

Le Bulletin

D'INFORMATION
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

Editorial

Editorial

Actualité de l'ordre :

1- Au cours des derniers mois, des collègues exerçant l'anesthésie et la réanimation ont fait l'objet de citation pour des défaillances (présumées) relatives à la garde, à la permanence et à la sécurité du service (*Lire à ce propos, l'article consacré dans ce numéro à l'exercice de l'anesthésie réanimation*).

2- Nous exerçons un métier où il est conseillé au médecin de « se donner en médicament » plutôt que d'abuser de la prescription des médicaments. Pour autant, le « don de soi » doit respecter des règles strictes : pour garder la distance nécessaire à l'équilibre du praticien et du patient. Dans la relation soignant/soigné, forcément asymétrique, l'initiative revient au premier chef au praticien... auquel, en cas de manquement ou d'abus, il ne sera pas pardonné.

3- Des modalités inhabituelles de prescription d'une association de médicaments dont l'indication habituelle est la maladie psychiatrique nous sont à nouveau signalés. A ce propos, et sans préjuger des autres démarches, l'ordre incite les collègues qui se sentiraient physiquement menacés à le signaler à l'autorité publique... plutôt que de prescrire sous la pression d'individus aux intentions douteuses.

4- Grippe AH1N1 : épidémie, pandémie/phénomène passager, bulle médiatique ; manipulation/principe de précaution ; bénéfice de la vaccination/risque des adjuvants ; spectre de l'espagnole (décès, effet sur l'économie)/catastrophisme...

Le débat est vif, les mots et les slogans s'entrechoquent. Mais pour l'heure, la seule vérité qui s'impose aux médecins est le respect des règles de bonne pratique clinique et des injonctions de la stratégie élaborée par les autorités sanitaires nationales. Dans ce numéro du Bulletin un dossier est consacré à la grippe AH1N1 ; il a été réalisé avec le concours des directions du Ministère de la Santé Publique Nationales (DSSB, MSU, Institut de santé Publique, Labo de virologie de référence, ONMNE) et régionale (DRT).

S
O
M
M
A
I
R
E

EDITORIAL	1
QUESTIONS-RÉPONSES SUR LA GRIPPE A H1N1	2
PRISE EN CHARGE D'UN CAS POSSIBLE DE GRIPPE AH1N1(SYNTHESE).....	4
SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN TUNISIE.....	5
LE DIAGNOSTIC AU LABORATOIRE DE LA GRIPPE A/H1N1 PANDÉMIE 2009.....	6
PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE	6
LA GRIPPE A/H1N1 : PLAN D'INTERVENTION EN MILIEU ÉDUCATIF	7
A PROPOS DE L'EXERCICE DE L'ANESTHÉSIE RÉANIMATION (CROM de SFAX)	8
DU SECRET MÉDICAL.....	10
L'HISTOIRE (PETITE et qui continue) D'UN MÉDICAMENT	11
ANNUAIRE (TABLEAU DE L'ORDRE) DES MEDECINS DE TUNISIE.....	12
LE SITE DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS	12
UNE CERTAINE MANIERE D'INTERPRETER LES STATISTIQUES	12
LA MAISON DU MEDECIN : ETAT D'AVANCEMENT DU PROJET	13
LA SANTE ET LE SYSTEME DE SANTE EN TUNISIE, ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE.....	14

Directeur de la publication

Dr. Taoufik NACEF

Comité de rédaction

Mohamed ALOULOU

Mohamed Féthi DEROUICHE

Mohamed JOUINI

Slim BEN SALAH

Nabil BEN ZINEB

Amen Allah MESSADI

Mohamed AYED

Lotfi BEN HASSINE

Abdelhamid BOUATTOUR

Mohamed Néjib CHAABOUNI

Najeh CHENITI

Rafik GHARBI

Rachid KAMOUN

Youssef LETAIEF

Mounir Youssef MAKNI

Collaborateurs

Mme Henda Zidi Chtioui

Mme Saliha Oubeidallah

LE BULLETIN - N° 31 - Octobre 2009 - CNOMT, 16, RUE DE TOURAINNE - 1002 TUNIS

Tél: 216 71 792 736 - 216 71 799 041

Fax: 216 71 788 729

E-mail: cnom@planet.tn - Site: www.ordre-medecins.org.tn

Quels sont les signes ou les symptômes de l'infection ?

Les signes de la grippe A(H1N1) ne sont pas spécifiques et peuvent se voir dans toute affection de type grippal. Un état grippal peut faire partie du tableau – inaugural - de nombreuses maladies, infectieuses et non infectieuses. Ces signes sont essentiellement la fièvre, la toux, l'écoulement nasal, les maux de tête, les myalgies, les arthralgies, les maux de gorge, parfois accompagnés de vomissements ou de diarrhée.

Quand faut-il considérer le diagnostic d'une Grippe A de type H1N1 ?

Une Grippe A (H1N1) est probable si le patient rapporte (1) une exposition possible au virus A(H1N1) et (2) l'association de signes généraux et de signes fonctionnels respiratoires et/ou digestifs et (3) l'absence d'un diagnostic alternatif.

1. Une exposition est possible au virus A(H1N1) si est rapportée la notion de contact proche (à moins d'un mètre) avec un patient porteur de la Grippe H1N1 et/ou de séjour dans une région à forte prévalence de Grippe H1N1.

2. Les signes généraux sont la fièvre (> 38°C), l'asthénie, les myalgies, les arthralgies; les signes Respiratoires sont la toux, les éternuements, la rhinorrhée,... ; les signes digestifs sont la diarrhée, les vomissements,

3. Les diagnostics alternatifs possibles qui peuvent expliquer les symptômes sont nombreux, notamment devant des signes digestifs (Appendicite, Toxi-infection alimentaire,...)

Le temps d'incubation de la grippe A(H1N1) n'est pas connue (5 jours selon certaines estimations contre 1 à 2 jours pour la grippe saisonnière) ; Il en est de même pour la durée de la contagion (6 jours pour la grippe saisonnière).

En Résumé, l'association

« **contexte épidémique positif + syndrome général fébrile + signes fonctionnels respiratoires** »

évoque le diagnostic de grippe AH1N1, tout en n'omettant pas d'envisager (diagnostic différentiel) d'autres possibilités pouvant être suggérées par l'anamnèse et l'examen clinique.

Comment éviter d'être contaminé par un patient ayant probablement une grippe A H1N1 ? Quels conseils donner aux patients ?

La principale voie de transmission du nouveau virus grippal A(H1N1) semble être la même que celle de la grippe saisonnière, à savoir via des gouttelettes respiratoires émises lorsqu'on parle, qu'on éternue ou qu'on tousse.

On peut se prémunir contre l'infection en évitant un contact rapproché avec des personnes présentant des symptômes de type grippal et en prenant les mesures qui suivent :

- éviter de se toucher le nez et la bouche;
- se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique, et ce régulièrement (surtout si l'on se touche le nez ou la bouche ou si l'on touche des surfaces potentiellement contaminées);
- éviter un contact rapproché avec des personnes qui pourraient être malades;
- bien aérer l'endroit où l'on vit en ouvrant les fenêtres.

Quels sont les signes de gravité de la grippe A (H1N1) ?

Les signes de gravité de l'infection par le virus A(H1N1)v :

A tout âge :

- La dyspnée et tout autre signe physique d'insuffisance respiratoire (polypnée, tirage, cyanose...);
- Hyperthermie ne répondant aux antipyrétiques ou Hypothermie ;
- Fréquence cardiaque supérieure à 120/mn ;
- Des signes neurologiques : troubles de la vigilance, difficulté de concentration, vertiges, confusion, obnubilation,...
- Hypotension inférieure à 90 mm Hg ;
- Signes de déshydratation (à rechercher soigneusement chez les sujets âgés et les nourrissons) ;
- Décompensation aigue d'une affection chronique y compris le diabète ;
- Vomissements incoercibles et/ou diarrhées profuses.

Chez les nourrissons et les petits-enfants, la présence de l'un des symptômes suivants incite à une grande vigilance.

- Refus d'alimentation ;
- Difficultés alimentaires chez un nourrisson de moins de 6 mois (prise de moins de la moitié des biberons sur 12 heures);
- Signes de détresse respiratoire, battement des ailes du nez, apnées ;
- Troubles de la conscience ;
- Signes de déshydratation aiguë

Quels sont les signes d'une grippe H1N1 compliquée d'une infection bactérienne (respiratoire) ?

Il s'agit de signes :

Broncho-pulmonaires :

- Douleurs thoraciques ;
- Toux grasse avec crachats purulents ;
- Signes physiques : Matité, Râles pulmonaires.

ORL :

- Douleur unilatérale de la gorge ;
- Ecoulement nasal purulent ;
- Douleur sinusienne ;
- Otorrhée/Otalgie.

Reprise de la fièvre après une apyrexie initiale.

Quelles sont les personnes à risque de développer des formes sévères de grippe H1N1 ?

Les personnes à risque de développer des formes sévères de Grippe A(H1N1) sont celles atteintes de :

- maladie pulmonaire chronique (Asthme, BPCO, Dilatation de bronches, Fibrose pulmonaire,..) ;
- cardiopathie et/ou trouble du rythme ;
- maladie rénale chronique ;
- maladies chroniques du foie ;
- maladies neurologiques ;
- immunodéficience ;
- affections nécessitant un traitement immunosuppresseur y compris par les corticoïdes per os ou injectables ;
- diabète ;

Ainsi que :

- Les femmes enceintes ;
- Les personnes âgées de 65 ans et plus,
- Les enfants de moins de cinq ans.

