caractéristiques et traitements

Dr Stéphane Garrigue et Dr Jean-Louis Leymarie
RYTHMOLOGUE ET CARDIOLOGUE INTERVENTIONNELS



Près de 40 000 nouveaux cas de mort subite (MS) surviennent chaque année en France (incidence : 1/1000). Moins de 2 % survivent, et le taux de survie sans séquelles neurologiques majeures reste inférieur à 3 %. Le pic de fréquence se situe entre quarante cinq et soixante quinze ans, et concerne trois à quatre fois plus d'hommes que de femmes. La survie à court terme (à la sortie de l'hôpital) des MS dites « ressuscitées » est médiocre, en moyenne inférieure à 5 %. Ces chiffres témoignent de l'importance de pouvoir identifier précocement les sujets à risque. En Ile-de-France par exemple, 3500 personnes sont concernées chaque année, 450 sont prises en charge dans les services de réanimation et seules 150 survivent.

Chez les sujets jeunes (moins de trente-cinq ans), la MS reste heureusement très rare. Elle révèle fréquemment une pathologie du muscle cardiaque, notamment chez les sportifs : cardiomyopathie hypertrophique et dysplasie arythmogène ventriculaire droite essentiellement. Dans plus de la moitié des cas, ces accidents sont imprévisibles et surviennent chez des sujets apparemment en bonne santé. On peut voir sur le graphique ci-joint (d'après les données de JP Empana et al. MT Cardio 2012; 4:154) que le nombre absolu de cas observés est maximum dans les populations à risque moindre, c'est-à-dire la population générale. À cette difficulté à la fois humaine et "physiopathologique", s'ajoute la difficulté technique de pouvoir définir et documenter la MS dans les études épidémiologiques visant à analyser les facteurs de risque.

Quelle est la définition de la mort subite ?

Adoptée en 1998, elle correspond à la survenue d'une mort naturelle inexpliquée moins de 1 heure après le début des symptômes (douleur dans la poitrine, dyspnée…) ce qui impose de recueillir auprès de témoins des informations détaillées sur les circonstances du décès. Pour les arrêts cardiaques extrahospitaliers, des critères standardisés internationaux (UTSTEIN-1991) sont définis : ne sont considérés que les cas survenus en présence d'un témoin, retrouvés en fibrillation ventriculaire par les équipes de secours, et pour lesquels une réanimation a été tentée.

Dans le registre français DEFI 77, le taux de survie immédiate était < 2 %. Des taux de survie plus élevés (30 à 40 %) ont été observés dans certaines régions (Seattle, Göteborg) du fait de l'éducation des citoyens aux gestes de premiers secours (connaissance des numéros d'urgence, appel des secours sans délai, réalisation d'un massage cardiaque seul). Même dans ces conditions, les taux de survie restent faibles si l'on compare à ce qui est observé pour l'infarctus du myocarde par exemple. L'âge des victimes, la survenue de l'arrêt cardiaque à domicile sont des facteurs de mauvais pronostic, alors que la survenue dans un lieu public, un massage cardiaque par les témoins, la précocité de l'intervention (défibrillation) des secours (< 5-10 min), et une fibrillation ventriculaire comme tracé cardiaque initial sont des facteurs de bon pronostic (40-55 % de taux de survie). En centre spécialisé, si l'origine est cardiaque, le patient bénéficiera d'un traitement métabolique en urgence et surtout si nécessaire d'une angioplastie coronaire.

Par conséquent, prise en charge et prévention sont encore très imparfaites.

Dans plus de 80 % Le mécanisme de la MS est un trouble du rythme ventriculaire, fibrillation ventriculaire ou tachycardie ventriculaire (TV): en cas de MS dite « ressuscitée » (prévention secondaire), le traitement repose essentiellement sur l'implantation d'un défibrillateur automatique implantable (DAI), lorsque l'arrêt cardiaque est survenu en l'absence de causes aiguës ou réversibles, telles que l'infarctus du myocarde aigu ou un trouble métabolique et/ou iatrogène.

La prévention primaire (patients à risque mais qui n'ont jamais présenté d'accident rythmique) est beaucoup plus complexe. Chez les patients avec cardiopathie connue, en particulier après infarctus du myocarde, la prévention consiste à implanter un DAI sur les critères suivants : TV soutenue, spontanée ou provoquée par des tests électrophysiologiques, et/ou une fraction d'éjection ventriculaire gauche ≤ 35 %. Chez les autres patients, un traitement anti-arythmique permanent peut être instauré, ou un DAI implanté, la décision est prise « cas par cas » tant il est difficile de stratifier une mosaïque hétérogène de patients exposés à un haut risque de mort subite.

À l'échelle de la population générale, la valeur prédictive des marqueurs de risque est trop imprécise pour que puisse être instauré un dépistage tout venant et que soient élargies les indications de traitements prophylactiques coûteux et non dénués d'effets secondaires. La priorité est d'organiser les moyens de secours qui fait appel à la classique "chaîne de survie" avec trois gestes qui sauvent : Appeler, Masser, Défibriller.

À côté de l'obstruction coronarienne, cause principale de troubles du rythme ventriculaire létaux, d'autres étiologies moins connues sont tout aussi redoutables.

Les Acides Gras Libres circulants (AGL) ont des propriétés pro-arythmogènes à court terme et favorisent à plus long terme le développement d'une insulino-résistance puis d'un diabète de type 2.

L'obésité abdominale

Elle s'accompagne d'une augmentation du flux d'AGL circulants qui favorise secondairement le développement d'un diabète de type 2. Il existe un gradient de risque spécifique entre le diamètre sagittal abdominal et la MS, alors qu'il n'y a pas d'association avec le décès par infarctus du myocarde. La relation est plus forte qu'avec l'indice de masse corporelle, ce qui justifie la mesure régulière du tour de taille et de hanche.

Le Syndrome métabolique, dans lequel coexistent diabète, AGL et obésité abdominale, joue un rôle à cause du poids important des facteurs liés au développement de l'athérosclérose. La réduction spécifique du risque par un apport en acides gras oméga 3 poly-insaturés a pu être retrouvée dans des études de cohorte.

Etiologie adrénergique

Une activité physique régulière et modérée, qui améliorerait l'équilibre de la balance autonomique, est associée à une diminution du risque de MS, alors qu'une activité physique intense et irrégulière, qui pourrait contribuer à la rupture d'une plaque d'athérome et précipiter les événements ischémiques puis rythmiques, est associée à un risque particulièrement accru.

Fréquence cardiaque de repos

C'est un marqueur simple de l'équilibre sympathique/parasympathique. Au cours d'une épreuve d'effort sub-maximale, les sujets chez qui l'augmentation de la fréquence cardiaque pendant l'effort était insuffisante ont un risque multiplié par quatre par rapport aux sujets dont l'augmentation est adaptée. De même, les sujets chez qui la diminution de la fréquence cardiaque 1 minute après l'arrêt de l'effort était insuffisante étaient à risque spécifique de MS. Ces résultats suggèrent la possibilité d'une mise en jeu inadaptée du système sympathique à l'effort et du système vagal parasympathique à l'arrêt de l'effort.

Etiologie psycho-sociale

Des travaux récents ont décrit une association entre l'anxiété phobique et la MS, ainsi qu'avec la dépression de façon indépendante du traitement anti-dépresseur.

•••

••• **CRP AUGMENTÉE**

Cette association, retrouvée dans une seule étude, semble liée à un mécanisme d'initiation et de rupture de la plaque d'athérome. Cela pourrait aussi concerner les athlètes de haut niveau fournissant un effort important et prolongé avec troubles du rythme nycthéméral (marathon, triathlon, raids extrêmes) augmentant considérablement l'inflammation et favorisant les ruptures de plaques dites "molles".

