

# LE BULLETIN

D'INFORMATIONS MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES  
MAI 1983 N° 7

## **EDITORIAL**

### **L'HONNEUR D'ETRE MEDECIN**

Nous avons choisi le métier le plus beau. Nous le voyons tous ainsi, mais gardons-nous d'un quelconque complexe de supériorité.

Bien des choses nous inviteraient plutôt à la modestie: nos échecs, les lacunes de la science, nos erreurs, nos insuffisances, nos malchances quelques fois.

**La médecine est un art, en même temps qu'une science.** Elle nous offre un mélange de rigueur de nuances et de doute, de règles générales et d'exceptions à la règle de théories et de soumission aux faits. Ceci ne nous empêche pas d'avoir à prendre des décisions, à faire des choix et à peser attentivement le pour et le contre.

Cependant, les profanes ont souvent sur la médecine des idées inexactes, et il nous est toujours difficile de faire comprendre nos incertitudes, nos hésitations, nos angoisses professionnelles.

La plupart des malentendus avec nos

malades et les citoyens viennent d'ailleurs du fait qu'ils croient que nos diagnostics sont quasi mathématiques, et que nous disposons de traitements infaillibles.

Cependant l'honneur de notre profession exige de nous un comportement toujours exemplaire, une abnégation à toute épreuve, et une recherche permanente de l'intérêt de nos patients.

L'Ordre des Médecins à qui est confié le contrôle de l'exercice de la médecine est une institution qui ne défend pas seulement les intérêts des médecins mais les règles professionnelles pour protéger les citoyens et leur permettre l'accès à une médecine de qualité.

Mais il ne peut y avoir de médecine de qualité, sans liberté de choix du malade et sans l'indépendance et la responsabilité personnelle du médecin.

C'est là le sens de toutes nos interventions, et des principes de notre action. Les médecins doivent par leur solidarité participer à cette action de la promotion de notre profession.

## **SOMMAIRE**

Le médecin et la responsabilité judiciaire	P.2
Nouveaux médicaments	P.4
Le scanner en médecine	P.5
Médecin de famille et relation médecin-malade	P.6
Urgences: attitudes pratiques	P.8
Votre déclaration d'impôts	P.9

Organe du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie

**Directeur de la publication:**

**Dr. Mohamed Boukhris**

18, Rue de Russie — Tunis — Tél. 242.776

### **COMITE DE REDACTION**

Dr. Brahim El GHARBI  
Dr. Mohamed HARBI  
Dr. Fethi DEROUICHE  
Dr. Ridha MAJERI  
Dr. Hachemi GAROUJ  
Dr. Mohamed GUEDDICHE  
Dr. Abdelhamid HACHICHA  
Dr. Fethi HAFSIA  
Dr. Béchir LARABI  
Dr. Lamine MEZIOU  
Dr. Ridha MZABI  
Dr. Mohamed BOUKHRIS

# LE MEDECIN ET LA RESPONSABILITE JUDICIAIRE

Professeur Mahmoud Yacoub

L'obligation de répondre de ses actes devant soi-même d'abord, mais également devant la société existe pour tout citoyen. Elle revêt des caractères particuliers pour le médecin par «le monopole médical» que lui reconnaît la loi et par son engagement, de se mettre professionnellement au service de tout être humain souffrant, et de contribuer au rétablissement d'un équilibre physique ou psychique compromis par la maladie ou l'accident.

Les progrès de la médecine avec l'utilisation de techniques délicates, non exemptes de risques, la diffusion de l'information du public sur les découvertes médicales et sur les succès spectaculaires de certaines tentatives thérapeutiques expliquent l'intérêt renouvelé de cette question.

Le malade exige une médecine de qualité et rend le médecin responsable d'échecs ou d'insuccès, dont il subit le dommage. Le médecin risque de perdre le sens de ses responsabilités dans les conditions actuelles de son activité.

La responsabilité pénale du médecin trouve en fait ses fondements dans les bases générales du droit en matière d'infraction pénale. La réalité de l'infraction et partant de la responsabilité, nécessite la réunion de quatre éléments:

Légal - Matériel - Moral - et injuste

- **L'élément légal** se définit par un texte au contenu précis et limitatif, en somme par une loi au sens large du terme. Il ne peut y avoir de délit ou de crime sans loi.

«**Nul ne peut être puni qu'en vertu d'une disposition d'une loi antérieure. Si, après le fait, mais avant le jugement définitif, il intervient une loi plus favorable à l'inculpé, cette loi est seule appliquée.**» (article 1 du code pénal). A cet égard, l'exemple de la loi sur l'avortement est particulièrement significatif.

**L'élément matériel** se traduit par un fait, une constatation objective qui correspond à l'exécution d'un acte obligatoire et s'établit grâce aux données de l'enquête, de l'instruction.

«**La police judiciaire recherche les infractions, en rassemble les preuves et en livre les auteurs aux tribunaux.**» (article 19 du code de procédure pénale).

«**Le juge d'instruction a pour mission d'instruire les procédures pénales, rechercher et constater déligement la vérité...**» (article 46 du code de procédure pénale).

- **L'élément moral** a pour objet la notion de faute et l'imputabilité de l'acte à un individu capable, ce qui exclut les mineurs et les déments.

«L'infraction n'est pas punissable lorsque le prévenu n'avait pas encore atteint l'âge de 13 ans, ou était en état de démence, au temps de l'action...» (article 38 du code pénal). Certes, des médecins n'ayant pas atteint l'âge de 13 ans, il n'y en a pas, mais la démence !. Le cas de ce médecin français pratiquant une appendicectomie dans son cabinet est encore en mémoire.