Quelle est la CAT devant un cas simple de grippe A(H1N1)?

Il faut recommander au patient

- De rester chez lui, d'éviter de se rendre sur le lieu de travail, à l'école ou à des rassemblements, et de voyager.
- Se reposer et absorber des liquides en abondance.
- Se couvrir le nez et la bouche de mouchoirs en papier lorsqu'il tousse et/ou éternue et les éliminer ensuite correctement.
- Porter une bavette (durée d'efficacité = 6H)
- Se laver les mains à l'eau et au savon fréquemment et soigneusement, surtout après avoir toussé ou éternué.
- Informer sa famille et ses amis de sa maladie et rechercher de l'aide pour les tâches ménagères qui supposent des contacts avec d'autres gens, par exemple les courses.

Que faire devant un patient avec une grippe A (H1N1) et des signes de gravité?

- ✓ Porter un **Equipement de protection** avec des gants et un masque FFP2
- ✓ Assurer les premiers soins
- ✓ Organiser le **Transfert dans un service Référent H1N1 de la structure hospitalière la plus proche**

Qu'en est-il de l'éviction des écoliers/lycéens atteints de la grippe épidémique ?

Conformément au décret 94-534 du 28/2/1994 « relatif aux mesures à prendre dans les établissements d'enseignement, les crèches, jardins d'enfants et koutubs pour la prophylaxie des maladies contagieuses », l'enfant atteint de grippe épidémique (et lui seul) est soumis à une mesure d'éviction « jusqu'à guérison clinique ».

Que conseiller à une femme qui allaite et qui consulte pour un syndrome grippal ?

Sauf cas particulier, elle ne doit pas interrompre l'allaitement qui joue un rôle protecteur pour le nourrisson (transmission des anticorps maternels) et augmente les défenses immunitaires.

Faut-il prescrire systématiquement des produits antiviraux ?

Non, en tout cas certainement pas à des fins prophylactiques. En toute circonstance le rapport risque/bénéfice et coût/efficacité doit être évalué

Faut-il faire systématiquement des prélèvements en vue de confirmer le diagnostic de grippe ?

Non ! Les prélèvements sont effectués seulement chez les malades présentant des signes de gravité ; éventuellement à la demande des services en charge de la surveillance épidémiologique (réseau sentinelle par exemple).

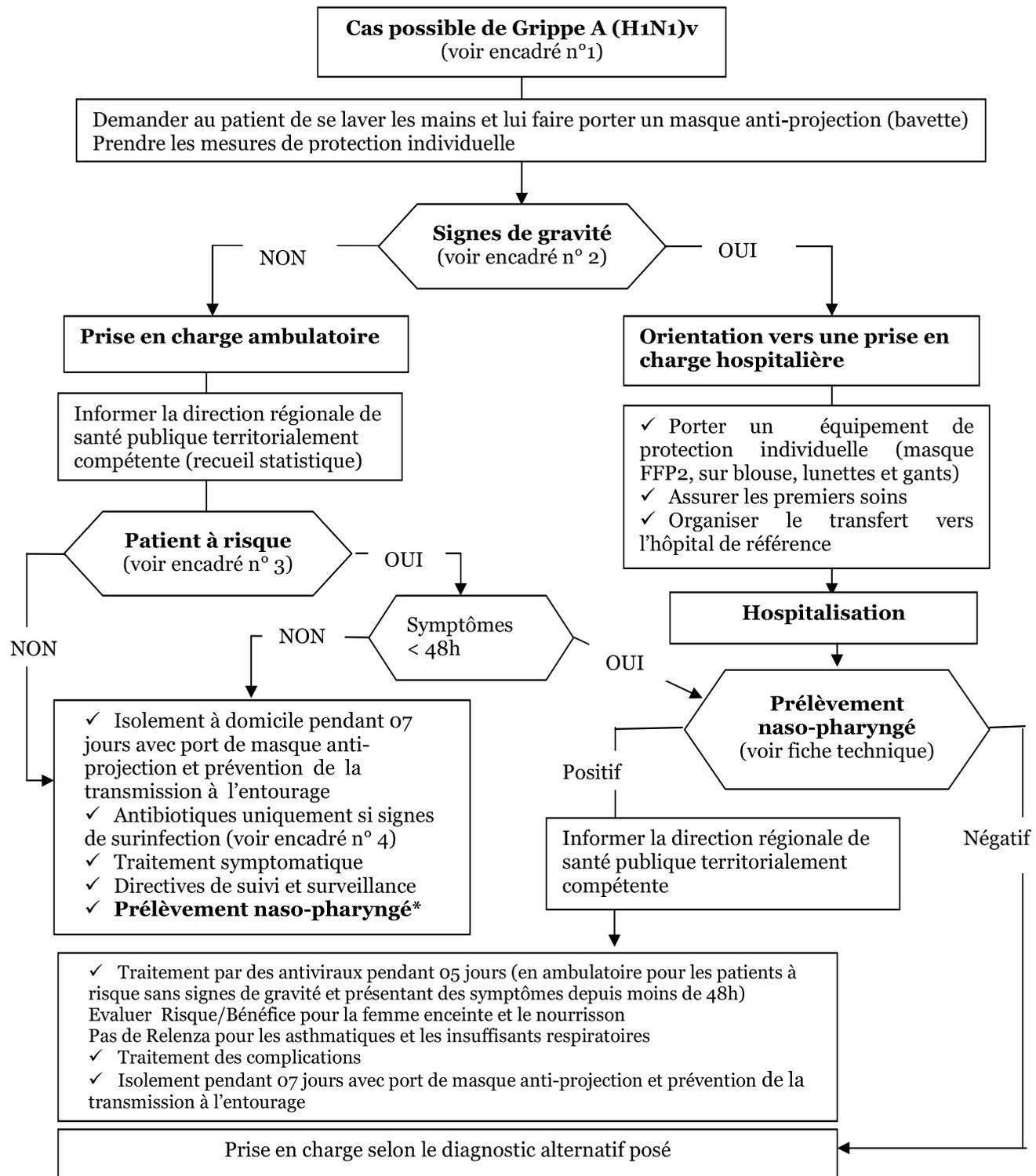
Qui vacciner en priorité ?

Les personnes à vacciner en priorité dès que le vaccin aura obtenu son AMM et sera mis sur le marché sont :

- Les femmes enceintes ;
- Les malades ayant une maladie respiratoire chronique ;
- Les malades ayant une insuffisance cardiaque ;
- Les malades ayant un déficit immunitaire ;
- Les malades ayant une insuffisance rénale chronique ou une insuffisance hépatique ;
- Les personnels de santé..

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
PRISE EN CHARGE D'UN CAS POSSIBLE DE GRIPE A (H1N1)V

Synthese



* Dans la période de virage vers la phase pandémique où le nombre de signalement de cas possibles et de cas confirmés de grippe A(H1N1)v n'est pas encore très élevé et où la transmission communautaire n'est pas encore déclarée, le prélèvement naso-pharyngé continue à être assuré chez tous les cas bénins (sans signes de gravité ni facteurs de risque) de grippe A(H1N1)v.

(+++)
 (+++) Dans tous les cas il faut rechercher l'existence de contacts étroits présentant un facteur de risque de complications. Ces personnes pourront bénéficier d'une consultation médicale et d'une prise en charge adaptée.

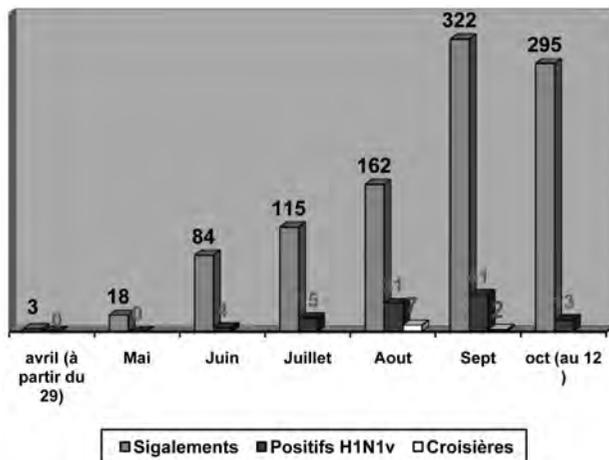
Le premier cas signalé le 15/6/2009 est celui d'une étudiante tunisienne à son retour des USA. La Tunisie a été le 77ème pays au monde à signaler des cas.

Un total de 1000 Signalements a été enregistré durant la période allant du 28/4/2009 au 12/10/2009, ayant conduit à détecter, parmi les personnes présentes sur le territoire tunisien, 105 cas qui ont été confirmés positifs au nouveau virus A/H1N1 au Laboratoire National de Référence de l'hôpital Charles Nicolle.

9 autres cas positifs ont été enregistrés aux mois d'août (7 cas) et septembre (2 cas) chez des touristes en croisière dans des paquebots ayant accosté à La Goulette ; ils n'ont pas été autorisés à débarquer en Tunisie.