La MS du sportif a fait l'objet d'études récentes (Xavier Jouven, Hôpital G. Pompidou). Entre 2010 et 2015, 820 cas de mort subite chez des sportifs ont été répertoriés et analysés :

– 80 % sont des hommes entre quarante et soixante ans,

– La MS du jeune athlète de compétition ne représente pas plus de 6 % du total,

– La cause du décès n'est identifiée que dans 25 % des cas, surtout dans la pratique de loisir, car le décès a souvent lieu sur place et que l'autopsie n'est pas systématique. Pour les causes identifiées, il s'agit d'une maladie coronaire dans 80 % des cas,

– Le taux de survie à la sortie de l'hôpital est de 16 %, nettement supérieur lorsque la MS survient hors d'un contexte sportif.

– En termes de survie il y a une disparité majeure entre les départements, expliquée par la disparité de formation de la population au geste de premier secours, en particulier le massage cardiaque.

LES MESURES À PRENDRE

❶ Dans l'attente des secours, la rapidité et la bonne exécution des gestes de réanimation est primordiale. Plus une population bénéficie de cette formation, plus grandes sont les chances de survivre (et surtout sans séquelles). Pour cela le rôle des associations bénévoles (médecins ou non) est primordial.

❷ La présence d'un Défibrillateur semi automatique (DSA) dans les stades et gymnases paraît indispensable ; encore faut-il que le personnel sache où il se trouve et comment on l'utilise… On ne peut donc qu'encourager la diffusion des applications smartphone permettant de localiser les DSA dans la cité. Les autorités publiques (mairies, etc) devraient apporter un concours actif à la diffusion de ces informations.

❸ Le transport rapide dans un centre cardio-vasculaire interventionnel et de réanimation est indispensable (ce qui, aujourd'hui, est très bien acquis et développé dans notre pays). Un patient vivant dans une région difficile d'accès a nettement moins de chances qu'un patient dit « urbain » : la question se pose de l'augmentation d'une flotille d'hélicoptères de secours…

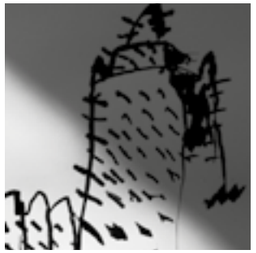
❹ Il est primordial de répertorier et d'étudier chaque cas de MS ressuscitée dans un centre médical par les médecins, afin d'enrichir nos connaissances et de transmettre les données à l'hôpital G. Pompidou qui possède une équipe dédiée à ce fléau. C'est un travail local au service de mesures potentiellement décidées lors des consensus internationaux.

❺ Avant toute pratique sportive, un ECG au moins est requis, avec contrôle tous les deux ans, ainsi que des conseils de modération chez les personnes de plus de quarante ans sur des sports fractionnés et violents (squash, triathlon, football, rugby, tennis …). Pour les sportifs de haut niveau, une échocardiographie d'effort périodique est fortement conseillée pour éliminer une CMH.

❻ Enfin, les patients présentant des maladies cardiaques arythmiques doivent bénéficier d'une consultation dans un centre de rythmologie spécialisé afin qu'une possibilité de guérison par ablation (fibrillation ou tachycardie ventriculaire) puisse être au moins envisagée.

Peut-on poser un lapin à la mort ?

Dr FRANCK DUGRAVIER



Avant on disait apoplexie, coup de sang… Maintenant, c'est « mort subite ».
Mais c'est la même, tapie, en embuscade, dans le noir, et soudain en plein jour.
Dans une main les ciseaux des Parques, dans l'autre sa faux, toute sa quincaillerie.
Et nous, on se fait petit, on feinte pour l'éviter, ne croiser ni son chemin ni son regard, surtout pas. Certains pensent qu'en parlant d'elle ils pourraient l'amadouer. Ils pensent, les nigauds, qu'on peut l'apprivoiser. Peine perdue. Elle vous devient familière ? Elle n'en est que plus proche, et vous à portée de faux, disponible. C'est elle qui décidera du moment et de la façon ; tous les moyens sont bons : subitement ? Une chute ? Votre voiture ? Votre cerveau et vos artères ? Elle peut vous faucher d'un coup. Un « coup de cœur », et hop ! On essaie de se faire à son idée, mais elle est implacable, ne fait ni crédit ni cadeau. Elle ne vous oubliera pas, sa mémoire est infaillible.

Elle peut aussi s'installer sur vous, insolente, se vautrer en vous, vous détruire à petit feu, jusqu'à ce qu'il ne reste rien à brûler, juste quelques kilos d'os et de peau, alors qu'elle est déjà repue de votre chair, de vos muscles, presque de votre vie. Mais ça ne lui suffit pas, elle ne laissera pas de restes.
Mourir, c'est un boulot, un vrai ; si c'est subit, le travail est moindre. Le deuil aussi est un travail (c'est écrit partout) sauf que le deuil, c'est pour les vivants, ceux qui vont rester. Vous, si vous mourez, c'est autre chose, vous trépassez. C'est un autre travail, au sens propre du mot. Pour certains il signifie un instrument de torture, pour d'autres une entrave, pour d'autres encore « une tension qui rencontre une résistance » (c'est peu dire !). Celui-ci, vous ne le bâclerez pas, vous pouvez êtes sûr de le mener à son terme.
Comptez sur elle, elle vous aidera, jusqu'à se coucher sur vous de tout son long s'il le faut, vous étouffer, ou allonger sur vous son ombre, seulement son ombre. Ça peut suffire, il y fait si froid qu'on n'en revient pas. Parfois, elle nous goûte seulement. Notre sueur est froide tout à coup, et nous n'oublierons pas l'odeur de son haleine.
Certains, après quatre-vingt cinq, quatre-vingt dix ans, peuvent croire qu'ils sont passés par maille, qu'ils ont atteint l'éternité. L'éternité ? Non, non, ils se trompent. Elle les attend, son rire est grinçant, le leur est jaune. Elle était ailleurs, retenue auprès d'un enfant, d'un bébé, au flanc d'une montagne près d'une cordée glacée, ou au coin d'une route, elle peut en faucher plusieurs d'un coup, et jeunes en plus, pareille occasion ne se refuse pas !
Ensuite, quand elle a fini, qu'elle a tout « nettoyé » comme on dit des vautours, ou des soldats après la chute d'un village « ennemi », on peut penser qu'elle est repue, que peut-être elle va se reposer. Eh bien non ! Elle n'est jamais rassasiée. Vous pouvez être maigre, chétif, elle vous dévorera quand même.
Elle peut venir tard, elle n'est pas pressée. Vous êtes une proie, facile ; à cet âge, vous ne lui résisterez pas longtemps. Elle savait que le rendez-vous aurait lieu, que vous ne lui feriez pas faux bond, c'est pour cela qu'elle ne s'est pas présentée plus tôt. Elle vous gardait au chaud, ou au frais, c'est selon.
Mais alors ? Avec tout ça, les âmes ? Je ne sais pas… Car si la vie doit être éternelle – on ne sait jamais – il faut tout de même s'assurer de leur destin !
À Tiznit, au sud du Maroc, juste en face de l'océan, là où le soleil chavire, de longues perches de bois sortent des quatre murs du minaret. On dit qu'elles retiennent les âmes errantes, pour leur éviter de se perdre, entre l'éternité et l'infini.

Addictovigilance
Quelles sont les nouvelles drogues en France en 2016 ?

Dr AMÉLIE DAVELUY, Dr FRANÇOISE HARAMBURU
CENTRE D'ADDICTOVIGILANCE DE BORDEAUX

EN QUELQUES DÉCENNIES, LE MARCHÉ DES DROGUES A CHANGÉ. Le cannabis et la cocaïne restent les plus consommés, la consommation d'ecstasy a flambé, et de nouvelles substances, appelées "nouveaux produits de synthèse" sont apparues.

MDMA OU ECSTASY ?