- **L'élément injuste** élimine l'excuse absolue comme dans le cas de la légitime défense.

«Il n'y a pas d'infraction lorsque l'auteur a été contraint par une circonstance qui exposait à un danger immédiat sa vie ou celle de quelqu'un de ses proches, et lorsque ce danger ne pouvait être autrement détourné.» (article 39 du code pénal).

L'absence de l'un de ces quatre éléments écarte la poursuite au titre d'infraction pénale; point capital qui explique le nombre restreint d'inculpation de médecin en vertu du code pénal.

Notons enfin que l'action pénale n'est nullement subordonnée à l'existence d'une plainte.

«Hors des cas prévus par la loi, l'action publique n'est pas subordonnée à l'existence d'une plainte, et elle ne peut être arrêtée ni suspendue par désistement de la plainte ou renonciation à l'action civile.» (article 14 du code de procédure pénale).

Il est inutile de développer les problèmes de la responsabilité pénale générale, qui couvre les infractions de tout citoyen, le médecin étant soumis sans dérogation à la loi commune.

**La loi est la même pour tous, mais le médecin du fait même du «monopole des soins», qui lui est reconnu officiellement par la loi justement, a des obligations spécifiques pouvant engendrer des fautes dites délictuelles c'est-à-dire des imprudences, négligences, inattentions ou maladrotes professionnelles.** Soit en outrepassant les pouvoirs accordés pour son exercice = action coupable; soit en ne remplissant pas ses devoirs conformément aux intérêts de la société, en particulier en cas d'urgence ou de refus d'obtempérer à une réquisition légale = abstention coupable.

## L'ACTION COUPABLE

L'action coupable du médecin peut survenir dans plusieurs domaines:

**1) atteinte inadmissible à l'intégrité corporelle** soit intentionnellement, soit sans intention. Le plus souvent cette atteinte a lieu involontairement dans des circonstances qui révèlent une faute médicale technique ou non. Elle tombe sous le coup des articles 217 et 225 du code pénal, article 217 du code pénal.

«L'homicide involontaire commis ou causé par maladresse, imprudence, négligence, inattention ou inobservation de règlements, est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de...» article 225 du code pénal.

«Celui qui par maladresse, impéritie, imprudence inattention, négligence ou inobservation des règlements détermine des lésions corporelles à autrui ou en est la cause involontaire, est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de...».

Ces textes autorisent et ont autorisé l'ouverture de poursuites judiciaires contre les médecins: décès en cours ou après une intervention, un traitement médical ou radiothérapeutique, accidents vasculaires ou infectieux après injection médicamenteuse intraveineuse ou intramusculaire, oubli de compresses ou d'instruments en particulier dans la cavité abdominale, **examen insuffisant, erreur d'analyse, brûlure ou électrocution par bistouri électrique, erreur de rédaction d'une ordonnance...**

**2) rédaction de documents erronés à l'encontre des dispositions légales ou réglementaires:** faux certificats..., certificat de complaisance, tableau B.... article 197 du code pénal:

«Tout médecin ou chirurgien qui par complaisance certifie faussement des maladies ou infirmités de nature à exempter d'un service public, est puni de l'emprisonnement pendant un an.

S'il a été mû par dons ou promesse, il est passible de la même peine pendant quatre ans. L'article 199 du code pénal punit d'un emprisonnement de six mois à deux ans «quiconque aura établi sciemment une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts».

Combien de médecins sont conscients du fait qu'ils s'exposent à être condamnés à de si lourdes peines (six mois à deux ans de prisons) quand ils «donnent un arrêt de travail» à un «malade» qu'ils n'ont même pas vu ?.

**3) la divulgation du secret médical qui présente et garde un caractère absolu en matière pénale,** à ce propos, il n'est pas utile de rappeler les termes de l'article 254 du code pénal:

«Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession de secrets qu'on leur confie, qui hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de 6 mois et d'une amende de...»

Lé délit découle de l'infraction à une obligation d'intérêt général à savoir qu'aucun obstacle touchant à l'intimité de la personne ne doit s'opposer à la consultation médicale, à recevoir les soins nécessités par son état de santé.

La pratique quotidienne pose cependant des problèmes délicats qui dictent une conduite plus ou moins conforme avec des textes parfois contradictoires et qui engagent la responsabilité du médecin.

**4) L'action coupable du médecin peut survenir également quant il dépasse les prérogatives de l'exercice professionnel en se donnant des pouvoirs qu'il n'a pas et en accomplissant un acte médical interdit par la loi.** Pareille éventualité peut être envisagée en cas d'opération chirurgicale ayant pour seul but un changement de sexe par exemple: l'article 221 du code pénal est assez explicite.

«La castration est punie de vingt ans de travaux forcés. Si la mort s'en est suivie, la peine est celle des travaux forcés à perpétuité».

Par les temps qui courent, où les candidats à ce genre d'opération ne sont pas exceptionnels, il n'est pas inutile de rappeler que le consentement du sujet ne représente aucunement une excuse absolue pour le médecin. L'ancienne et célèbre maxime d'Ulpien: *Volenti non fit injuria* (On ne fait tort ni dommage à une victime consentante) a toujours été considérée comme inapplicable aux personnes.

Dans beaucoup d'autres cas, le médecin risque de commettre au cours de son activité professionnelle, une action coupable pouvant engager sa responsabilité pénale.

## L'ABSTENTION COUPABLE

L'abstention coupable du médecin se produit en ne déclarant pas de faits obligatoirement révélés par le médecin pour la bonne marche de la société: certificat de décès, de maladies professionnelles, d'accident du travail (certificat descriptif des lésions; article 49 de la loi du 11 Décembre 1957 sur les accidents du travail) maladies à déclaration obligatoire...