ÉVOLUTION DANS LE TEMPS DES SIGNALEMENTS ET DES DÉTECTIONS DE CAS POSITIFS CHEZ LES RESIDENTS (fig. 1) :

Fig.1 : Cas positifs, évolution durant la période écoulée entre avril et octobre 2009

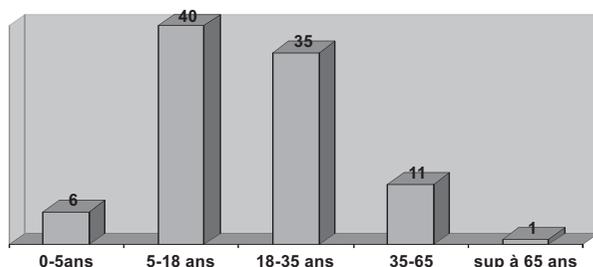


CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES CAS POSITIFS (résidents) :

Les 105 cas positifs se répartissent en 53 femmes et 52 hommes. L'âge varie de 1 à 67 ans (Fig. 2)

L'âge moyen est de 21,24 ans : 22,97 ans chez les femmes et 19,55 ans chez les hommes.

Fig. 2 : Répartition par âge



RÉPARTITION DES SIGNALEMENTS ET DES CAS POSITIFS PAR RÉGION

Le plus grand nombre de signalements et de cas confirmés positifs proviennent du gouvernorat de Tunis, suivi par l'Ariana.

Tableau 1 : Répartition par région des cas positifs

Gouvernorat	Signalements	Cas positifs
Tunis	439	50
Ariana	106	15
Sfax	63	4
Nabeul	46	5
Jendouba	47	4
Médenine	53	7
Bizerte	49	3
Tozeur	23	0
Monastir	21	5
Sousse	21	4
Siliana	26	0
Ben Arous	11	4
Manouba	12	2
Mahdia	9	0
Gabès	9	0
Kebili	10	0
Kairouan	6	1
Tataouine	3	0
Gafsa	13	0
Sidi Bouzid	2	1
Béja	3	0
Kasserine	1	0
Zaghouan	1	0
Le Kef	1	0
Total	975	105

NATIONALITÉS DES CAS POSITIFS:

Les cas positifs au A/H1N1v se répartissent selon la nationalité en:

- 78 tunisiens,
- 11 français,
- 2 suédois,
- 1 personne pour chacune des nationalités suivantes : hollandaise, anglaise, anglo-pakistanaise, anglo-tunisienne, canadienne, espagnole, allemande, ghanéenne, malienne, norvégienne, roumaine, sénégalais, soudanaise et franco-gabonaise.

PAYS DE CONTAMINATION:

58 sujets se sont contaminés en Tunisie ; il s'agit pour la plupart de cas secondaires à des cas importés.

Pour les autres cas, le pays ou la contamination a eu lieu est: Espagne (9 cas) ; France (8 cas) ; Angleterre et Malaisie (4 cas chacun) ; Allemagne et Canada (3 cas chacun) ; Île Maurice, Suède, Italie, USA (2 cas chacun) ; Arabie Saoudite, Chine, Hollande, Italie, Roumanie, Mali, Norvège, et Suisse (1 cas chacun) ; 1 cas lieu contamination indéterminé.

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE GÉNÉRALE DANS LE PAYS:

Actuellement, le pays connaît selon toute vraisemblance un début de circulation communautaire limitée du virus. En effet des cas de contamination sans rapport avec l'étranger ont été enregistrés notamment dans l'agglomération urbaine à l'ouest de la capitale (Sidi Hassine, Zahrouni, et Ettadhamon)

le plus souvent chez des élèves et des étudiants. Mais ces cas n'ont jamais été suivis d'une dissémination importante en milieu familial, communautaire ou scolaire.

Le virus est donc là ; il circule à bas bruit, d'une manière restreinte, donnant des cas sporadiques mais pas encore de cas groupés.

Les mesures draconiennes de prévention prises en milieu

scolaire (et qui ont consisté en l'éviction des sujets avec signes présumés de « grippe »), ajoutées aux conditions climatiques défavorables au virus, et peut être l'amélioration du degré de conscience de la population des modes de transmission de la grippe et des moyens de sa prévention, ont été pour beaucoup dans ce ralentissement du déclenchement de la circulation du virus.

Dossier grippe 3

LE DIAGNOSTIC AU LABORATOIRE DE LA GRIPPE A/H1N1 V PANDÉMIE 2009

Le diagnostic de laboratoire d'une grippe A/H1N1 obéit à 2 règles fondamentales :

1. La bonne qualité du prélèvement : le virus est présent dans le nez et la gorge en quantités détectables jusqu'au 5ème jour après le début des signes cliniques. Privilégier le sujet qui a une température > 38°5 C et qui présente une toux sèche.

Prélever par écouvillonnage au niveau du nez (rhinorrhée) et/ou du Rhinopharynx si angine associée.

Disposer l'écouvillon dans le milieu de transport et contacter le laboratoire de référence (Dr. Amine Slim au 98 354 222 ou Dr Ben Hadj Kacem au 98901540) ou la direction régionale adéquate pour les modalités d'acheminement du prélèvement.

2. Le test de référence reconnu par l'OMS est l'amplification génétique de l'ARN viral spécifique du virus A et de la nouvelle Hémagglutinine H1.

Il est pratiqué exclusivement au laboratoire de référence (Unité de Virologie, EPS Charles Nicolle Tunis) et nécessite un matériel et des compétences techniques spécialisées dans le diagnostic moléculaire de la grippe. Il demande environ 5 heures de temps pour être pratiqué (2 heures 30mn de préparation du prélèvement et 2 heures 30 mn d'amplification en machine) ; il se fait en série pour des raisons de coût/efficacité (chaque test coûte en moyenne 50

dinars et doit être entouré de 3 contrôles). Il se pratique toutes les après-midi y compris le samedi. Les résultats sont communiqués par fax au MSP et par téléphone aux praticiens qui le demandent sur le bon de Laboratoire. C'est pour cela que les prélèvements arrivés au laboratoire après 13h30 chaque jour sont reportés au lendemain et que le laboratoire de référence s'est engagé dès le départ à fournir tous les résultats dans les 24 heures des jours ouvrables, sauf cas exceptionnels à discuter entre le médecin demandeur et le laboratoire de référence.

Un diagnostic d'orientation peut être effectué par test rapide : ce test différencie entre grippe A et B. Toutefois en cas de positivité pour A, il ne permet pas de différencier entre grippe saisonnière et nouveau virus. Ce test donne une réponse en une heure de temps, la sensibilité (% de faux négatifs) est de l'ordre de 30%. Il est réalisé soit dans des laboratoires privés soit dans des structures étatiques accréditées par le MSP (Ariana, Sousse, Sfax, Nabeul, Jendouba, Gafsa, Gabès)

On suppose que le médecin a devant lui un patient présentant une symptomologie de grippe à virus A/H1N1.

Dossier grippe 4

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE

1. MESURES A RESPECTER POUR LES PRELEVEMENTS DES ECHANTILLONS

Pour éviter d'être exposée, la personne qui effectue le prélèvement doit porter :

- un masque de type FFP2
- des lunettes de protection
- des gants à usage unique (vinyle ou latex)
- une surblouse à usage unique

2. FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE

- Compléter le questionnaire prévue à cet effet, ne pas oublier d'inscrire le numéro de téléphone (et n°fax) pour le rendu des résultats

3. PRELEVEMENT:

Le matériel nécessaire au prélèvement (écouvillons et tube avec liquide de transport, formulaire de demande) se trouve sous forme de kit prêt à l'emploi contenant :

- 1 coton-tige scellé dans un étui stérile
- 1 cylindre contenant le milieu de conservation du virus (liquide)

Le milieu de transport (Vircell) est nécessaire pour l'acheminement des analyses au laboratoire de virologie de référence à l'EPS Charles Nicolle dans les meilleures conditions (Tél. : (71) 57 81 86 / (71) 57 81 85)

Le Laboratoire est ouvert tous les jours de 8 h à 19 h et le dimanche de 9h à 14 h.

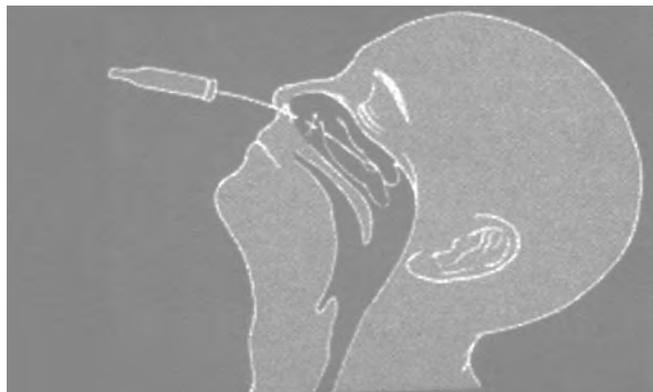
Dans le cas où une urgence justifie un examen en dehors de cet horaire, prendre contact, auparavant, avec le Pr Slim Amine ou le Dr. Mohamed Ali Ben Hadj Kacem pour coordonner l'envoi du prélèvement et sa réception au laboratoire.

Le matériel de prélèvement peut être demandé à la DSSB (Tél. (71) 79 02 33) par tout médecin, clinique privée, direction régionale, etc.... qui répercutera la demande au laboratoire de virologie de référence du Professeur Slim Amine à l'hôpital Charles Nicolle.