Un dérivé amphétaminique, l'ecstasy, ou MDMA (3,4-méthylènedioxy-métamphétamine) a connu son heure de gloire dans les années quatre-vingt dix : il était alors plutôt appelé ecstasy et présenté en comprimés colorés (avec un logo à l'origine du surnom du comprimé, smiley, éclair, etc.). Entre 2000 et 2010, sa consommation a diminué du fait d'une piètre qualité.
On observe actuellement un regain d'intérêt pour cette substance, vendue sous forme de poudre surtout, cristaux, comprimés, sous l'appellation de MDMA, MD, D ou taz. La voie orale est privilégiée, souvent par l'intermédiaire d'un parachute (la substance est enveloppée dans une feuille de papier à cigarette avant d'être gobée, ce qui masque son goût désagréable). Elle peut aussi être sniffée. Il ne s'agit plus de consommateurs avertis en rave-party comme dans les années quatre-vingt dix, mais d'adultes jeunes, consommateurs occasionnels, lors de « fêtes » (festivals de musique, boites de nuits) ou de soirées privées. Depuis 2010, le réseau national d'addictovigilance observe une augmentation des admissions dans les services d'urgence et des décès impliquant la MDMA. On observe des troubles du rythme (tachycardie notamment), hallucinations, agitation, agressivité, confusion, douleurs abdominales, perte de connaissance, plus rarement convulsions et syndrome sérotoninergique. Comme toutes les drogues illicites, ces comprimés et poudres peuvent contenir des principes actifs multiples et/ou différents de la substance attendue (dérivés proches de la MDMA, autres substances, médicaments, produits de coupage), ce qui, en plus des fortes concentrations, majore leur toxicité et génère des risques accrus pour le consommateur. Ce produit est très disponible, d'où la nécessité d'une vigilance particulière auprès des plus jeunes.

LES NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE (NPS)

Ils sont apparus dans les quinze dernières années du fait d'une disponibilité et d'une qualité moindres des "classiques" (héroïne, cocaïne, ecstasy), favorisés par l'explosion des forums d'utilisateurs et sites Internet de vente. Ces substances correspondent souvent à des analogues ou dérivés de drogues existantes : à partir de la structure de base d'un chef de file, souvent d'origine naturelle, l'ajout de radicaux crée des dérivés aux propriétés psycho-actives comparables. La structure chimique étant différente, ces substances n'étaient pas, comme l'est le produit initial, classées comme stupéfiant. En France et en Europe circulent surtout les cathinones de synthèse (dérivées de la cathinone du khat) et les cannabinoïdes de synthèse (dérivés du cannabis). D'autres familles, comme les phényléthylamines, font également une percée. Nombre de ces substances avaient déjà été décrites dans les années quatre-vingt dix. Ces NPS sont vendues surtout sur des sites de vente spécialisés, sous diverses appellations (sels de bain, engrais pour plantes), sans rapport avec l'utilisation du produit, ou sous des noms plus généraux, tels que NRG, *spice*, etc. Trois cent quatre-vingt nouveaux produits ont été signalés entre 2011 et 2015 en Europe, dont cent un en 2014 et quatre-vingt dix huit en 2015 !

CATHINONES DE SYNTHÈSE

Les feuilles de khat, qui contiennent la cathinone, sont consommées (mâchées) dans la corne de l'Afrique (Djibouti, Yémen) pour leurs propriétés stimulantes. Le khat et ses principes actifs sont classés « stupéfiants » depuis 2012. Ces substances sont prises par voie orale (souvent grâce à un parachute), plus rarement injectées ou sniffées, pour leurs propriétés stimulantes et entactogènes, pour une recherche d'euphorie, augmentation des sensations, stimulation mentale, excitation sexuelle (en particulier dans le cadre du SLAM, phénomène émergeant chez les hommes de la communauté gay, avec injection IV de substances psychostimulantes lors du rapport sexuel). Les signes d'intoxication comprennent tachycardie, palpitations, bruxisme, céphalées, insomnie, agitation, confusion, hallucinations, attaque de panique, agressivité. On peut aussi observer rhabdomyolyse, hyponatrémie, acidose et convulsions, pouvant évoluer vers un collapsus cardiorespiratoire, infarctus du myocarde, défaillance multiviscérale et décès. Ces effets varient d'une cathinone à l'autre, et d'un individu à l'autre. Il n'y a pas d'antidote spécifique, la prise en charge est symptomatique.
Si la première à attirer l'attention fut la méphédrone, classée « stupéfiant » en 2010 en Europe à la suite de décès au Royaume Uni, une multitude de cathinones de synthèse sont apparues sur le marché (MDPV, 4-MEC, 3-MMC, etc.). Pour tenter d'enrayer leur diffusion, les autorités de santé ont établi le premier classement générique sur la liste des stupéfiants d'une famille chimique en associant à un chef de file (la cathinone) une série de derivés potentiels. Même s'il est devenu plus difficile de se les procurer, ce classement n'a pas permis d'endiguer leur consommation.

CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE

Ces molécules, développées depuis les années soixante-dix pour la recherche fondamentale, ont une structure différente de celle du Δ9-tétrahydrocannabinol (THC), responsable des effets centraux du cannabis, mais se fixent sur les récepteurs cannabinoïdes. De par la localisation de ces récepteurs, le système endocannabinoïde interfère avec de nombreuses fonctions physiologiques (mémoire, nociception, système cardiovasculaire, immunité) ce qui expose le consommateur à de nombreux effets délétères. Leur aspect et leurs noms (*spice* , K2, *Black Mamba*) les rendent attractifs. Ils sont le plus souvent fumés sous forme d'herbe ; on les trouve en poudre (sachets), mais aussi dans des e-liquides pour cigarette électronique. Les effets recherchés sont identiques à ceux du cannabis : ivresse, relaxation, bien-être, modification de l'état de conscience, hallucinations. Leur utilisation dans un cadre festif a été notée pour la première fois en 2008. Les effets délétères sont proches de ceux du cannabis, d'ordre neuropsychiatrique (délire, anxiété, agitation, irritabilité, convulsion, perte de connaissance), digestifs (nausées/vomissements), cardio-vasculaires (tachycardie/palpitations, douleur angineuse, infarctus). Le mélange de substances multiples (ce que le consommateur ignore souvent) rend difficile leur identification analytique. De plus, à l'interrogatoire, on peut ne pas les identifier, ou les confondre avec le cannabis. Il existe au moins sept grandes classes chimiques différentes, correspondant à plus d'une centaine de cannabinoïdes de synthèse. Dès 2009, la France a classé sur la liste des stupéfiants les sept substances qui avaient été initialement identifiées au niveau mondial puis, en 2015, l'ensemble des sept familles principales. Certaines molécules échappent encore à cette réglementation. La liste s'est étoffée et de nouvelles susbtances psychoactives commencent à circuler : dérivés des phénéthylamines (méthoxétamine, méthiopropamine), mais aussi dérivés synthétiques des opiacés (ocfentanyl) ou de la cocaïne (synthacaïne). Il est important, devant des signes inhabituels ou en l'absence d'étiologie évidente, d'interroger les patients, quel que soit leur âge ou leur profil socio-économique, sur la prise d'héroïne, cocaïne, cannabis, mais aussi de ces "nouvelles drogues" ou plutôt devrait-on dire, ces nouvelles consommations. Leur accessibilité sur Internet a grandement changé le profil des consommateurs.

POUR EN SAVOIR PLUS

Chavant F et al. Nouvelles drogues de synthèse en addictovigilance, Therapie 2015 70 : 111-242 (accès libre en anglais sur goo.gl/gL1eJk

EMCDDA, rapport européen sur les drogues, 2016 https://goo.gl/gwXcal

Une brève histoire du Depakine

Dr BERNARD DUCHÉ
NEUROLOGUE

Le jour de l'année 1882 où Beverly S.Burton synthétise l'acide valproïque, il est loin de se douter des conséquences de cette découverte. Pendant plus de quatre-vingt ans, ce produit sera utilisé comme un vulgaire solvant jusqu'à la mise en évidence, par hasard, de ses propriétés anti convulsivantes en 1963. Il sera commercialisé quatre ans plus tard en France comme anti épileptique avec un large spectre d'action, en particulier une efficacité remarquable dans les épilepsies généralisées dites idiopathiques, au premier rang l'épilepsie absence dont il reste le traitement de référence.