Le fait d'aider à empêcher l'accomplissement d'un crime ou d'un délit contre l'intégrité corporelle de la personne mérite qu'on s'y arrête.

En effet, l'article premier de la loi N° 6648 du 3 Juin 1966 relative à l'abstention délictueuse stipule:

«Sera puni de cinq années d'emprisonnement et dix mille dinars d'amende quiconque, pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un fait qualifié crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne et s'abstient volontairement de la faire ».

Ce texte qui remplace l'article 4 du décret du 9 Juillet 1942 portant obligation de dénoncer les crimes ou projets de crime attentatoires aux personnes, s'applique au médecin comme à tout autre citoyen. Mais le médecin au cours de son activité professionnelle peut recevoir des confidences de tout ordre concernant un crime ou un délit consommés ou projetés et l'article 254 du code pénal l'oblige à conserver le secret professionnel «général et absolu». Apparemment, il y a contradiction entre les deux textes, or cette contradiction n'est qu'apparente. D'une part, l'article 254 précise «hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs» d'autre part la loi de 1966 vise les crimes ou les délits «contre l'intégrité corporelle de la personne» qu'on peut empêcher « par son action immédiate». Il s'agit donc à priori de crimes ou des délits non encore consommés. Dans ce sens, le médecin est tenu de tenter de les empêcher par son «action immédiate». Le mot action doit, à notre avis, être dans son sens le plus large, c'est-à-dire en employant tout moyen possible. La seule restriction étant que ce moyen soit «sans risque pour lui ou pour les tiers». Par contre, s'agissant d'un crime ou d'un délit déjà commis, le médecin en tant que tel est tenu au secret professionnel et ne peut pas être poursuivi en vertu de l'article premier de la loi de 1966

puisqu'il n'est plus question d'empêcher qui que ce soit. En d'autres termes, un médecin qui prodigue ses soins à un criminel se doit de conserver le secret professionnel et ne peut pas être poursuivi pénalement en vertu de cette loi.

L'abstention fautive du médecin risque de se produire le plus souvent en matière de non-assistance à une personne en péril, en vertu de l'article 21 de cette même loi du 3 Juin 1966, en particulier le 2ème alinéa de cet article.

«Sera puni des peines prévues à l'article premier, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours, si, faute d'être secourue, cette personne a perdu la vie, souffert d'un préjudice corporel ou subi l'aggravation de son état.

**Encourt les mêmes peines celui qui, d'après les règles de sa profession doit porter assistance et secours à autrui et qui dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, s'abstient de le faire.**

Les dispositions de l'article 53 du code pénal ne sont pas applicables à l'infraction prévue, à l'alinéa 2 ci-dessus».

- L'alinéa 2 de cet article vise essentiellement le médecin qui, d'après les règles de sa profession doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger selon l'article 5 du code de déontologie médicale. «Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat, si d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés.»

L'application de l'article 2 de la loi de 1966 aux médecins est très rigoureuse puisque le législateur exclut le bénéfice des dispositions de l'article 53 du code pénal à l'infraction prévue à l'alinéa 2, qui concerne particulièrement les médecins comme on l'a énoncé plus haut. En effet, selon l'article 53 du code pénal lorsque les circonstances du fait poursuivi paraissent de nature à justifier une atténuation de peine, et que la loi ne s'y oppose pas, le tribunal peut en les spécifiant dans son jugement, et sous les réserves ci-dessus déterminées abaisser la peine au-dessous du minimum légal...».

Le terme de «personne» correspond à tout être humain vivant, un cadavre n'est plus

une personne. La notion de péril est définie par l'article comme «quelque chose de fâcheux à craindre».

L'article 2 de la loi du 3 Juin 1966 comporte dans sa rédaction des précisions sur cette notion de péril.

«Si faute d'être secourue, cette personne a perdu la vie, souffert d'un préjudice corporel ou subi l'aggravation de son état. » La difficulté vient du fait que la réalité du péril n'est souvent établi qu'à postériori.

L'interprétation de la notion de péril varie avec la compétence, avec les connaissances et le jugement, ce qui explique la fréquente divergence d'opinion à ce sujet entre un individu quelconque et un médecin. De plus, assez rarement, le médecin a une connaissance directe du péril en cause. Il en est informé par un tiers, par téléphone, par plusieurs intermédiaires qui donnent une interprétation personnelle d'un fait à partir de données extérieures plus ou moins objectives. Face à un péril dont il a une connaissance directe (accident de la route, malaise dans la rue...) le médecin est tenu d'agir personnellement par son assistance technique, et de provoquer les moyens d'action pour transporter, pour hospitaliser, pour donner les soins compétents. Le médecin ne peut se dérober à ses devoirs sous prétexte d'incompétence, d'indisponibilité par un autre appel, une «salle d'attente pleine» ou de motifs plus ou moins fallacieux. Si le médecin a eu connaissance du péril par l'intermédiaire d'un tiers, il doit s'informer et en fonction des données de cette information, porter assistance toutes les fois où il résulte la notion d'un péril véritable.

Faute d'informations suffisantes, le médecin ne pourra formuler un jugement sur la réalité du péril d'autant que la loi ne se limite pas au péril de mort, mais s'étend à un «préjudice corporel» ou à «l'aggravation» d'un état. Dans le doute, le médecin devra considérer le péril comme certain et agir personnellement.

Cette obligation est d'autant plus lourde que l'urgence apparente ou réelle est quotidienne. Il demeure que tout médecin ne peut se soustraire au devoir de porter secours d'urgence, de se dérouter pour constater le «péril» et pour y porter remède selon ses compétences et ses moyens, sans tenir compte des appels motivés ou excessifs.