Le prélèvement peut être adressé pour un test rapide au laboratoire de l'un des hôpitaux suivants : Abderrahmane Mami à l'Ariana, Institut Pasteur de Tunis, Farhat hached à Sousse ou Habib Bourguiba à Sfax

4. REALISATION DU FROTTIS NASO-PHARYNGE

- introduire l'écouvillon souple dans le conduit nasal jusqu'à atteindre le nasopharynx (environ 7 cm de l'arcade dentaire chez l'adulte), puis faire 2 rotations.



- Retirer l'écouvillon,
- Casser l'écouvillon plastique au bord du cylindre en évitant les projections de liquide
- Refermer le cylindre grâce à la vis plastique.
- Remettre l'écouvillon dans le carton protecteur
- Ecrire les renseignements concernant ce prélèvement sur la pochette cartonnée à l'endroit indiqué

5. ACHEMINEMENT:

- Adresser le prélèvement au laboratoire de virologie de référence du Professeur Slim Amine à l'hôpital Charles Nicolle.
- Les échantillons doivent être conservés à 4°C jusqu'à l'envoi.
- Si la distance à parcourir est supérieure à 20km, utiliser une glacière réfrigérée pour le transport
- Mentionner clairement sur la demande d'analyse qu'il s'agit d'un cas suspect AH1N1 (risque de contamination du personnel de laboratoire, information indispensable pour l'analyse).

6. ANALYSE

Elle est effectuée au laboratoire de virologie de référence du Professeur Slim Amine à l'hôpital Charles Nicolle.

7. COMMUNICATION DES RESULTATS :

Le laboratoire transmet les résultats, tous les jours ouvrables, entre 17h et 18h à la DSSB et à l'observatoire national des maladies nouvelles et émergentes (ONMNE) qui transmettront à leur tour le résultat à la personne qui en fait la demande et qui est signalée sur la fiche de demande d'examen de laboratoire (Fiche de déclaration d'un patient en investigation pour grippe H1N1).

Dossier grippe 5

LA GRIPPE A/H1N1 PLAN D'INTERVENTION EN MILIEU ÉDUCATIF

Dans le cadre de la préparation de la rentrée scolaire et universitaire, une stratégie spécifique à chaque niveau d'étude a été élaborée et mise en œuvre en collaboration avec les différents ministères de tutelle.

Les principaux axes de la stratégie sont :

1. Renforcer la sensibilisation sur la prévention de la grippe A/H1N1
2. Assurer le suivi épidémiologique, la riposte et la coordination
3. Assurer la continuité de la vie scolaire et universitaire (activités administratives, pédagogiques)

1. Renforcer la sensibilisation sur la prévention de la grippe H1N1

- Des journées de formation et des séances de sensibilisation sur la grippe H1N1 et les moyens de prévention au profit des différents intervenants en milieu scolaire et universitaire (cadre éducatif, élèves, parents) sont organisés ;
- Des supports éducatifs spécifiques à chaque niveau d'étude et pour les enseignants ont été diffusés (affichage au niveau des établissements éducatifs) ;
- Des séances d'enseignement ont été consacrées à la sensibilisation sur la grippe A/H1N1

2. Assurer le suivi épidémiologique, la riposte et la coordination

- ◆ Une cellule de vigilance et de coordination sera créée au niveau:
 - De chaque établissement éducatif ;
 - Et au niveau régional et central (selon le niveau d'étude).
- ◆ Les responsables des établissements éducatifs ont été

appelés à veiller à :

- L'identification précoce des cas selon les signes de la grippe (dans les crèches et jardins d'enfants) ; il a été prévu d'utiliser le thermomètre frontal à l'entrée des enfants pour détecter une éventuelle fièvre ;
- Prévoir un lieu pour l'isolement des cas en attendant l'éviction ;
- L'application de la réglementation sur l'éviction au niveau des établissements préscolaires, collèges et lycées ;
- Prévoir un local pour l'isolement et la prise en charge des cas de grippe au niveau des foyers universitaires (pas d'éviction) ;
- Veiller à la déclaration des cas isolés et des cas groupés (apparition d'un nombre de cas >3 dans la même classe ou chez des élèves partageant la même activité pendant la même semaine) ;
- Tenir un registre d'absence pour les élèves, les étudiants, les enseignants et le cadre administratif.

◆ Concertation avec les autorités locales et régionales (MSP, MAFÉPA, MAR, MEF, MESRST et MIDL) en vue de fermeture de classe ou établissement scolaire selon la situation épidémiologique et/ou l'absentéisme

◆ Veiller au respect des règles d'hygiène et de salubrité au niveau des établissements éducatifs et ce par :

- la disponibilité de l'eau et du savon (pour assurer le lavage des mains), des poubelles et des sacs en plastique (pour récupérer les mouchoirs en papiers), des détergents (eau de javel pour le nettoyage)...
- le nettoyage des objets à usage collectif (chaises, poignets, téléphones, claviers d'ordinateurs, robinets, lavabos, rampes

d'escaliers ...) ;
- L'aération des salles de classes après chaque séance.

3. Assurer la continuité de la vie scolaire et universitaire

- Faire le suivi de l'absentéisme chez les enseignants et le cadre administratif (registre de présence) ;
- Prévoir le remplacement des enseignants : instaurer une

banque de données des enseignants remplaçants en fonction des matières ;

- Réaliser des scénarii de remplacement du cadre administratif pour faire face à l'absentéisme ;
- Mettre en œuvre un plan d'intervention en prévision de l'absentéisme collectif des élèves et des étudiants.

Anesthésie
réanimation

A PROPOS DE L'EXERCICE DE L'ANESTHÉSIE RÉANIMATION CROM DE SFAX

Bien que l'anesthésie réanimation soit une spécialité à part entière, elle présente un statut particulier : l'acte d'anesthésie est pratiqué de façon concomitante (dans le même temps et le même espace), que d'autres spécialités partenaires tels que la chirurgie ou l'imagerie médicale à visée diagnostic ou interventionnelle. Pour autant les principes fondamentaux de l'exercice médical qui sont l'indépendance et la liberté de prescription, doivent être respectés et valent pour chacun des partenaires de l'équipe de soins.

Le développement des techniques médicales, l'accroissement de la demande de services médicaux de qualité et de l'offre de soins - avec la mise en service d'unités nouvelles, au sein des établissements publics et surtout privés - ont généré des situations dont la gestion est parfois difficile.

Les litiges portent en particulier sur :

1. la relation du médecin anesthésiste avec d'autres spécialistes, surtout la chirurgiens.
2. ou la relation du médecin anesthésiste avec l'établissement de soins où il exerce, surtout dans le cadre d'un exercice libéral (relation du médecin anesthésiste avec la direction de la clinique.)
3. ou la relation du médecin anesthésiste avec un confrère anesthésiste.

Comment pallier ces difficultés ? Le CROM de Sfax propose quelques orientations exposées dans ce qui suit.

I. ORGANISATION DES SOINS :

Il est bien évident que l'exercice de l'anesthésie réanimation ne peut se concevoir en dehors d'un établissement hospitalier au sein duquel le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) dispose d'un local de consultation qui lui est réservé.

1. Exercice dans un Etablissement Public :

Deux situations peuvent être décrites:

1-1) Le médecin anesthésiste fait partie d'une équipe structurée, comprenant un nombre important de spécialistes travaillant dans le cadre d'un service d'anesthésie et de réanimation ; le chef de service affecte en fonction des besoins les médecins dans les services, en particulier ceux où se pratique une activité chirurgicale.
Ceci est réalisé dans certaines structures hospitalières universitaires.

1-2) Le MAR est affecté dans un service de Chirurgie et fait partie de l'équipe chirurgicale ; le personnel médical est insuffisant et les locaux (salle de réveil, service de

réanimation) ne répondent pas aux normes de sécurité.
Pour remédier à cette situation :

- il faut faire une évaluation des besoins en personnel (norme médecin anesthésiste par lit de réa et salle de bloc...) ainsi que des besoins en locaux.
- motiver (par des incitatifs divers) les jeunes à exercer dans les CHU et les centres hospitaliers régionaux.

2. Exercice dans un établissement sanitaire privé :

2-1. Relation du MAR avec les cliniques : le contrat

Le MAR peut s'installer dans une clinique moyennant un contrat qui préserverait ses droits ainsi que ceux de la clinique et qui sera visé par le Conseil Régional de l'Ordre des médecins (pour vérifier sa conformité avec la déontologie). Être actionnaire dans une clinique ne doit être ni une condition ni une garantie pour le médecin anesthésiste pour y exercer

Pour le libellé du contrat¹, certaines règles doivent être respectées. Ainsi :

- L'exclusivité ne peut pas être mentionnée dans les termes du contrat puisqu'elle n'est pas déontologique (clinique ouverte, libre choix) ;
- Nécessite de travailler en équipe puisque la nature même de la spécialité veut qu'il y ait toujours au moins un médecin anesthésiste réanimateur sur place ou facilement joignable (continuité des soins) ;
- Une clause de préavis doit figurer, en cas de résiliation ; La résiliation abusive de la part de la clinique doit donner droit à une indemnisation qui peut être fixée selon le nombre d'années d'exercice et de la DUR (déclaration unique des revenus) du médecin ;
- Pour des impératifs d'homogénéité, et d'entente au sein de l'équipe ainsi que de complémentarité des compétences, la priorité revient au(x) médecin(s) anesthésiste(s) sur place (déjà installés) de proposer la candidature de (ou au moins de formuler un avis sur les demandes de candidats) tout médecin anesthésiste qui désire s'installer au sein de la clinique et intégrer l'équipe.
- Le nombre de MAR pouvant exercer au sein d'une même clinique sera fixé dans un cahier de charges selon des normes tenant compte :
❖ du nombre de salles opératoires,
❖ du nombre de lits de réanimations,
❖ du nombre de lits d'hospitalisation,
❖ du volume de travail,
❖ de la continuité et de la sécurité des soins,
- Un contrat d'association pourrait être établi entre médecins anesthésistes et soumis au CROM pour visa.