En 1980, paraît dans le journal de Pédiatrie un article du Docteur Dalens qui passe sans doute inaperçu, montrant que cette molécule est probablement tératogène. Deux ans plus tard paraît dans la prestigieuse revue *The Lancet* une lettre d'un médecin lyonnais, le docteur Elisabeth Robert, rapportant plusieurs cas de spina bifida chez des enfants exposés in utero à l'acide valproïque. Cette lettre, très souvent citée dans la littérature consacrée à l'acide valproïque, peut être considérée comme la première révélation pour la communauté neurologique en particulier d'un effet tératogène tangible de cette molécule. À partir de la fin des années quatre-vingt dix, grâce à des études de cas, des études de cohortes rétrospectives et prospectives et surtout l'établissement de registres prospectifs de grossesses sous antiépileptiques (USA, Royaume-Uni, Australie et EURAP qui regroupe quarante deux pays, etc.) il devient évident que l'acide valproïque provoque des malformations congénitales.

Celles-ci sont divisées en deux groupes : des malformations mineures, par exemple des dysmorphies faciales regroupées sous le terme de « Fetal valproate Syndrome » (FVS), identifié en 1984 et des malformations majeures qui peuvent toucher d'autres organes que le tube neural, principalement le cœur, l'appareil génito-urinaire, l'appareil musculo-squelettique. En 2015, des auteurs japonais reprenant la littérature sur ce sujet ont déterminé, par une méta-analyse dite cumulative, l'année à partir de laquelle le risque devenait statistiquement significatif : 1992 pour les malformations du tube neural, 2004 pour les malformations musculo-squelettiques et génito-urinaires, 2005 pour les fentes palatines, 2006 pour les malformations cardiaques.

Mais qu'en est-il des troubles cognitifs et du spectre autistique par lesquels l'acide valproïque a été ces derniers mois chargé d'opprobres ? En fait les troubles cognitifs sont rapportés régulièrement dans les années quatre-vingt et quatre-vingt dix, soit dans les articles consacrés au FVS, soit dans les articles décrivant les complications des grossesses sous antiépileptiques mais en général d'une façon annexe. En effet, à cette époque, le devant de la scène est occupé par les malformations visibles dès la naissance, au premier rang le spina bifida. D'autre part le lien de causalité avec le traitement est suggéré, mais au même titre que d'autres facteurs : l'épilepsie elle-même, les conditions socio-économiques, les facteurs héréditaires. En 1996, en 1999 et en 2001, trois auteurs qui seraient qualifiés aujourd'hui de lanceurs d'alerte évoquent un lien probable entre la prise d'acide valproïque et un retard de développement cognitif. L'un d'eux décrira à la fin de l'année 2004 un effet délétère à long terme de l'acide valproïque essentiellement sur les capacités verbales des enfants nés de mères prenant cet antiépileptique. Il s'agit cependant d'une étude rétrospective qui n'est pas exempte de critiques. Subsiste donc une interrogation qui sera levée quelques années plus tard grâce à une étude prospective débutée en 1999. Le résultat concernant des enfants âgés de trois ans au plus sera publié dans le *New England Journal of Medicine* en 2009, montrant que les enfants exposés à l'acide valproïque ont un QI inférieur aux enfants exposés à la lamotrigine, à la carbamazépine, à la phénytoïne, cette différence se maintenant chez les mêmes enfants âgés de six ans. Cette étude permettra d'autre part d'affirmer l'existence d'une dose seuil d'acide valproïque, 800 mg, au-delà de laquelle le degré d'atteinte cognitive est majoré. Cette constatation rejoindra les conclusions tirées en 2011 à partir des données du registre EURAP montrant que le risque de malformations congénitales majeures dépend de la dose de l'antiépileptique reçu. Pour l'acide valproïque le risque serait de 5,6 % pour une dose inférieure à 700 mg/jour, 10,4 % pour une dose comprise entre 700 et 1500 mg par jour, 24,2 % pour une dose supérieure à 1500 mg par jour. Récemment, certains auteurs se basant sur le registre nord-américain proposent de ne pas dépasser 500 mg par jour. Rappelons qu'au début des années 1990, la ligne de conduite « officielle » était de donner de façon logique la dose la plus faible possible, considérant que l'acide valproïque devait être administré à une posologie comprise entre 20 et 30 mg par kilo chez un adulte. Au début des années 2000, les recommandations étaient de ne pas dépasser 1 g par jour ou un taux plasmatique de 70 ug par litre.

Enfin, concernant les troubles du spectre autistique, il y eut quelques publications éparses dans les années 1990 puis dans la première moitié des années 2000 mais il fallut attendre une étude danoise publiée en 2013 pour mesurer pleinement ce risque estimé à environ 4,5 % pour les désordres du spectre autistique et 2,5 % pour l'autisme soit cinq et trois fois plus que dans une population « générale ». À l'image des troubles cognitifs, ils sont influencés par la dose d'acide valproïque à laquelle les enfants ont été exposés.

Ce bref survol surtout chronologique des fœtopathies liées à l'acide valproïque conduit à faire un constat simple : la révélation des troubles neuro-développementaux liés à l'acide valproïque a été beaucoup plus tardive que celle des malformations congénitales. Quelles peuvent bien en être les raisons ? Nous pouvons nous risquer à émettre quelques hypothèses.

Le caractère ostentatoire des malformations congénitales détectées au début des années quatre-vingt a certainement contribué à mésestimer des anomalies plus sournoises, moins monstrueuses au sens premier. Il est aisé de se souvenir à quel point dans ces années-là le spina bifida notamment était redouté.

La relative étanchéité entre les médecins prescripteurs, neurologues, et les médecins observateurs du retard cognitif, pédiatres, a pu jouer un rôle. Beaucoup de publications initiales sur ce sujet ont été faites dans des revues de pédiatrie ou de génétique. Devant la masse de publications il faut, à l'instar de la culture, avoir des passeurs capables d'alerter une communauté de spécialistes sur un sujet qui peut les concerner mais qui provient d'une autre spécialité. Nous avons peut-être manqué de passeurs dans les années quatre-vingt. Enfin, nous vivons depuis plusieurs années maintenant sous le joug de l'Evidence-Based Medicine, la médecine par la preuve. Pour confirmer l'existence des troubles cognitifs liés à l'acide valproïque, Meador et son équipe ont mis dix ans, durée écoulée entre le début du recrutement et la parution des résultats dans le NEJM, treize ans si l'on prend en compte le but final de l'étude.

Alors, je me prends à rêver ou plutôt à me souvenir. C'était un samedi matin en 1983 au Tripode dans une salle de réanimation du 3e étage. De part et d'autre du malade il y avait un neuro-chirurgien particulièrement affûté et un épidémiologiste un peu corseté. Je ne me souviens pas précisément du sujet mais très bien de la diatribe du neuro-chirurgien : « Si le docteur X…, médecin expérimenté, te dit qu'il a observé tel signe, tu peux lui faire confiance, je me fous de tes statistiques ! ». L'autre tordait ses doigts, moi je buvais du petit lait…

Références disponibles auprès de l'auteur :
duche.bernard@gmail.com

La réversion des pensions de retraite du médecin au conjoint

Dr RENAUD GABAUDE
CD33OM

Les conditions d'attribution de la réversion au conjoint du médecin décédé diffèrent selon le régime de retraite concerné (régimes de base, complémentaire et ASV). À noter qu'un PACS ou un concubinage ouvrent droit à une pension de réversion telle que définie par le régime de base, mais pas aux pensions de réversion du régime complémentaire et ASV. Le tableau ci-après dresse une synthèse desdites conditions :

RÉGIMES			
	BASE	**COMPLÉMENTAIRE**	**ASV**
TAUX DE RÉVERSION ANNUEL	54% ❶	60%	50%
MAJORATION FAMILIALE	NON	10% si le conjoint a eu au moins 3 enfants avec le médecin	
AGE DU CONJOINT	55 ans ❷	60 ans	
PLAFOND DE RESSOURCES ANNUEL	OUI ❸	NON	
DURÉE DE MARIAGE	Pas de minimum	2 ans (sauf dérogation statutaire)	
REMARIAGE	Pas de perte des droits	Perte des droits	
CONJOINTS DIVORCÉS NON REMARIÉS	Partage entre tous les conjoints au prorata de la durée du mariage ❹		
CONJOINTS DIVORCÉS REMARIÉS	Partage entre tous les conjoints au prorata de la durée du mariage	Pas de droits	
Valeur du point (au 01.01.2016) : BASE = 0,3038€ - COMPLÉMENTAIRE = 47,13€ - ASV 6,50€			