# Glifanan glafénine

**Glifanan comprimés et suppositoires - glafénine - glafénine (chlorhydrate). Propriétés :** Antalgique. **Indications :** - Douleurs aiguës et chroniques en rhumatologie, traumatologie, chirurgie, stomatologie, neurologie, proctologie, cancérologie. - Douleurs viscérales. - Céphalées. **Mode d'emploi :** Absorber les comprimés de préférence avant les repas, avalés tels quels ou croqués, avec un grand verre d'eau, sucrée ou non (le comprimé n'est pas soluble et est dénué de saveur). **Posologie :**

- Adultes : ● douleurs aiguës (traitement court) : 5 à 6 comprimés ou 3 ou 4 suppositoires par jour. La dose d'attaque est fréquemment de 2 comprimés absorbés simultanément ou de 2 suppositoires à quelques minutes d'intervalle. Ne pas dépasser 2 comprimés par prise. ● douleurs chroniques : 3 ou 4 comprimés ou 2 ou 3 suppositoires par jour. - Enfants : ● à partir de 3 ans : 1 ou 2 suppositoires par jour. ● de 5 à 10 ans : 1/2 comprimé 3 fois par jour. ● de 10 à 15 ans : 1 comprimé 3 fois par jour. **Coût journalier du traitement :** chez l'adulte, de 1,95 F à 4,80 F - chez l'enfant, de 0,98 F à 2,40 F. **Précautions :** - Boire un verre d'eau avec chaque prise.

- Eviter d'absorber en même temps qu'une boisson alcoolisée. - Comme il est habituel pour les autres antalgiques, le GLIFANAN est à utiliser avec précaution chez les insuffisants rénaux. **Effets indésirables :** - Ont été signalés des phénomènes de type allergique : urticaire, œdème de Quincke, choc. Ils contre-indiquent la poursuite ou la reprise de la thérapie par la glafénine (GLIFANAN ou ADALGUR) ou par des substances de formule proche (floctafénine, antrafénine) en raison d'une possible sensibilisation croisée avec ces dernières. - Une insuffisance rénale aiguë et réversible a été rapportée dans certains cas de prise généralement massive.

**Contre-indications :** Allergie à la glafénine ou à des substances de formule proche (floctafénine - antrafénine). **Formes et présentations :** Comprimés : Boîte de 18 comprimés sécables, jaune pâle, dosés à 200 mg de glafénine. A.M.M. 304.383.7 - Tableau C. Prix : 11,70 F (28 fév. 83) + SHP-C. Suppositoires : Boîte de 8 suppositoires dosés à 500 mg de glafénine (sous forme de chlorhydrate) A.M.M. 304.382.0 - Tableau C. Prix : 9,60 F (15 mars 83) + SHP-C. Remboursés Séc. Soc. à 70%.

Agréés aux Collect. Publ. Admis à l'A.P. de Paris.

Les Laboratoires ROUSSEL, information médicale : 97, rue de Vaugirard, 75279 Paris Cedex 06. Tél. (1) 555 91 55

ROUSSEL

# INFORMATIONS FLASH

**GRIPPE-** L'Organisation Mondiale de la Santé vient d'alerter ses deux centres mondiaux d'Atlanta et de Londres et les 108 laboratoires nationaux répartis dans 76 pays afin de **surveiller étroitement l'évolution d'une nouvelle souche virale qui prend désormais le relais de la traditionnelle souche Bangkok: L'Antigène A - Philippines.** Le vaccin devra être modifié pour la saison 1983-84.

**PATHOLOGIE BILIAIRE** L'endoscopie retrograde n'est pas toujours un luxe. C'est ce que montre une étude américaine portant sur 206 malades présentant des douleurs de type lithiasique mais ayant une cholangiographie orale et une échographie normale.

Une cholangiopancréatographie par endoscopie rétrograde a été alors tentée et elle a été réussie 195 fois. Les résultats intéressants concernent les 32 patients présentant des tests hépatiques perturbés l'examen. L'examen a alors retrouvé des petits calculs dans 25 cas (sur 32).

**DIARRHEES DES VOYAGEURS:** La Prophylaxie ne sert à rien. Cela ressort d'une étude réalisée par des auteurs suisses chez 16 568 sujets revenant de 13 destinations représentant tous les climats. On constate, ce qui n'est pas une surprise, que les voyages dans le Tiers-Monde, avec des séjours en hôtel peu luxueux, exposent plus aux diarrhées du voyageur, les jeunes étant donc particulièrement touchés. Mais ces affections qui sont, dans l'immense majorité des cas, courtes et bénignes, ne sont guère prévenues ou écourtées par les conseils alimentaires préalables et par les diverses prophylaxies.

**SECTEUR PRIVE A L'HOPITAL PUBLIC:** Le journal Officiel Français du 9 Mars a publié le montant des redevances forfaitaires dues envers l'hôpital par les praticiens ayant conservé une activité privée. Elles sont calculées sur la base des tarifs conventionnels, (30% pour les temps pleins, à l'exception des anesthésistes réanimateurs, électro-radiologistes et biologistes).