¹Un modèle de contrat est proposé sur le site de l'Ordre : [HYPERLINK "http://www.ordre-medecins.org.tn/"](http://www.ordre-medecins.org.tn/) <http://www.ordre-medecins.org.tn/>

2-2.Fonctionnement :

a. La consultation d'anesthésie permet d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ; il est préférable que cette consultation soit faite à distance de l'intervention. A noter que le consentement n'est pas réellement libre mais sous la contrainte de la décision du chirurgien ; la responsabilité du MAR débute avec la consultation.

b. Dans le cadre particulier de la **chirurgie ambulatoire**, la programmation doit être rigoureuse (laisser suffisamment de temps au médecin anesthésiste pour examiner le malade). Il est souhaitable que le médecin anesthésiste qui procède à la consultation réalise lui-même l'anesthésie, dans le cas contraire le malade doit en être informé.

c. Le programme opératoire : le respect des règles suivantes s'impose :

- Chirurgien, médecin anesthésiste et responsable du bloc doivent collaborer pour l'organisation de l'activité opératoire,
- Il ne peut être permis au médecin anesthésiste d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément,
- La ponctualité s'impose à chaque membre de l'équipe,
- L'organisation de l'activité chirurgicale ambulatoire nécessite rigueur et vigilance ; la décision du caractère ambulatoire d'une intervention ne pourra être que conjointe afin de tenir compte des impératifs aussi bien anesthésiques que chirurgicaux.

d. Le Réveil anesthésique :

- Le suivi de l'opéré en salle de réveil est un travail conjoint du chirurgien et du médecin anesthésiste ; la salle de réveil doit être dotée des moyens humains et matériels nécessaires.
- La décision de transfert de l'opéré au service d'hospitalisation revient au médecin anesthésiste et au chirurgien.

e. Les Soins intensifs et la réanimation chirurgicale :

- Le service est placé sous la direction du médecin anesthésiste et réanimateur mais certaines décisions relèvent de la compétence du chirurgien (levée, soins locaux ...)
- La prescription médicamenteuse est conjointe, d'un commun accord ; la tenue d'une feuille de soins et d'un dossier médical où tout (prescriptions, consignes...) est noté est obligatoire.

f. L'hospitalisation :

Au service d'hospitalisation et à distance de l'acte d'anesthésie la responsabilité revient principalement au chirurgien mais en cas de complication ou d'urgence vitale le médecin anesthésiste est appelé à intervenir.

Dans le secteur libéral et en l'absence de service spécialisé, la multiplicité des intervenants est source de confusion, d'erreurs de transmission parfois préjudiciables aux patients. La tenue d'un dossier médical où toutes les prescriptions et décisions sont notées évite les complications.

Le médecin traitant doit être consulté et avisé de chaque prescription (comme l'exige le Code Déontologie Médicale). En cas de complication, chaque spécialiste doit intervenir dans le domaine de sa compétence; il ne doit en aucun cas se rétracter et se retrancher derrière sa spécialité pour

s'exonérer de sa mission.

g.Relation avec le radiologue, et les autres spécialistes :

Le développement des techniques d'exploration (radiologie, gastro-entérologie, pneumologie) a conduit à la réalisation d'actes d'anesthésie en dehors du bloc opératoire. L'acte d'anesthésie ne doit pas être minimisé, d'autant plus qu'il se passe dans des conditions souvent difficiles :

- Endoscopie respiratoire
- Maintien à distance du patient (Scanner, IRM...)
- Obscurité

Les impératifs de sécurité anesthésique doivent être respectés.

h. Médecin anesthésiste et technicien anesthésiste :

Les techniciens anesthésistes collaborent étroitement avec les MAR ; ils travaillent dans l'équipe d'anesthésie sous la responsabilité du médecin anesthésiste.

L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un médecin anesthésiste qualifié. Un certain nombre de responsabilités demeurent du ressort exclusif du médecin anesthésiste telles que :

- La consultation pré anesthésie sachant que le médecin anesthésiste peut requérir l'avis d'autres spécialistes (cardiologue, pneumologue...);
- La prescription de l'anesthésie et le choix du type d'anesthésie (locorégionale, générale, neuroleptanalgesie...);
- Le geste technique pour l'anesthésie locorégionale (péridurale, bloc ...);
- La prescription de médicaments en cours d'intervention, la transfusion;
- La prescription de soins et examens post-opératoires;
- La décision de sortie de la salle de réveil.

i. Honoraires

Ils peuvent être à l'origine de conflit d'intérêt, entre médecins ou entre le médecin anesthésiste réanimateur et l'administration. Ces conflits tournent autour :

- de la fixation des honoraires : le médecin anesthésiste peut reprocher au chirurgien des honoraires élevés, et le chirurgien peut s'insurger contre les dépassements d'honoraires du médecin anesthésiste.
- de la ristourne à la clinique ou autre tiers : celle-ci est interdite. Toutefois la clinique peut prétendre à un montant fixe ou fluctuant selon l'activité du médecin anesthésiste au titre : de frais de gestion des honoraires et de facturation, et / ou de loyer si le médecin anesthésiste bénéficie d'un local faisant office de cabinet personnel.

Il est souhaitable qu'une clause de la convention signée par les deux parties et visée par le Conseil Régional de l'Ordre des médecins, fasse allusion à ces frais de gestion ou loyer.

II.ETHIQUE, RESPONSABILITÉS ET ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

1. Participation du médecin anesthésiste à des actes contraires à ses convictions

La réalisation d'une anesthésie pour des actes illégaux pourrait être assimilée juridiquement à une complicité à des mutilations volontaires. Donc la participation d'un médecin anesthésiste à ce type d'actes peut être considérée comme délictuelle même si les conditions de sécurité ont été bien

respectées.

Le médecin anesthésiste et le chirurgien étant responsables de leurs actes professionnels doivent être indépendants dans leurs décisions. En dehors des urgences vitales le médecin anesthésiste peut refuser de pratiquer une anesthésie à condition d'en informer le patient et de transmettre au chirurgien ses motivations.

2. Incidences médico-légales des relations entre médecin anesthésiste et chirurgien

La responsabilité du médecin anesthésiste envers le patient débute avec la consultation d'anesthésie et cesse à la fin des soins post-opératoires relevant du domaine de sa compétence.

La sollicitation du médecin anesthésiste fait partie de **l'obligation de moyens du chirurgien ou du spécialiste** qui a recours à l'anesthésie et qui, par ce fait, se voit déchargés de cette responsabilité.

Le médecin anesthésiste peut retarder ou récuser l'acte opératoire. Tout médecin étant libre de ses actes, le fait de céder à une pression morale ou économique n'atténue en rien sa responsabilité en cas d'accident.

Médecin anesthésiste et chirurgien doivent collaborer pour assurer la continuité des soins pendant la nuit et les jours fériés.

3. Obligations déontologiques

Les règles habituelles du Code Déontologie Médicale s'appliquent aux rapports entre confrères de disciplines différentes mais complémentaires. Elles n'ont rien de

spécifique à l'anesthésie ou à la chirurgie, sauf qu'il faut insister sur les règles de confraternité et sur l'absence de subordination.

En présence du malade surtout en salle d'opération, il convient de s'abstenir de tout propos déplacé qui toucherait le malade, le confrère ou l'auxiliaire médical.

La relation des médecins anesthésistes au sein d'une même équipe d'anesthésie réanimation doit répondre aux mêmes règles de respect mutuel.

Le remplacement s'effectuera selon les règles établies par le Code de Déontologie Médicale ; il sera notamment « autorisé » par le Conseil Régional de l'Ordre des médecins. Les remplacements « automatiques » sont interdits.

Au sein d'une même équipe chaque médecin anesthésiste est responsable de ses actes, les principes généraux de l'exercice médical doivent être respectés (indépendance, liberté de prescription ...)

CONCLUSION :

Tout doit être mis en œuvre par le MAR pour assurer les soins les plus efficaces et pour « contenir » les risques inhérents à toute pratique médicale ; le travail en équipe est impératif, ce qui implique de déléguer, de faire confiance, « de partager ... » d'autant que les conflits avec les autres spécialités sont apaisés et que la corporation des MAR a définitivement acquis ses lettres de noblesse.

DU SECRET MÉDICAL...

PAUL FREOUR¹

(SOURCE : BULLETIN DES CORRESPONDANTS ; OCTOBRE 2007, N°81)

Le secret dont on discute de plus en plus le bien fondé, n'est guère récent, puisque chacun sait qu'il est le fruit de l'expérience d'Hippocrate, fameux médecin né vers 460 av. J-C., dans l'île de Cose dans le Péloponnèse, et mort à Larissa en Thessalie aux environs de 377 av. J-C. ; le secret médical d'Hippocrate, né dans l'esprit des médecins, s'appliquait à une société qui entendait garder l'intimité de son secret...