NOTES SUR LE RÉGIME DE BASE

❶ La pension de réversion du régime de base allouée au conjoint survivant est égale à 54 % de la retraite annuelle du médecin décédé OU, si plus favorable, un forfait annuel de 3 406,47€ (pour 2016) si le médecin décédé justifie d'au moins 60 trimestres d'assurance (tous régimes de base confondus), réduit prorata temporis en deçà des 60 trimestres.
La pension de réversion du régime de base est allouée sous conditions d'âge ❷ ET de plafond de ressources annuel ❸.
❷ La pension de réversion du régime de base est perçue par le conjoint survivant à partir de cinquante cinq ans si le médecin est décédé après le 01.01.2009 (cinquante et un ans si décès avant le 01.01.2009).
❸ **Plafond applicable à la pension de réversion du régime de base :**
– Conjoint seul : 20 113,60€
– Conjoint de nouveau en couple (mariage, PACS, concubinage) : 31 181,76€
Ainsi, le cumul "ressources du conjoint – pension de réversion du régime de base" ne pourra excéder ce plafond (la pension de réversion sera réduite du montant du dépassement de ce plafond).
Plafond applicable à la rente temporaire du conjoint survivant relevant du régime invalidité-décès (conjoint seul ou de nouveau en couple): 12 789€
Ainsi, le cumul "rente temporaire du conjoint survivant - pension de réversion du régime de base" ne pourra excéder ce plafond (rente temporaire réduite du montant du dépassement).
Rente temporaire du conjoint survivant (régime invalidité-décès)
Elle n'est attribuable qu'au conjoint survivant (PACS exclu) de moins de 60 ans (au-delà, il ne peut prétendre qu'aux pensions de réversion). Son montant est déterminé en fonction d'un nombre de points alloués.
Le plafond de la rente temporaire est de 12 789 € (correspondant à 90 points).
Assiette des ressources du conjoint prises en compte dans le calcul du plafond applicable à la pension de réversion du régime de base:
– Revenus du travail (Bénéfices industriels et commerciaux, Bénéfices non commerciaux, Bénéfices agricoles) ;
– Revenus du patrimoine (Revenus fonciers, Plus-values mobilières, immobilières,…) ;
– Pensions de réversion du régime général + des régimes des artisans, commerçants, exploitants agricoles, salariés agricoles + du régime de base des professions libérales et membres des cultes + des régimes spéciaux (fonctionnaires, SNCF, avocats,…).
Sont en revanche exclues de l'assiette des ressources :
– La résidence principale ;
– Les biens issus de la communauté ;
– Les revenus professionnels, les retraites, et les biens personnels du médecin décédé (avant son décès) ;
– Les retraites de réversion des régimes complémentaires et loi Madelin, la rente du régime obligatoire invalidité-décès, les prestations familiales du conjoint survivant.
L'assiette de ressource ainsi déterminée est mise en comparaison avec le plafond général.
Le contrôle des ressources cesse trois mois après la date à laquelle le conjoint survivant perçoit l'ensemble de ses pensions (base et complémentaire) ou à l'âge légal de la retraite s'il ne peut prétendre à ces pensions. Les ressources à prendre en compte sont celles des trois derniers mois civils précédant la date d'effet du droit. Lorsqu'elles excèdent le ¼ du plafond, il leur est substitué celles afférentes aux douze derniers mois civils qui sont alors comparés au montant annuel de ce plafond.

> ***Exemple:*** *Conjoint survivant seul de 56 ans dont les ressources annuelles sont égales à 17 000€. Les conditions d'âge sont satisfaites. La pension de réversion théorique du régime de base (54 %) est de 3 450€ par an. La rente temporaire théorique est de 5 000€ par an.*
> *– Application du plafond applicable à la pension de réversion du régime de base : 20 113,60€ à ressources (17 000€) + pension de réversion théorique du régime de base (3 450€) = 20 450€ à plafond excédé de 336,40€ (20 450 – 20 113,60), la pension de réversion effective sera de 3 113,60€ par an (3 450 – 336,40).*
> *– Application du plafond applicable à la rente temporaire du conjoint survivant relevant du régime invalidité-décès: 12 789€ à pension de réversion (3 113,60€) + rente temporaire théorique (5 000€) = 8 113,60€ à plafond non atteint, l'intégralité de la rente temporaire pourra être effectivement versée.*

NOTES SUR LE REGIME DE BASE, COMPLEMENTAIRE ET ASV

❹ Le montant de chaque pension de réversion est partagé entre le conjoint survivant et les conjoints divorcés non remariés (c'est-à-dire que sont exclus du partage les conjoints remariés sauf pour la pension de réversion du régime de base pour laquelle le remariage n'emporte pas exclusion) au prorata de la durée de chaque mariage.
Le partage est établi définitivement sauf pour la pension de réversion du régime de base : le décès de l'un des conjoints bénéficiaires des pensions de réversion ne modifie pas la part des pensions du régime complémentaire et ASV revenant aux autres conjoints (il n'y a pas de redistribution au profit des autres conjoint bénéficiaires du montant des pensions du régime complémentaire et ASV qui revenait au conjoint décédé).

REMARQUE

Le médecin décédé doit être à jour de ses cotisations, aucun droit à pension (ou rente temporaire) ne pouvant être ouvert avant la régularisation intégrale du compte, sauf pour le régime de base lequel permet une liquidation des droits à hauteur des cotisations effectivement versées.

Saisie des dossiers médicaux par la justice

FRANÇOISE GAMBACHIDZE
DOYEN DES JUGES D'INSTRUCTION

Que la justice soit saisie d'une plainte pour homicide ou blessures involontaires commis par un médecin, qu'elle suspecte une fraude à la sécurité sociale commise par un patient ou un médecin, qu'elle recherche des éléments de preuve contenus dans un dossier médical, la saisie de ce dossier est le seul moyen, pour les magistrats et les officiers de police judiciaire (OPJ), d'obtenir les informations détenues par les médecins ou les établissements de santé.

Quand justice et médecine se rencontrent, alors que leurs impératifs s'opposent

Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret. Le médecin ne doit rien révéler de ce qu'il a connu ou appris sur son patient. Garanti par le code de la santé publique et le Code de procédure pénale (CPP), le secret médical est un droit du patient et un devoir du médecin. Il est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion de soins. Cependant, le principe du secret professionnel entre parfois en conflit avec d'autres principes ou intérêts ; son étendue et son caractère absolu sont mis en cause quand ils constituent un obstacle à la vérité dans les affaires judiciaires.
C'est ce même CPP qui sanctionne un médecin qui violerait le secret médical et qui permet à la justice de rentrer en possession de toutes les données du médecin sur ses patients.

Comment la justice peut-elle obtenir le remise du dossier médical?

Deux impératifs ont guidé le législateur :
– Faciliter l'obtention des dossiers médicaux dans le cadre d'une procédure simplifiée : c'est la remise volontaire sur réquisition.
– Préserver la volonté du médecin qui refuse la remise volontaire de documents couverts par le secret médical dans le cadre strict de la saisie de ses dossiers médicaux : c'est la perquisition.

La remise volontaire du dossier médical sur réquisition

Art 99-3 du CPP relatif à la procédure d'instruction : Le juge d'instruction ou l'OPJ par lui commis peut par tous moyens requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public, ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'instruction, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents notamment sous forme numérique sans que puisse lui être opposée sans motif légitime l'obligation au secret professionnel.
Pour les réquisitions concernant les médecins, la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord.
Les articles 77-1-1 et *60-1* du CPP donnent les mêmes pouvoirs au Procureur de la République et à l'OPJ en cas d'enquête préliminaire ou de flagrance. Cette pratique est la plus courante pour la saisie du dossier médical d'un patient qui a été hospitalisé. L'OPJ mandaté par le juge prévient le responsable du service, se rend sur les lieux et constate, dans un procès-verbal, la remise entre ses mains du dossier médical qu'il place sous scellés en présence des membres de la direction et du corps médical.
L'accord du médecin est indispensable : les médecins dûment requis ont la faculté et non l'obligation de remettre aux autorités les documents demandés. En cas de refus, fondé sur un motif légitime en raison d'informations couvertes par le secret médical, ceux-ci ne peuvent être obtenus que dans le cadre d'une perquisition.