**DISTILBENE:** A la suite des divers articles parus en Février après une enquête de la mutuelle générale de l'éducation nationale, portant sur les effets du di-éthyl-stilboestrol sur les enfants de mères ayant reçu le produit durant leur grossesse, la commission nationale de pharmacovigilance a tenu une réunion à ce sujet. Pour elle, le DES constitue un problème réel, qu'il ne faut ni minimiser, ni dramatiser. Au pire, 260 000 femmes (soit environ 130 000 filles) sont susceptibles d'avoir été traitées depuis 25 ans; donc 30 à 40 cas de cancer pourraient être observés dans les années à venir. La commission donne donc divers conseils aux médecins et personnel de santé, par des fiches «de transparence» qui leur seront adressées; elle préconise un examen du vagin et un frottis annuel en cas d'anxiété de la jeune femme ou de la famille; une consultation immédiate si saignement ou modifications des sécrétions; d'éviter les stérilet en contraception; suivre de près toute grossesse chez ces jeunes femmes. De plus, le dictionnaire Vidal sera modifié en ce sens, bien que le DES ne soit plus fabriqué à l'heure actuelle qu'en petite quantité, pour traiter certains cancers de la prostate.

**LE CANCER DU RECTUM RESTE UNE CAUSE IMPORTANTE DE MORTALITE EN FRANCE** (16 000 personnes par an) et frappe 1,5% de la population des pays occidentaux. Il est en France le 3ème cancer en nombre de cas, après celui du poumon chez les hommes et celui du sein chez les femmes.

Les cancérologues, réunis récemment sur ce thème, estiment que 25% seulement des malades sont traités assez tôt pour avoir une espérance de guérison à 5 ans et attirent donc l'attention sur l'intérêt d'un dépistage précoce, dès l'âge de 40 ans, avec toucher rectal (90% de ces cancers proviennent de la transformation d'un polype) et coloscopie chez les patients ayant des antécédents personnels ou familiaux.

## NOUVEAUX MEDICAMENTS

### - FERRO GRAD FOLIC RETARD 30 Comprimés.

(Laboratoires ABBOT) Prix Public: 1, D925  
Une Association de Fer et d'acide folique intéressante pour les carences de la femme enceinte. 1 comprimé par jour.

### GANADOTROPHINE CHORIONIQUE

1500 UI - B6 Ampoules injectables prix public 4, D055  
(Laboratoire Organon).

### DISTILBENE

Attention!  
Après la réunion d'une Commission Technique, au Ministère de la Santé Publique, concernant le Distilbene, il a été décidé de ne pas retirer ce produit du marché mais de rappeler à tous les médecins qu'il est strictement interdit de le prescrire aux femmes enceintes.

Il reste indiqué, pour le traitement des cancers de la Prostate.

### PROGESTATIFS DE SYNTHESE

Une commission technique est en train d'étudier les effets secondaires des progestatifs de synthèse, particulièrement chez les femmes enceintes. Il est donc recommandé aux médecins de prescrire ces produits avec beaucoup de précautions, et d'attendre en tout état de cause les conclusions de la commission qui seront publiées dans le prochain numéro du Bulletin.

## LISTE DES PRODUITS SUPPRIMES

PRODUITS	LABORATOIRES
AKERAN 100 COMP.	WELLCOME
BUTAZOLIDINE A MIDO. 5 SUPP.	GEIGY
CLARESAN 40 COMP.	SARBACH
CYCLOESTROL PROGESTERONE 20 COMPS.	BRUNEAU
CYCLOESTROL 20 COMP. 1 MG	BRUNEAU
CYCLOMYCETINE 20 COMP.	SARBACH
DIPARALENE 25 COMP.	ABBOTT
DRAMAMINE 6 SUPP. 25 MG ENF.	CLIN MIDY
GELUSIL 100 COMPS.	SUBSTANTIA
HYGALEX 20 AMP BUV.	LAFON
LUTOMETRODIOL FORTE 40 COMP AD.	CLIN MIDY
NEVROVITAMINE «4» COMP AD.	NOVALIS
NEVROVITAMINE «4» GRANULES ENF.	NOVALIS
SALGYDAL A L'AMIDO 20 CAPSULES	THERAPLIX
SEDO T.A CAPSULES	SARBACH

# LA SCANOGRAPHIE

## SCANNER OU TOMOGRAPHIE AXIALE COMPUTERISEE

Pr. R. HAMZA

Elle a pour principe l'analyse d'un faisceau de rayons X qui parcourt une tranche axiale du corps par un ordinateur.

Cette nouvelle technique radiologique présentée pour la 1ère fois en 1972 par Hounsfield et Ambrose, permet d'analyser de façon très précise, point par point, les densités d'une coupe du corps, selon les valeurs d'atténuation des différents tissus.

Les rayons X qui traversent la partie du corps à explorer sont plus ou moins absorbés selon la densité des tissus traversés: puisqu'entièrement absorbés par les tissus de densité calcique (+ 1000 dans l'échelle Hounsfield); ils ne le seront pas par l'air (- 1000 dans l'échelle Hounsfield). Dans cette même échelle l'eau est le 0.

En radiologie conventionnelle les images radiologiques ou radioscopiques résultent aussi d'une absorption différente des tissus, mais la «précision densitométrique» est plus de 100 fois inférieure.

En tomographie conventionnelle, seule le «plan de coupe» est net les autres plans étant flous, mais les différences de densité ne sont guère mieux analysées, et par exemple, au niveau du crâne, seules les structures calciques seront discernables alors que la scanographie différencie les diverses parties de l'encéphale, les structures calciques et les parties molles adjacentes.

### PRINCIPE:

La tomodynamométrie permet de mesurer la densité radiologique en chaque point d'une coupe d'épaisseur déterminée, et à partir de ces données de reconstituer une image en deux dimensions de la coupe.

Si un pinceau très fin de rayons X parallèles parcourt la coupe, on obtient la densité radiologique de tous les points situés sur une même ligne. Si on pratique ensuite une rotation d'un angle alpha, puis à nouveau une translation, on obtient une série de mesures identiques, mais selon un axe différent.