Mais le « serment d'Hippocrate » qui assure la pérennité du « secret médical », ce serment qu'en fin de scolarité tous les étudiants en médecine proclament en levant le bras droit, ce serment hippocratique n'a plus le sens qu'il avait lors de sa naissance... même si l'on en a gardé le texte.

Tout d'abord la médecine d'Hippocrate n'a plus grand-chose à voir avec celle d'aujourd'hui. Hippocrate avait révélé quantité de vérités inconnues avant lui : il avait procédé à la description des symptômes, c'est-à-dire les signes apparents dont souffrent les malades. Son expérience lui a permis de grouper certains de ces symptômes en syndromes, c'est-à-dire des « réunions symptomatiques » qui conduisaient à définir une maladie. Mais ces réunions symptomatiques étaient extrêmement frustes, les syndromes définis très flous, leurs frontières incertaines...

D'autre part, il est clair que de nos jours la société n'est plus celle des Grecs... La famille a subi bien des transformations. Le secret médical hippocratique n'a donc plus la place de jadis puisque la médecine a changé et que la réception du

public a changé elle aussi. Notons en passant que, lorsque j'étais Interne des Hôpitaux de Bordeaux il y avait quelques décades, les malades étaient réunis dans une grande salle commune (36 hommes et femmes) ; au pied de chaque lit, se trouvait un petit plateau sur lequel était inscrit leur maladie... mais en lettres grecques. On voulait éviter que ces malades ne connussent leur maladie faute de mal la comprendre, et peut-être aussi parce que les médecins de l'époque étaient-ils parfois incapables de s'affirmer dans un diagnostic sûr...

Aujourd'hui, le dialogue qui intervient entre le patient et son médecin n'est donc plus celui de la Grèce antique, mais pas non plus celui des années 1950. La société est saturée de propagande, de publicité, et de notions médicales prises dans des lectures techniques ou dans une éducation sanitaire qui se veut générale, populaire et accessible à tous. Je dois dire que j'ai été de ceux qui, lorsque la tuberculose pulmonaire a sévi dans les années 50 et 60, ont bataillé pour mettre en place aussi vite que possible une éducation sanitaire aussi étendue que possible afin que le médecin explique à son malade les symptômes et les traitements adaptés, en dépit du fait que par là même le médecin en oublie le secret médical...

Il est intéressant de noter qu'à cette époque où l'éducation sanitaire naissait, notre maître, le Professeur Ferdinand Piéchaud et nous-mêmes avons été très mal compris de la plupart des médecins qui voyaient là des dangers...

Si le secret médical a changé de sens, il a également changé d'auditeurs. On ne cache plus le diagnostic aux patients : le dialogue malade-médecin est de plus en plus libre et ouvert. Et on ne peut que s'en féliciter. Encore peut-on s'interroger sur les cas les plus difficiles et douloureux, souvent sans fin et sans traitement, et la nécessité de dire toute la vérité ; tenter de le faire serait établir une relation différente, plus claire, en effet, mais plus difficile, transformant le secret en une « discrétion » qui n'offre plus à entendre que des paroles plus acceptables, moins troublantes donc et plus recevables...

Le secret médical est modifié aussi par la nature nouvelle des relations entre les hommes ; la communication au sein des familles, entre amis, entre collègues, laisse la porte ouverte

aux discussions les plus « médicalisées ». On ne cache plus trop ce qui couve chez un parent, un proche... On se voit mal se retrancher derrière le « secret de l'oreiller »...

Je dirai volontiers que si la « discrétion » est bien pensée et comprise, appliquée et acceptée, il pourrait y avoir là une adaptation du « secret hippocratique » au « secret médical » d'aujourd'hui, si différent.

La société d'aujourd'hui a pris en charge les soins aux malades ainsi que l'éducation de la santé. Mais cette société, a besoin de contrôle, nominal, juridique et financier car il s'agit d'une « affaire politique »... Les pouvoirs publics ont donc été dans l'obligation de mettre au point des « dérogations » ; le « secret médical » trouve là une de ses limites qui ne peut qu'élever des barrières, franchissables en dépit du secret entre le malade et le médecin, et la société...

DÉROGATIONS AU SECRET PROFESSIONNEL (en France)

Dérogations légales		Jurisprudence
<ul style="list-style-type: none"> - Naissance - Décès - Maladies contagieuses - Internement - Alcoolisme dangereux - Accidents du travail - Pension d'invalidité - Contamination VIH - Dopage 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvais traitement à mineurs/personnes vulnérables - Sévices sexuels - Recherche médicale - Evaluation du personnel de santé - Dangerosité d'un patient armé 	<ul style="list-style-type: none"> - Rente viagère - Testament - Assurance-vie - Réquisition - Expertise

Ainsi, pour le « secret médical d'Hippocrate », que d'évolutions à prévoir, principalement dans la dimension humaine de la confiance réciproque entre le médecin et son patient.

C'est dire que nous sommes devant une situation humaine qui évoluera toujours, comme elle l'a fait par le passé, sans pouvoir prévoir si elle s'arrêtera, et si les forces vives de la société pourront redresser des inflexions qui apparaissent

sous nos yeux de plus en plus nombreuses.

Le Professeur Paul Fréour, professeur à la faculté de Médecine de Bordeaux, pneumologue, pionnier de la santé publique et de l'économie de la santé ainsi que la lutte contre le tabagisme, est aussi écrivain, peintre, sculpteur humaniste; il compte en Tunisie de nombreux élèves et amis.

L'HISTOIRE (PETITE ET QUI CONTINUE) D'UN MÉDICAMENT (SOURCE : LE MONDE DIPLOMATIQUE, AOÛT 2009)

« ...L'« homme de génie » que Bunau-Varilla est persuadé d'incarner s'intéresse, particulièrement à la médecine, qu'il ambitionne de révolutionner. Utilisant son journal pour lancer de grandes campagnes hygiénistes et promouvoir le progrès de la science ainsi que « **toutes les nobles causes** », il jette son dévolu en 1921 sur une solution à base d'alcool, de menthol et de chloral, pas encore commercialisée mais qui, au dire du docteur Roger, le pharmacien d'Orléans qui la met au point, permettrait de soigner les maux les plus divers (...). Bunau-Varilla n'en doute pas : ce médicament, qui lui ouvre une nouvelle perspective d'investissement dans le contexte porteur de l'après-première guerre mondiale, est une panacée... »

« ...La mégalomanie du patron du « *Matin* » suscite les sarcasmes de ses contemporains ; sa foi dans les vertus exceptionnelles de la solution devient un sujet de plaisanterie dans les milieux journalistiques et politiques parisiens. Un jour, raconte Sauerwein, l'un de ses chevaux tombe gravement malade. Bunau-Varilla décide aussitôt de plonger

l'animal dans un bain de ce produit pour le faire revenir « à la jeunesse ». « *Nous ne mourrons plus !* » s'exclame-t-il pendant l'opération. Le cheval trépanse sur l'heure... »

« ...Tout au long des années 1930, le propriétaire du *Matin* continue probablement à produire et à promouvoir le produit, qu'il n'hésite pas à présenter comme une potion miracle. Une plaquette envoyée à plusieurs médecins en 1929 explique : « *la médication externe par le (...) constitue une thérapeutique nouvelle bien plus qu'un médicament au sens ordinaire du mot, car elle permet au médecin de traiter les états pathologiques les plus variés qui sont liés aux troubles de la vasomotricité* » : fatigue, surmenage, vieillesse, migraines, rhumatismes, arthrites, entorses, coliques néphrétiques, contusions, brûlures, varices, phlébites, et même plaies cancéreuses... Vendu en flacon, en ovules gynécologiques et en pommade, la solution est, selon Bunau-Varilla, « une loi de la vie, comme l'air, la nourriture, le sommeil ... ».

L'ATMOSPHERE

La Terre est soumise au bombardement permanent des météorites.

Or, de quelle protection disposons-nous ? d'un plafond ? non, de l'air.

Et quelle est la fonction de l'air ? il sélectionne les météorites à l'envers. En effet, il brûle dans ses couches supérieures les petits météorites, c'est-à-dire les moins dangereux. Quant aux gros, ceux dont la chute concerne vraiment l'humanité, ils passent au travers.

Le résultat est évident : l'atmosphère protège l'individu, sensible aux petits cailloux, et non la collectivité, concernée par les grosses masses. Ce qui montre que le ciel qui couvre nos têtes défend l'humanité contre le malheur et non contre la mort : le décès d'une personne par impact de météorite est une séparation douloureuse pour tous les autres, la disparition intégrale de l'espèce humaine par explosion d'un gros météore ne fait souffrir personne.

Finalement, l'atmosphère sélectionne à l'endroit. Elle arrête la souffrance et ne s'occupe pas des apocalypses qui détruiront tout et que personne ne vivra.

Les météorites

Une étude montre que nous avons une chance sur deux mille dans notre vie qu'un météorite nous tombe sur la tête. Ce résultat est une subdivision artificielle par tête d'habitant et par tranche de vie humaine de l'énorme catastrophe astronomique qui n'arrive presque jamais, mais qui, lorsqu'elle survient détruit tout.