La saisie des dossiers médicaux au cours d'une perquisition

En cas de refus de communication, le juge d'instruction a la faculté de perquisitionner et de saisir les documents requis, dans un cadre strict prévu par le législateur pour préserver le secret professionnel.
Art 56-3 du CPP : Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire, ou d'un huissier, sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant. Chez les professionnels soumis au secret professionnel, ce texte de portée générale organise la perquisition. C'est un moyen de rechercher les éléments de preuve d'une infraction, notamment le dossier médical. Il permet de saisir toutes les pièces qui intéressent la justice dans sa recherche de la vérité.
Le CPP impose le respect de conditions strictes :
– La perquisition doit être effectuée par un magistrat, en général un juge d'instruction, désigné dans les affaires les plus complexes.
– Elle doit être effectuée en présence du représentant d'un Conseil de l'Ordre des Médecins (COM), garant du respect du secret médical.
Celui-ci déclare son identité, veille au strict respect du secret médical, s'assure que le dossier médical saisi est bien celui de la personne désignée sur la requête du juge, et que les pièces saisies sont strictement et exclusivement celles qui se rapportent à l'enquête judiciaire en cours.
S'il considère que le secret professionnel a été violé, il doit exiger que sa protestation figure au procès-verbal, faute de quoi il sera admis que le secret médical a été respecté. Elle doit être effectuée en présence du médecin concerné, à défaut d'un représentant qu'il aura désigné, à défaut de deux témoins. Le médecin dans le cabinet duquel s'opère la perquisition ne peut s'opposer à la saisie des pièces du dossier médical de son patient, y compris les courriers échangés entre lui-même et le corps médical et/ou son patient. Cette procédure très formaliste est plutôt rare dans les affaires de responsabilité médicale, mais souvent utilisée dans les dossiers de fraude à la Sécurité sociale.

Le rôle de l'Ordre

Pour une perquisition, la présence d'un membre du COM est obligatoire (*Art 56-3*). Pour une réquisition, elle n'est pas expressément prévue (*Art 99-3*), mais recommandée en pratique comme étant garante de la préservation du secret médical (*circulaire du 24 mars 1997*). Dans les deux cas, réquisition ou perquisition, le dossier médical est pris, soit par l'OPJ, soit par le magistrat, sous la forme d'une saisie, définie comme l'acte par lequel l'autorité judiciaire peut appréhender un bien ou un objet puis le placer sous scellés afin de servir de pièce à conviction.

Les Scellés

La notion de secret médical s'accommode mal de la pratique des scellés ouverts, par définition accessibles à la lecture par toute personne. Aucun texte ne prévoit que le dossier médical doit être placé sous scellés fermés, ce qui est pourtant la règle. Auparavant, il doit faire l'objet en principe d'un inventaire. Les scellés fermés non inventoriés ne peuvent être ouverts qu'en présence de la personne mise en examen et de son conseil. Une précaution utile pour la continuité des soins, comme pour la défense de l'établissement hospitalier ou du praticien : la conservation d'une copie des documents saisis.
Les dossiers médicaux saisis peuvent être exploités :
– par les enquêteurs, notamment en cas de fraude,
– par les experts, essentiellement en matière de responsabilité médicale,
– par le juge.
Les scellés sont conservés au greffe de la juridiction et, s'ils n'apparaissent plus utiles à la manifestation de la vérité, ils peuvent être restitués à la personne qui en fait la demande.

Médecin du CD33OM et saisies de dossiers – Dr Constante Mollat
Motifs les plus fréquents : sévices sur mineurs, maltraitances, AVP, accidents médicaux, homicides et blessures involontaires.
2015 : 113 saisies. Hôpital (50), Cabinet (35), Clinique (9, Maison d'arrêt (5), autres (14).
2016 (sur 10 mois) : 60 saisies. Hôpital (35), Cabinet (12), Clinique (10), autres (3).
2 perquisitions en 2016
L'OPJ en charge de l'enquête contacte un conseiller ordinal, et lui donne le lieu et l'heure de la saisie. Le médecin du CDOM et le médecin détenteur du dossier (copie faite) sont seuls habilités à en faire l'inventaire détaillé , avant de le glisser dans une enveloppe opaque que l'OPJ ferme avec une étiquette et un ruban rouge de mise sous scellés. Tous trois signent l'étiquette d'inventaire, ainsi que, le cas échéant, le directeur de l'établissement. L'OPJ remet au conseiller ordinal un double du procès verbal de réquisition. Pour une perquisition, l'OPJ conduit le médecin de l'Ordre, le lieu n'étant pas révélé.
Au sein du CD33, pour assurer une permanence, six médecins font partie de la commission Saisies et perquisitions, présidée par le Dr Roux.

Demain les post-humains. Le futur a-t-il encore besoin de nous?

JEAN-MICHEL BESNIER

LIBRAIRIE ARTHÈME FAYARD / PLURIEL – OCTOBRE 2012
224 PAGES – 8 EUROS

Le futur a -t-il encore besoin de nous? Serons-nous remplacés, dans un futur proche, par des créatures mi-machines, mi-organismes issues de croisement de bio et nano-technologies, de l'intelligence artificielle et de la robotique, incluant même les animaux? Les post-humains ou l'homme augmenté de demain, voire le cyborg seront-ils confrontés à une éthique délivrée de l'humanisme cartésien classique? L'auteur, professeur de philosophie, introduit la problématique en stipulant que, plutôt que de nous crisper sur les positions morales qui ont garanti la sécurité du monde d'hier, nous devons mobiliser les ressources de l'imaginaire pour construire une éthique adaptée à la complexité de ce nouveau monde.
Quelles seront les frontières pour le vivant? **JMD**

Sorcières, sages-femmes & infirmières.

Une histoire des femmes soignantes

BARBARA EHRENREICH ET DEIRDRE ENGLISH

CAMBOURAKIS – JANVIER 2015 – 121 PAGES – 16 EUROS

Longtemps les femmes n'ont pu accéder aux professions de soins. Superstition, jalousie des pouvoirs secrets, ceux qui soignaient étaient suspects. De plus l'Église et les hommes craignaient d'être dépossédés de leur autorité.
En dépit de la méfiance des médecins, elles finirent par accéder aux fonctions de soignantes. L'infirmière, profession nouvelle, vient illustrer le mythe de « la Femme idéalisée ». Sensibilité et spiritualité font la bonne infirmière, qui ne peut donc trouver sa place dans le monde rude de la science.
Un éclairage féministe, original, sur l'émergence et l'évolution de professions auxquelles les femmes peuvent maintenant accéder et exceller sans risquer les flammes du bûcher.**FD**

La Signature

ALLAIN GLYKOS

EDITIONS DE L'ESCAMPETTE – MAI 2011
118 PAGES – 15 EUROS

Le philosophe écrivain bordelais se met en scène dans le rôle désopilant, et vécu, d'un auteur se livrant au périlleux exercice de signatures, un jour d'août.
Beaucoup de monde, mais très peu d'amateurs pour ce livre sur la violence faite aux femmes (*Nunca mas*, plus jamais) et l'auteur se transforme en observateur : du type en marcel qui lance à la cantonade : « C'est con de pas avoir de succès! », en passant par la vieille dame qui demande : « Qu'est-ce que vous vendez de bon? », on sourit, non, on rit franchement et on compatit.
Allain Glykos a la grande finesse des sensibles, jouant de son pouvoir d'auto-dérision, comme de ses réparties cinglantes.
Il avait envoyé son manuscrit sous le titre : *Signatures*. L'éditeur va le publier, mais sous le titre : *La signature*. Cela suffira, dit-il. Le pluriel lui avait paru un peu excessif... **MC**

Alzheimer, Parkinson, sclérose...