A partir de ces données, il est possible de calculer par des procédés mathématiques (algébrique, algorithme de déconvolution, transformée de Fourier) la densité élémentaire en chaque point de la coupe.

### REALISATION D'UNE CHAINE DE TOMODENSITOMETRIE:

La chaîne comprend 4 éléments: un système de mesures, un système de traitement, un système de restitution des données et un système d'archivage.

#### 1 - Le système de mesures:

Il comprend un ensemble tube-émetteur et détecteur, solidaires animé d'un mouvement de rotation-translation ou actuellement de rotation seule.

Le faisceau du tube est étroitement colimaté pour donner les rayons parallèles et très fins (1,5 mm x 10 mm): souvent la colimation peut être modifiée de manière à faire varier l'épaisseur de la coupe. La présence de deux détecteurs juxtaposés sur certains appareils, permet de mesurer 2 coupes sur la même exposition. Les appareils, récents «corps entiers» comportent de nombreux détecteurs et le mouvement de translation est supprimé.

**2 - Le Système de traitement des données** est réalisé par un mini-ordinateur qui calcule la densité élémentaire en chaque point.

Sur les appareils récents, les données de calcul sont faites pendant le temps de mesure.

**3 - Le Système de visualisation:** (console) est formé d'un écran de télévision. Les variations de densité enregistrées par l'appareil sont comprises entre - 1000 et + 1000; le pouvoir discriminatoire de l'œil étant d'une vingtaine de tons gris, il est nécessaire d'adapter l'image à la région à explorer de manière à exploiter au maximum les informations en densité. L'image est caractérisée par deux paramètres: la largeur de la fenêtre (plus elle est réduite et plus la discrimination en densité est importante) et le niveau moyen de la fenêtre qui doit être voisin de la valeur de densité des organes que l'on veut étudier. A cet écran est couplé un système photographique permettant l'obtention de documents (films polaroids, films radiologiques ou 105 mm).

**4 - L'enregistrement de ces données:** peut se faire ensuite sous la forme de «floppydisques» (disques souples) ou de bande magnétiques permettant de ressortir à tout moment l'ensemble des données de l'examen.

La technologie de la scanographie se perfectionne sans cesse: des coupes frontales, coronales, sont possibles au niveau du crâne et très utiles dans l'étude du massif facial ou des processus encéphaliques frontaux ou hypophysaires. La reconstruction par ordinateur permet aussi d'obtenir des images dans tous les plans de l'espace, avec cependant une perte de définition.

### INDICATIONS ET TECHNIQUES UTILISEES:

Grâce à la scanographie, il est possible de visualiser sans moyen de contraste les reins ou le foie, au niveau de l'abdomen, les ventricules cérébraux au niveau du crâne ou les images **pathologiques:** tumeurs, kystes, hémorragies dont les densités diffèrent des tissus sains avoisinants (les tumeurs, le liquide d'un kyste, l'œdème péricytomural, sont souvent hypodenses, le sang surtout coagulé est hyperdense; la moindre calcification anormale sera remarquablement objectivée).

La scanographie permet l'étude de tout le corps. Elle est surtout utilisée pour l'étude de l'**encéphale** ou **des orbites**, pour lesquels elle ne nécessite pas de préparation particulière. Cependant, chez les jeunes enfants, ou les malades agités (coma vigil), l'anesthésie générale ou une prémédication peuvent être nécessaires car la prise successive des coupes nécessite une immobilité absolue pour ne pas modifier le plan de coupe et le plan de réalisation d'une coupe varie entre une et plusieurs dizaines de secondes selon l'appareillage. Cet examen dure moins d'une heure avec les appareils actuels: habituellement des coupes jointives, du sommet à la base du crâne, sont réalisées avant et après injection en perfusion d'iode, qui permet de mieux objectiver les processus tumoraux qui «prennent» le contraste et deviennent plus denses.

Il s'agit d'une technique essentielle, sans risque (l'irradiation n'est pas supérieure à celle d'une étude radiologique standard, de l'ordre de 1 à 2

rads par coupe), qui n'est pas pénible pour le malade, qui devrait se répandre très rapidement et être possible dans tous les services de radiologie; mais son coût a fait minimiser ses besoins.

Pour la scanographie **abdominale**, il faut que le malade n'ait pas absorbé de produits opacifiants dans les jours précédents, car la baryte trop dense perturbe l'image scanographique. Les perfusions d'iode sont moins systématiquement utilisées que pour la scanographie céphalique. Par contre, on réalise souvent l'opacification de l'estomac et du duodénum, dans l'étude du pancréas avec un opacifiant iodé, dilué (type Gastrografine).

L'examen est habituellement plus long pour la scanographie thoraco-abdominale que céphalique car le nombre de coupes nécessaire (10 à 15 mm d'épaisseur) est beaucoup plus important.

Pour l'étude de la moelle ou des ventricules et des citernes de l'encéphale, on utilise parfois l'Ampaqué injecté par voie intra-rachidienne par ponction lombaire, en petites quantités. Les suites de l'examen peuvent comporter alors des incidents et le malade devra être hospitalisé pour au moins 48 heures dans les suites de son examen scanographique. Il faut aussi citer l'utilisation du Xénon, gaz radio-actif se fixant sur les corps liposolubles, utilisés dans certains processus dégénératifs du système nerveux central pour améliorer les contrastes entre tissu nerveux sain et pathologique (il est introduit par inhalation et n'a pas d'inconvénient pour le malade en dehors de l'irradiation non négligeable qu'il provoque).