L'étude statistique des risques est une manière délicate de répartir la douleur pour la diluer et l'amoindrir. Les statisticiens ont le sens du partage. Ils tuent pendant des siècles une personne sur deux mille pour éviter l'apocalypse. Leur calcul est une manière d'assurance basée sur la solidarité.

Malheureusement, dans notre égoïsme primaire, nous vivons depuis déjà fort longtemps sans recevoir de météorite sur la tête.

Les dinosaures ont joué à ça pendant des millions d'années. Résultat, ils ont tous disparu.

Aujourd'hui, nous ne sommes plus des dinosaures, nous sommes informés. Alors, avoir de la chance est un acte d'irresponsabilité.

⁽¹⁾Source : « le professeur Bouc, théories d'un irascible », par Jean-Luc Coudray, 2005(à lire absolument)

Jean-Luc Coudray est écrivain et auteur avec son frère de bandes dessinées ; le Professeur Paul Coudray, son père, a été professeur de santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis.

L'ANNUAIRE¹ (TABLEAU DE L'ORDRE) DES MEDECINS DE TUNISIE PUBLICATION DE L'ORDRE

L'ouvrage comportant 504 pages, dresse la liste de 15.000 médecins inscrits au tableau de l'Ordre de Tunisie à la date du 31 octobre 2008, répertoriés en fonction de leur mode (libéral, public, salarié...) et de leur lieu (gouvernorat, ville, rue...) d'exercice, ainsi que de leur qualification (généraliste, spécialiste - par spécialité - et/ou compétent - par compétence -) et d'autres données tel que numéro d'inscription au tableau de l'Ordre, numéro de téléphone... En combinant ces informations de façon adéquate (suivre les instructions données en page 2), l'utilisateur de l'annuaire pourra faire aboutir aisément sa recherche.

L'annuaire est une oeuvre collective, dédiée à l'ensemble du corps médical, à la réalisation de laquelle ont contribué les instances nationales (et les services régionaux) en charge de la Santé, des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger, de la Défense, de l'Intérieur, de la Justice, des Sports, du Transport. Le conseil de l'Ordre leur exprime sa reconnaissance et leur adresse ses vifs remerciements.

Un additif (médecins inscrits au cours de l'année 2009) paraîtra incessamment.

⁽¹⁾Disponible au niveau des conseils National et régionaux de l'Ordre des Médecins / Participation aux frais d'édition.

SITE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Nous informons, les confrères que le site du CNOM changera de configuration à partir du mois de décembre. L'accès au site du CNOM à l'adresse : [HYPERLINK "http://www.ordre-medecins.org.tn/"](http://www.ordre-medecins.org.tn/) sera conditionné par

une inscription préalable. Un mot de passe sera attribué à chaque médecin après validation de son inscription.

LA « MAISON DU MÉDECIN » ETAT D'AVANCEMENT DU PROJET

Une mise au point sur l'état d'avancement du projet de la « Maison du Médecin » est présentée. Les étapes franchies sont les suivantes :

Etape 1 : Attribution d'un lot de terrain à El Manar par Monsieur le Président de la République : (fin 2008/début 2009)

Etape 2 : démarches auprès du Président de la Municipalité de Tunis pour acquérir les données urbanistiques du « lot 17 situé à El Manar », à savoir emplacement/COS/CUF/hauteur, étages et retrait autorisés (mars / avril 2009) ; ces données nous ont été fournies

Etape 2 bis, 3 bis, 4 bis et 5 bis : de janvier à octobre 2009, communication, lobbying, consultation de professionnels et d'experts.

- Démarches (informelles) auprès de la Direction des Bâtiments et de l'Équipement du Ministère de la Santé Publique, des Municipalités de Tunis et l'Ariana, de Bureaux d'études; de promoteurs immobiliers.

- La commission constituée par le CNOM comprenant les docteurs Jouini (Secrétaire Général), Ben Zineb (Trésorier), Makni, Ayed, Chtourou, Nacef (Président), Gharbi, Hachicha, Ben Slama s'est réunie à différentes reprises en vue notamment de la mise au point du programme fonctionnel et technique et de l'évaluation de projets proposés ;

- Premiers contacts avec des institutions bancaires en vue de recueillir des informations concernant les facilités et les conditions (des prêts) qu'ils pourraient consentir pour le financement de travaux des constructions et des équipements (Dr Chtourou, Dr Ben Zineb, Dr Jouini, Dr Nacef).

- Démarches auprès des CROM (Tunis, Sousse, Sfax, Gafsa et Gabès) en vue d'accomplir toutes les formalités relatives aux titres de propriétés de leurs sièges qui pourraient constituer une garantie pour un éventuel prêt ;

- Démarches auprès de la Société des Sciences Médicales (STSM) copropriétaire du local du siège actuel du CNOM; les solutions proposées sont soit la vente du local (et le partage du produit net de la vente), soit la cession, au prix du marché, de la part de l'Ordre (50%) à la STSM.

- Information des Sociétés savantes ; ces sociétés ont été invitées à formuler des propositions relatives aux modalités et leur éventuelle association au projet de la « Maison du Médecin ».

- Appel à d'anciens conseillers pour recueillir leurs suggestions concernant « la Maison du Médecin »,

- Informations des CROM, demande d'avis (participation très active du CROM de Tunis, Dr Chtourou, à la finalisation du projet)

- Présentation d'un projet de programme fonctionnel proposé par un bureau d'étude sur le bulletin (15000 exemplaires distribués) en vue de recueillir l'avis des confrères ;

Etape 5 : Réalisation du lever topographique par un bureau spécialisé (juin/juillet 2009)

Etape 6 : Réalisation d'un programme fonctionnel et technique par un bureau d'étude; (juillet à septembre 2009)

Etape 7 : Etape actuelle : les objectifs sont les suivants :

- établir le programme fonctionnel définitif à savoir nature, nombre, superficie et affectation des locaux notamment une salle de conférences, une cafétéria, une médiathèque, un terrain (local?) pour des activités sportives ?

- établir le cahier de charges :

- sélection du maître d'ouvrage : par appel public ? ou par consultation de prestataires agréés par l'AG du CNOM avec l'assistance technique d'un partenaire de confiance (MSP) ?

*Remerciement : à Monsieur Mondher Zneidi, Ministre de la Santé Publique
pour ses conseils et son soutien à toutes les étapes du projet.*

I. STRUCTURES DE SOINS DANS LE SECTEUR PUBLIC

• Hôpitaux de circonscription (HC)

« Totalisant un peu moins de 3 000 lits, ces hôpitaux n'ont d'hôpital que le nom. En effet, un hôpital au sens précis du mot doit disposer au minimum d'un service de chirurgie et d'un service de réanimation, avec le plateau technique nécessaire à la prise en charge des différents types d'urgence... »

Fait remarquable, en dépit de leur absence d'identité hospitalière et de leur sous utilisation, ces structures sont, dans certaines régions, multipliées à l'excès (une tous les 5 Km) avec une aggravation de la sous utilisation et du gaspillage des moyens humains ».

• Hôpitaux régionaux (HR) :

« L'équipement des HR est, relativement satisfaisant. Conséquences : certains équipements sont manifestement sous-utilisés et la population doit recourir aux structures du 3ème niveau... »

Le corollaire de la pénurie de médecins spécialistes dans les HR est la difficulté d'assurer la permanence des soins, l'insuffisance de l'équité dans la distribution des ressources et une augmentation des coûts des soins, malgré le recours aux médecins étrangers, qui rendent de grands services.

Enfin, certains gouvernorats ont deux, voire trois hôpitaux ayant le statut de HR, alors que seulement un seul a la totalité des services dont doit disposer un HR ; il s'en suit un éparpillement accru des rares spécialistes, et une sous utilisation des structures ».

• Les structures hospitalières universitaires :

« Au nombre de 28, elles totalisent environ 9 000 lits soit plus de 50 % de la capacité hospitalière du secteur public. La pyramide hospitalière est ainsi inversée : ces structures qui devraient jouer un rôle du troisième niveau sont utilisées comme structures du 2ème niveau, non seulement par la population qui habite à proximité (ce qui peut sembler logique) mais par les populations éloignées, en raison des insuffisances des HR.

Le cas particulier des villes siège de faculté de médecine est frappant : non seulement ces villes n'ont pas de structures hospitalières de 2ème niveau (l'équivalent des HR) mais, dans le grand Tunis, les structures spécialisées nouvellement créées dans les banlieues sont érigées en structures universitaires, ce qui peut toutefois être utile pour la formation... »

• Les équipements

« ...Pour ce qui concerne les équipements, l'acquisition et le renouvellement des équipements posent de nombreux problèmes. Ainsi, les délais sont trop longs soit par manque de budget, soit par hésitation de la part des

décideurs malgré l'existence de budget. La procédure administrative d'acquisition est trop lourde et certains dossiers mettent des années pour aboutir. Par ailleurs ; la complexité de la procédure et l'absence de pertinence de certains textes contraignants des marchés publics conduisent à acquérir du matériel imparfait ou technologiquement dépassé lors de sa réception. L'absence d'agents formés dans la gestion des stocks amène parfois à des ruptures de certains produits de première nécessité comme les films radiographiques bloquant ainsi en grande partie l'activité des services. Ceci peut arriver une à plusieurs fois par an et dure un à quelques jours chaque fois... ».