Les maladies neurodégénératives. Prévenir, traiter, aider au quotidien

CORINNE SOULAY, BERNARD BIOULAC

QUAE ÉDITIONS – MAI 2016
208 PAGES – 17 EUROS

900 000 patients sont aujourd'hui atteints d'Alzheimer en France et 150 000 pour la maladie de Parkinson.
Le diagnostic de ces maladies neurodégénératives dues à la perte progressive de neurones fait l'effet d'un raz-de-marée pour le patient et ses proches. Afin de les aider à mieux vivre ces maladies au quotidien, des spécialistes coordonnés par le professeur Bernard Bioulac se sont associés à une journaliste. Dans ce livre au style vivant et accessible, on découvre les mécanismes mis en jeu, les traitements, les espoirs de la recherche. Ce livre s'adresse également aux aidants qui doivent composer avec la maladie 24 h sur 24, au risque parfois de s'épuiser... Un ouvrage de référence pour ne pas en arriver là! **MC**

MÉDECIN	DISCIPLINE	ASSOCIATION	CESSION	ADRESSE	DÉBUT
Dr Dr Nazim Alimazighi	Cardiologie et Maladies Vasculaires	Coll. libéral du Dr J. Ohayon		*Bordeaux*	09/09/2016
Dr Stéphanie Arciniega	MG	Coll. libéral du Dr C. Moreau-Ladan		*Gradignan*	01/09/2016
Dr Brice Avlessi	MG			*Sainte Terre*	01/09/2016
Dr Laurence Barbot	Cardiologie et Maladies Vasculaires	Coll. du Dr A. Legendre-Riviere		*Talence*	03/10/2016
Dr Serge Bazin	Ophtalmologie		Dr Fr. Peyramaure	*Léognan*	01/07/2016
Dr Laure Bechereau-Lagardere	MG	Drs M. Saint-Geours et T. Devarieux	Dr P. Darcial	*La Teste de Buch*	01/10/2016
Dr Marine Berguignat	Néphrologie	Scp Médecins spécialises qualifiés néphrologues		*Pessac*	07/07/2016
Dr Céline Berthie	MG			*Cussac-Fort-Médoc*	29/08/2016
Dr Dr Anselme Billaud-Denneulin	Chirurgie Orthopédique	Coll. du Dr P-. Flurin		*Mérignac*	03/10/2016
Dr Jacques Bonnet	Cardiologie et Maladies Vasculaires			*Bordeaux*	Bordeaux
Dr Sophie Boucheseiche-Mennetrier	Anesthésie-Réanimation		Dr B. Artaud-Saufrignon	*Bordeaux NCBA*	01/07/2016
Dr Meddy Bougherra	Anesthésie-Réanimation			*Arès CMC Wallerstein*	01/07/2016
Dr Nidhal Cherhabil	MG	Drs A. Achouri et L. Benzine		*Lormont*	05/09/2016
Dr Isabelle Compain-Laurent	Dermatologie et vénéréologie	Dr I. Costa-Delmeule		*Talence*	01/08/2016
Dr Pascal Demolis	MG			*Verdelais*	05/09/2016
Dr Sophie Denard	Psychiatrie			*Talence*	01/09/2016
Dr Mamadou Mansour Diouf	Réanimation	Drs P. Ragot, Y. Guenard et N. Morel		*Bruges*	01/07/2016
Dr Anne Dubon-Laborde	MG	Coll. libéral du Dr R. Viala		*Mérignac*	01/09/2016
Dr Jean-Yves Dufraisse	MG	Drs P. Veaux, A. Hamburger, V. Hubert	Dr F. Troquereau	*Arcachon*	01/10/2016
Dr Olivier Dugue	MG			*Quinsac*	05/09/2016
Dr Constance Favel-Vecten	Ophtalmologie	Drs F. Bergaud, O. Chatoux et F. Thoumazet	Dr C. Deyres	*Bordeaux NCBA*	01/07/2016
Dr Marie Fehrenbach	MG	Drs F. Videau, I. Durando, T. Henry Le Teich		*Le Teich*	01/08/2016
Dr Cristina Franzetti	Ophtalmologie	Coll. de la Scp Aouizerte Bernard Bouchut Comte Schauer		*St Médard*	11/07/2016
Dr Florence Gasrel	MG	Dr J-J. Constanty	Dr J.m. Hassid	*Bordeaux*	04/07/2016
Dr Pascale Gerson-Becouarn	Anesthésie-Réanimation	Drs C. Balleau, R. Bazin, F. Hein, C. Joubert, D. Le Roux, P. Leroy, L. Mbaye et N. Plantade,	Dr A. Barthe	*Bruges Polyclinique Jean Villar*	01/10/2016
Dr Géraldine Gilbert	Psychiatrie			*Bordeaux*	30/09/2016
Dr Cédric Hannedouche	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale	Coll. Llibéral du Dr E. Poussard		*Pessac*	29/08/2016
Dr Thibaud Henry	MG	Drs F. Videau, I. Durando, M. Fehrenbach		*Le Teich*	01/08/2016
Dr Sylvain Herit	MG		Dr F. Traineau	*Audenge*	11/07/2016
Dr Amaury Julien	MG	Drs Cl. Michelet, V. Klotz, B. Calmels, B. Audo, K. Oca, C. Bove	Dr F. Smutek	*Eysines*	01/07/2016
Dr Thibaud Karsenty	MG	Les Médecins de SOS Médecins Rive Gauche		*Bordeaux*	19/10/2016

INSTALLATIONS

MÉDECIN	DISCIPLINE	ASSOCIATION	CESSION	ADRESSE	DÉBUT
Dr Mathieu Laurentjoye	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie			*Bordeaux PBNA*	04/07/2016
Dr Julien Le Gourrierec	MG			*Floirac*	01/08/2016
Dr Mathilde Leoty	MG			*Bordeaux Bastide*	03/10/2016
Dr Aurore Levreau	MG	Drs M. Bidabe et S. Hamm	Dr C. Michel	*Blaye*	29/08/2016
Dr Thibaud Karsenty	MG	Les Médecins de SOS Médecins Rive Gauche		*Bordeaux*	19/10/2016
Dr Mathieu Laurentjoye	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie			*Bordeaux PBNA*	04/07/2016
Dr Julien Le Gourrierec	MG			*Floirac*	01/08/2016
Dr Mathilde Leoty	MG			*Bordeaux Bastide*	03/10/2016
Dr Aurore Levreau	MG	Drs M. Bidabe et S. Hamm	Dr C. Michel	*Blaye*	29/08/2016
Dr Anne Loquillard	MG	Coll. libéral du Dr V. Klotz		*Eysines*	07/09/2016
Dr Estelle Millot	Pédiatrie			*Bordeaux*	01/09/2016
Dr Olivier Murcott	MG	Drs S. Chalvet-Pons, A. Lemoine, S. Boucard, L. Cachan et H. Leyral	Dr C. Carles	*Bordeaux PBNA*	06/09/2016
Dr Claire Nicolas	MG			*Laruscade*	04/07/2016
Dr Florian Prost	MG	Coll. libéral du Dr S. Gibert		*Bordeaux*	29/08/2016
Dr Nishi Ramana-Baillou	MG		Dr J. Allen-Lailler	*Bordeaux*	01/07/2016
Dr Chloy Chi Roquefere	MG	Drs C. Jegou et D. Leroy	Dr F. Texier	*Prignac et Marcamps*	04/07/2016
Dr Gaëlle Sadier	MG	Coll. du Dr L. Vaisse-Descazeaux et du Dr E. Boige		*La teste de Buch*	10/10/2016
Dr François Sebire	MG	Drs M. Lejeune, M. Jardri, K. Ferron et V. Gandon	Dr A. Castets (Dcd)	*Langon*	18/08/2016
Dr Elke Soulard	Anesthésie – Réanimation	Drs F. Banchereau, P. Bitar, T. Buu, O. Cantini, J-B. Dolbeau, G. Duquenne, Y. Herve, M. Lafargue, P. Lemoine, J-C. Marty et P. Valat		*Lormont PBRD*	01/09/2016
Dr Carole Usandizaga	MG			*Bernos Beaulac*	21/07/2016
Dr Mathieu Vergeret	MG	Drs Al. Labonnote, F. Chaumeil et T. Ky	Dr B. Vigeant	*St Médard en Jalles*	01/07/2016
Dr Thierry Vital	Cardiologie et Maladies Vasculaires			*Bordeaux – Caudéran*	03/07/2016
Dr Benoît Wolff	Chirurgie Urologique	Drs P. Allard, R. Perier, J.E. Poulain, D. Poussot, O. Renard, R. Richeboeuf, V. Vigouroux, H. Wallerand		*Bordeaux Nouvelle Clinique Bel Air*	03/10/2016
Dr Sunthareth Yeim	Cardiologie et Maladies Vasculaires	Drs B. Larnaudie, F. Casteigt, R. Girardot, S. Brette et E. Harcaut	Dr P. Laurentjoye	*Le Bouscat*	01/07/2016
Dr Sophie Zago	ORL et Chirurgie Cervico-Faciale	Coll. libéral de la SELARL Corla		*Libourne*	01/09/2016

Docteur Gilbert Claverie
[24 avril 1924 – 14 novembre 2016]
A exercé l'oto-rhino-laryngologie en clientèle privée à Bordeaux de 1956 à 1991.