### POUR CONCLURE:

La scanographie est actuellement en pleine expansion: les appareils se perfectionnent sans cesse, les images dont la définition progresse régulièrement s'obtiennent dans des temps de plus en plus brefs.

On peut prévoir que dans quelques années, la scanographie sera le premier examen radiologique utilisé, d'autant que les appareils récents permettent d'obtenir dans premier temps une radiographie standard de face et de profil (Image de dépistage) sur laquelle on peut centrer les coupes scanographiques selon la symptomatologie clinique ou les anomalies découvertes.

Bientôt paraîtra

### La liste des médecins de Tunisie

Un livre de 250 pages médecins classés par ordre alphabétique, par spécialité et par région d'exercice. Tirage limité. Réservez votre exemplaire en envoyant un chèque de 7d.000 au Conseil de l'Ordre des Médecins.

# MEDECIN DE FAMILLE ET RELATION MEDECIN - MALADE

## Introduction:

Les médecins de famille sont souvent réticents à attribuer des causes émotionnelles aux symptômes de leurs patients, en partie parce qu'ils ont reçu un enseignement médical où l'accent a été mis sur les aspects «organiques» de la maladie et, en partie, parce qu'ils répugnent à se mettre à la place de leurs malades et à se laisser impliquer dans des problèmes personnels. Les praticiens sentent instinctivement qu'il est moins risqué d'entrer dans le corps de leur malade, avec des médicaments, un bistouri ou une sonde, des rayons X ou des prises de sang, que de pénétrer dans son psychisme avec cet instrument peu connu que constitue leur propre système psychique.

## Le rôle du médecin:

Cependant ces mêmes praticiens sont tout prêts à reconnaître que tandis qu'ils harcèlent leurs patients avec des remèdes psychiques appropriés à la maladie organique, ils sont souvent pris dans une autre recherche: celle d'un rôle que leurs malades les amènent à jouer. Ce rôle qui apparaît, par exemple, quand le médecin sent qu'il a été appelé pour apaiser une querelle domestique, plutôt que pour prescrire des médicaments, ou quand il réalise qu'on l'a fait venir auprès de quelqu'un qui a une maladie banale simplement pour soulager l'angoisse ou la culpabilité du patient, d'un parent ou d'un ami: ce rôle, on ne peut le comprendre pleinement qu'en examinant le comportement du malade et du médecin au cours d'une consultation ou d'une visite à domicile.

Quelle est l'explication du comportement d'une patiente qui insiste sur l'existence en elle d'une anomalie physique, alors qu'après des explorations complètes, aussi bien le médecin que l'hôpital l'ont «rassurée» en lui disant qu'ils n'avaient trouvé aucun indice d'une quelconque maladie organique? Ou du comportement d'un homme dont le médecin a manqué le diagnostic de tuberculose pulmonaire jusqu'à ce que le patient lui-même réclame une radio thoracique et qui a ensuite bien accueilli le repos prescrit et a même fait encore plus confiance au médecin pour la poursuite du traitement?

Quelle est la difficulté qu'éprouve cette mère qui souffre de graves crises d'angoisse et qui, pourtant, ne peut en discuter qu'en termes de douleurs abdominales affectant son enfant? Comment se fait-il que certains patients réagissent à la mort d'un proche en se sentant coupables, ou à un accident de travail ou de la circulation, en développant une «névrose de compensation»? Et pourquoi y a-t-il des malades qui critiquent leurs médecins, qui leur disent que leurs médicaments ne valent rien, qui réclament chaque semaine une prescription différente et qui pourtant s'accrochent à ces médecins jusqu'à ce que la mort les séparent?

## Le comportement des médecins:

Il y a aussi les questions qui se posent quand on étudie les comportements des médecins: Pourquoi y en a-t-il qui sont tellement irrités quand leurs malades n'arrivent pas à savoir

exactement quand ils peuvent leur téléphoner sans les déranger? Pourquoi y en a-t-il d'autres qui passent leur indication concernant les défauts de patients sur leur femme ou sur leur secrétaire plutôt que sur les patients eux-mêmes? Pourquoi les médecins ont-ils tous l'impression de se comporter comme de bons médecins, alors que certains soumettent leurs patients à leurs exigences, tandis que d'autres se soumettent aux exigences de leurs patients?

On ne peut pas vraiment répondre à ce genre de questions en déclarant que les patients consultent leur médecin à cause de leur désir naturel de savoir s'ils ont une maladie, ou pour être soulagés d'une sensation physique pénible ou pour venir chercher un conseil concernant un problème lié au maintien, de leur santé. Pas plus qu'on ne peut répondre que les médecins ne s'intéressent à leurs malades que pour préserver leur santé et pour diagnostiquer et traiter leurs maladies. On ne peut répondre à ces questions sur le comportement des malades que si on se rend compte qu'ils recherchent souvent l'aide du médecin pour un motif différent et plus profond: il s'agit pour eux de retrouver leur équilibre personnel qui a été bouleversé par un événement, un accident ou une maladie.

## Le patient et son médecin:

Le patient perçoit souvent le médecin comme quelqu'un qui va rétablir l'équilibre, quelqu'un qui va lui permettre de retrouver son estime de soi; quelqu'un qui comprendra ses sentiments d'angoisse ou de peur, de culpabilité ou de colère, de dépression ou de frustration même s'il est incapable de les exprimer autrement que par référence à des maux corporels, quelqu'un qui agira comme antidote aux choses affreuses qui occupent son esprit; quelqu'un qui sera capable de supporter des sentiments incontrôlables et de résister à leur invasion; quelqu'un qui sera capable de comprendre et qui, par là-même, pourra, d'une certaine façon, pardonner.