« ...Au total, le secteur public de santé, qui a connu un développement continu depuis l'indépendance, offre aujourd'hui un ensemble de structures assurant une couverture satisfaisante de la population.

Toutefois, il pêche par un certain nombre d'insuffisances.

i)- la majorité des CSB n'offre pas de consultations médicales quotidiennes.

ii)- la qualité est, à tous les niveaux du secteur, insuffisante, en particulier la qualité de service et la qualité relationnelle.

iii)-le deuxième niveau de soins (HR) est peu pourvu en spécialistes.

iv)- les structures universitaires sont détournées de leur vocation de structures de 3ème niveau... ».

II. LE SECTEUR PRIVE :

« Ce secteur s'est considérablement développé au cours des dernières décennies, particulièrement pour ce qui concerne les cabinets de médecine générale et de médecine spécialisée.

A la fin de l'année 2007, on comptait selon F. Mansouri 4979 cabinets médicaux de libre pratique, 1 533 cabinets de médecine dentaire, 1 712 officines pharmaceutiques, 241 laboratoires de biologie médicale et 104 cliniques mono et pluridisciplinaires avec une capacité de 2.747 lits ».

Les principales caractéristiques de ce secteur sont les suivantes :

- un déséquilibre inter régional : près de 90% des moyens sont concentrés dans les gouvernorats côtiers.

- des tarifs d'hospitalisation « libres » en dépit de l'avènement très récent du conventionnement avec la CNAM.

- une absence quasi-totale de données statistiques sur le volume et la nature des actes de soins ambulatoires et hospitaliers.

- l'absence d'évaluation de la qualité des soins, qualité qui peut être appréhendée à travers les plaintes des usagers instruites par les services d'inspection du Ministère de la santé.

1- Extraits du rapport de la commission chargée de la prospection de l'évolution du système de santé en Tunisie à l'horizon 2025 ; décembre 2008. La commission qui a remis son rapport en décembre 2008 était composée par Mesdames et Messieurs Bechir Zouari (Président), Farhat Ben Ayed, Cherifa Bakkay, Francine Tinsa, Naceur Masrouki, Nebha Bessrou, Nėjiba Ghomriani, Mahmoud Seklani, Ouerdi Saaïdia, Mongi B'chir, ,

III. LES EQUIPEMENTS LOURDS

Equipements lourds dans le secteur public et dans le secteur privé (2007)

	Public	Privé	Total
Angio numérisée	8	10	18
Installation cathé	7	11	18
Circulation extra corporelle	7	10	17
Scanner	37	79 dont 27 en cours	116
Lithotripteur	5	14 dont 4 en cours	19
IRM	4	8 dont 2 en cours	12
Télécobalt	4	5	9
Gamma caméra	6	8 dont 3 en cours	14
Simulateur de radiothérapie	1	5	6
Accélérateur linéaire	1	3 en cours	4
Laser Excimer	1	11 Dont 2 en cours	12

« ...Quant aux équipements, la priorité doit être accordée à leur maintien en état de bon fonctionnement. Aucune rupture de fonctionnement d'une durée supérieure à 24 heures ne doit être tolérée, et des solutions de substitution doivent être appliquées en attendant la remise en fonctionnement. L'exemple des structures privées peut être suivi dans ce domaine. La maintenance préventive des équipements doit devenir une règle d'or et doit être documentée au même titre que les actes de soins... ».

IV .PERSONNELS DE SANTE

• Densité médicale (Hab/médecin) par région en 2007

Région	Généralistes	Spécialistes
District de Tunis	1 185	997
Nord-Est (ensemble)	1 906	3 100
Nord-Ouest	2 586	6 702
Centre-Est	1 548	1 507
Centre-Ouest	2 932	10 185
Sud-Est	2 327	4 178
Sud-Ouest	2 245	7 304
Total	1 732	1 976

• La formation des personnels :

« ...La formation de base de toutes les catégories de personnels doit être révisée pour mettre l'accent sur la formation pratique. Les stages doivent être encadrés de façon étroite, évalués objectivement sur la base de l'atteinte des compétences ; les résultats des évaluations doivent être pris en compte dans la décision de succès ou de l'échec à la fin de chaque année d'études au même titre

que les résultats des examens théoriques.

Ceci ne peut pas être atteint si les terrains de stages ne sont pas eux-mêmes évalués périodiquement sur la base de critères d'accréditation. Il ne suffit pas qu'un service hospitalier ou extra hospitalier compte parmi son personnel des praticiens hospitalo-universitaires pour qu'il soit considéré comme un terrain de stage. Il doit faire la preuve régulière de son caractère formateur par l'organisation de l'accueil des stagiaires et de leur encadrement.... »

« ...La fonction d'enseignement doit être une fonction contractuelle et non une fonction statutaire. Le statut de base d'un médecin de 3ème niveau devra être celui du praticien hospitalier. Sur la base d'appel à candidatures et d'examen de dossiers, des contrats de praticien hospitalier/enseignant universitaire seront conclus avec les candidats retenus pour des durées de 3 années renouvelables. La rémunération de ces fonctions contractuelles couvrira les activités d'enseignement dans les facultés et les activités de formation dans les services... »

V. FINANCEMENT DES DEPENSES DE SOINS ET COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

« ...Plus que l'évolution croissante de ces dépenses, illustrée par la part du PIB consacrée aux soins de santé, qui est passée de 5,3 % en 1990 à 5,6 % en 2004, c'est l'évolution de la répartition par source de financement qui est frappante. La contribution des caisses sociales a régulièrement crû au cours des 20 dernières années, mais c'est surtout la contribution directe des ménages et celle des assurances complémentaires (assurances privées et mutuelles) qui a nettement augmenté. Parallèlement, la part de l'état a diminué... ».

« ...Les progressions des dépenses de chaque source de financement de 1990 à 2004 ont été différentes: la croissance des dépenses des ménages et des caisses de sécurité sociale a été rapide et comparable (respectivement x 4 et par 5) alors que le financement par le budget de

L'Etat a enregistré un accroissement nettement inférieur (x 2). Les dépenses des ménages sont essentiellement effectuées dans le secteur de soins privé... »

VI. COUVERTURE SOCIALE

« ... La couverture du risque maladie en Tunisie peut être schématiquement décrite comme suit :

- un pourcentage difficilement chiffrable de la population tunisienne (et non de la population active employée) mais qu'on peut situer autour de 55%, bénéficie des assurances sociales. A ce titre, leur couverture contre le risque maladie est assurée désormais par la CNAM. Pour l'heure, cette couverture censée garantir aux assurés le libre choix

du dispensateur de soins, ne s'étend pas à l'ensemble des soins.

- un autre pourcentage (30%) bénéficie soit de la gratuité totale des soins dans les structures sanitaires publiques, soit surtout du bénéfice des tarifs réduits dans ces mêmes structures. Il devient de plus en plus difficile d'obtenir de bénéficier de cette « aide médicale gratuite », les démarches sont longues et les conditions à remplir très exigeantes.

- Ce qui reste de la population ne bénéficie ni de l'un ni de l'autre régime. Ceci signifie que quelque soit leur recours en cas de besoin, ils doivent payer de leur poche, sans remboursement, les frais des soins nécessités par leur état de santé. »

POST SCRIPTUM

LA CRISE APRES COMME AVANT ? POINTS DE VUE

Redécouverte des vertus du voisinage et du « vivre ensemble », basés sur l'échange – (non monétaire) – de services et/ou de produits (troc) ou sur des « monnaies » locales ; dissertations sur l'a-moralité de « l'esprit de profit » ; promotion de la « gentillesse » (sous entendu, générosité, loyauté, respect) en art de vivre et condition du bonheur collectif ; célébration d'une longévité sans handicap grâce à l'activité physique (la marche, la bicyclette), à l'abstinence du tabac, à un usage parcimonieux de la voiture, à une nourriture saine (régime « crétois », couscous aux légumes...). Ainsi la « crise » et l'avènement du post-modernisme seraient annonciateurs du retour des « valeurs ». Utopie ? Réalité ? L'avenir le dira ; mais il est doux de rêver.

T. N.

Les crises sont salutaires : rompant la léthargie dans laquelle sont plongées les consciences, elles révèlent les défauts, les injustices, les inégalités de nos sociétés. La prise de conscience qu'elles entraînent nous interpelle sur nos choix de modèles de vie, et, au-delà, sur nos choix de valeurs.

Mais l'histoire prouve hélas que, sitôt la crise passée, on se retrouve Gros-Jean comme devant. Oubliés les bons sentiments, les vœux pieux de retour aux valeurs traditionnelles, les vellétés de réorienter les choix extrêmes de libre entreprise dérégulée ainsi que de concurrence féroce et de « à chacun-selon-ses-efforts » vers la régulation modérée, la loyauté, la solidarité.

Et retour vers l'égoïsme, le « chacun-pour-soi », le « vivre-et-laisser mourir », la dérision de la générosité, de la Charité (avec un grand C), la fraternité !

La crise : un rêve trop court ?

Vivement la prochaine alors !

B. Z.

ELECTIONS

ELECTION POUR LE RENOUVELLEMENT DE LA MOITIÉ DES CONSEILS REGIONAUX : Elles auront lieu début 2010; l'annonce en sera faite dans les délais légaux.