Professeur Louis Couraud
[13 juin 1929 – 11 octobre 2016]
A exercé une activité plein temps de chirurgie cervico-thoracique de 1960 à 1996 à l'Hôpital Xavier-Arnozan. Maître de Conférence Agrégé et Chirurgien des Hôpitaux en 1964.
Professeur des Universités, Chirurgien des Hôpitaux, Chef de Service de Chirurgie Thoracique (1974) et reconduit pour 5 ans dans ses activités de Chef de Service de Chirurgie Thoracique en juillet 1992. A exercé la chirurgie générale en clientèle privée à Pessac dans le cadre de son plein temps hospitalier de janvier 1968 à décembre 1995.

Professeur Louis-Philippe Doutre
[14 novembre 1920 – 2 septembre 2016]
A exercé la chirurgie générale et digestive en libéral, puis au CHR de Bordeaux, tant que PU-PH de 1970 à 1988.

Docteur Jacques Fauqué
[5 juillet 1929 – 27 juillet 2016]
A exercé la rhumatologie en clientèle privée à Bordeaux de 1960 à 1990.

Professeur Jean-Louis Honton
[21 janvier 1928 – 18 novembre 2016]
A exercé la chirurgie orthopédique en clientèle privée à Bordeaux d'octobre 1959 à octobre 1966. Puis à l'Hôpital Pellegrin d'octobre 1966 à avril 1978, en tant que chef de service en orthopédie.
A été élu Membre Suppléant du Conseil régional d'Aquitaine de l'Ordre des Médecins en qualité de Délégué de la Gironde en 1973.

Docteur Daniel Miclet
[23 août 1949 – 24 septembre 2016]
A exercé la médecine générale en clientèle privée à Lège-Cap-Ferret depuis janvier 1991.

Professeur Michel Portmann
[31 mai 1924 – 17 septembre 2016]
Professeur honoraire de l'Université de Bordeaux. Ancien titulaire de la chaire d'ORL. Chevalier de la Légion d'Honneur. Commandeur des Palmes académiques

Fondateur de l'Institut ORL qui porte son nom à la Clinique Saint Augustin à Bordeaux
A exercé l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie maxillo-faciale en clientèle privée à Bordeaux de 1955 à 1977, puis de 1990 à 2000, et au CHU Pellegrin à Bordeaux en secteur privé de 1978 à 1990.

Docteur Bertrand Regelsperger
[3 juillet 1931 – 29 septembre 2016]
A exercé la médecine générale et la médecine du sport en clientèle privée à Illats de 1961 à 1991.
Élu au Conseil départemental de la Gironde aux élections de janvier 1974 et de février 1976 comme membre suppléant, puis comme membre titulaire aux élections de février 1982 et de février 1988.

Docteur Baptiste Zigliara
[3 mars 1928 – 23 septembre 2016]
A exercé la médecine générale en clientèle privée à Lormont de 1969 à 1984, puis, pendant 3 ans, à partir de février 1984, les fonctions de Médecin Régional au Secrétariat Général pour l'Administration de la Police de Bordeaux.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA GIRONDE

160, rue du Palais-Gallien
CS11479 33001 Bordeaux CEDEX
Tél. 05 56 00 02 10
Télécopie 05 56 00 02 11
Mél Gironde@33.medecin.fr
jeunes-medecins@33.medecin.fr

Tous les jours (sauf mercredi) :
lundi et mardi 9h15–12h
et 14h – 16h30
jeudi 9h – 12h et 14h – 16h30
vendredi 9h15 – 15h

Plus d'informations
sur notre site-internet :
www.conseil33.ordre.medecin.fr

LE BUREAU

Dr Albert Roche
Président

Dr Jean-Marie Dilhuydy
1er vice-président
chargé de la communication

Dr Philippe Domblides
Vice-président chargé des
relations avec l'université

Dr Dominique Dallay
Vice-président chargé des
relations avec les hôpitaux
(publics-privés)

Dr Jean-Louis Leymarie
Vice-président chargé des
tutelles (ARS, CPAM)

Dr Christian Dubroca
Vice-président chargé
de la démographie et
du territoire de santé

Dr Fabrice Broucas
Secrétaire général

Dr Bernard Ferchaud
Trésorier

LES 15 COMMISSIONS

Contrats, exercice professionnel
Dr Fabrice Broucas

Déontologie, Ethique
Dr Jean-Marie Dilhuydy

Développement
professionnel continu
Dr Philippe Domblides

Entraide
Dr Philippe Roux

E-santé
Dr Thomas Bachelet

Industrie Pharmaceutique
Dr Jean-Pierre Vallette

Inscriptions et Licences
de Remplacement
Dr Jean-Louis Leymarie

Jeunes Médecins
Dr Marie-Aimée Serise

Permanence des Soins
Dr Bénédicte Labadie

Plaintes et Doléances
Dr Albert Roche

Qualifications – VAE
Dr Jean-Marie Dilhuydy

Remplacements et Sites distincts
Dr Christian Dubroca

Relations avec
les médecins européens
Dr Éric Lasseur

Revue et relations avec les médias
Dr Franck Dugravier

Saisies et Perquisitions
Dr Philippe Roux

CONSEILLERS ORDINAUX

Membres titulaires
Dr Thomas Bachelet
Dr Michèle Daut
Dr Franck Dugravier
Dr Renaud Gabaude
Dr Christian Gledine
Dr Stéphane Guez
Dr Bénédicte Labadie
Dr Éric Lasseur
Dr Frédéric Laurentjoye
Dr Nathalie Maubourguet
Dr Patrick Mercié
Dr Philippe Roux
Dr Marie-Aimée Serisé

Membres suppléants
Dr Pascal Barbeau
Dr Sylvie Birbis-Cugy
Dr Philippe Chemin
Dr Michel Colle
Dr Jean-Marc Demay
Dr Éric Dumont
Dr Marie-Hélène Fabiani
Dr Nathalie Grosleron-Gros
Dr Stéphane Lewden
Dr Albert Lion
Dr Constance Mollat-Leman
Dr Jocelyne Monroy
Dr Anne Perot
Dr Muriel Rainfray
Dr Éric Tentillier
Dr Jean-Pierre Vallette
Dr Philippe Veaux

Pour toute question relative à votre exercice : inscription, modification d'exercice, installation, contrats, organisation de conciliation, aides diverses… vous pouvez appeler le secrétariat qui vous accueillera, vous conseillera, vous indiquera les démarches nécessaires ou vous orientera vers un conseiller selon vos besoins. Vous pouvez également nous écrire par voie électronique : *Gironde@33.médecin.fr*

Vous pouvez aussi consulter notre site qui contient toutes informations utiles (demandez votre code d'accès si vous ne l'avez pas) : *www.conseil33.ordre.médecin.fr*

Vous souhaitez émettre un avis, demander des précisions : *courrier.lecteurs@33.medecin.fr* *jeunes-medecins@33.medecin.fr*