Michael Balint (1957) a résumé les «troubles de l'adaptation» par ces mots: *«la maladie est un combat stérile que mène le patient pour résoudre ses conflits; la thérapie est une tentative que fait le médecin pour intervenir dans ce processus, de telle façon qu'un meilleur équilibre puisse être atteint»*. De nombreux médecins ne reconnaissent les troubles réactionnels comme des maladies que s'ils se manifestent clairement sous forme d'angoisse, de dépression ou d'états analogues: ils supposent que le seul type de médecin capable d'intervenir efficacement pour rétablir l'équilibre du malade est le spécialiste de psychiatrie. Cependant la déclaration de Balint s'étend à un champ beaucoup plus vaste de la pathologie, un champ où le médecin praticien risque de conduire les explorations et le traitement appropriés à la maladie «organique» sans se rendre compte de l'importance des facteurs de tension sous-jacents à la maladie qu'il essaie de traiter et du rôle qu'il joue lui-même dans le processus.

## Soma et Psyché:

Les médecins ont tendance à négliger le fait que d'innombrables problèmes affectifs se présentent eux-mêmes sous le déguisement

de maladies «organiques»; ça commence par des symptômes et on en arrive à des signes objectifs, si on a laissé les problèmes persister pendant plusieurs années. Le cas d'un ulcère peptique chronique qui commence comme une «dyspepsie nerveuse» en est un exemple typique. De tels cas, où les tensions psychiques du patient se sont converties en symptômes plus acceptables d'un trouble corporel, sont rarement reconnus, du moins au début, comme relevant d'un traitement psychiatrique. Et pourtant c'est une certaine forme de psychothérapie qui est appliquée, du fait de la présence même du médecin et de la relation qu'il établit avec son malade. Le praticien peut-être satisfait de rester dans l'ignorance de cet autre rôle qu'il joue (inconsciemment) auprès de certains de ses malades; un rôle dans lequel il répond à certains besoins du malade qui est incapable d'exprimer en mots ses sentiments réels: un rôle qui n'a rien à voir avec les médicaments qu'il prescrit ou avec les propos qu'il tient sur la maladie organique, un rôle dans lequel il «se prescrit lui-même» inconsciemment, comme un stabilisateur pour rétablir l'équilibre de ses malades?

## Placebothérapie ou Psychothérapie?

Quand un patient tombe malade du fait qu'il n'a pas réussi à résoudre ses conflits, il se met à vaciller et, consciemment ou inconsciemment, il cherche à retrouver son équilibre. Il tend la main pour agripper quelque chose, ce peut-être un livre, une bouteille ou un téléphone grâce auquel il peut réquérir l'aide d'un parent, d'un ami ou d'un médecin. Le plus souvent c'est l'aide du médecin qui est demandée, car c'est d'habitude le parent ou l'ami qui a perturbé l'équilibre du patient. Si c'est le médecin qui est choisi, le malade sent instinctivement qu'il aurait l'air ridicule s'il lui demandait de rétablir l'équilibre perdu et c'est pour cela qu'il exprime son malaise dans des termes dont il pense que le médecin les comprendra: «Je suis fatigué, docteur, j'ai besoin d'un fortifiant», ou «Mes nerfs sont à bout, et je dors mal», ou «y a-t-il un nouveau remède pour faire cesser les maux de tête?», ou «j'ai besoin d'un check-up». Parfois, un patient sera venu pour un motif banal concernant une verrue ou une petite plaque d'eczéma qu'il a depuis longtemps et puis, au moment où le médecin finit d'écrire son ordonnance, il dit joyeusement «Pourriez-vous ajouter un remuant, docteur, car je me suis senti plutôt à plat ces derniers temps?» parce qu'il sait que la consultation est officiellement terminée et qu'il peut s'esquiver rapidement, si le médecin choisit de répondre par l'ironie ou ne réussit pas à comprendre ce qu'il a eu tant de mal à lui dire.

Si le médecin se contente de prendre les mots de son malade à leur valeur apparente et de l'interroger sur ses symptômes, leur début, leur siège, leur répartition, il n'apprendra rien de ce qui concerne un éventuel élément de tension psychique et il n'obtiendra même pas un tableau clinique complet dans le cas où il existe une maladie «organique». Le praticien doit étudier son patient comme un tout, il doit tenir compte de ses origines, de son comportement, de sa tenue

vestimentaire, du moment de la consultation ou de la demande de visite, du vocabulaire qu'il utilise et des derniers mots qu'il prononce à la fin d'une consultation. Le praticien doit observer également les moments de pleurs aussi bien que de rires, et les moments de silence embarrassant aussi bien que de vive expression émotionnelle. Il doit effacer sa propre personnalité dans toute la mesure du possible, afin d'«écouter» ce que ses patients essaient de lui dire, et il doit apprendre à interpréter le langage par lequel ils tentent d'exprimer leurs émotions et leurs craintes à moitié cachées.

#### La relation médecin malade:

Quand le médecin peut se rendre compte

avec Pascal que «*le cœur a ses raisons que la raison ignore*» et que les malades recherchent l'aide du médecin autant pour retrouver leur équilibre perdu que pour soulager leurs maux corporels, il acquiert une meilleure compréhension des mystères apparents de la médecine générale et en arrive à reconnaître la vérité de cette autre pensée profonde de Pascal: «*Tout comprendre, c'est tout pardonner*». Si le médecin ne prend pas conscience de son rôle de «stabilisateur» aussi bien que de son rôle de «maître de l'art du diagnostic et du traitement de la maladie organique», il sera entraîné dans une collusion avec son patient, ce qui l'amènera à parler de tout sauf des problèmes réels du malade et il gaspillera du

temps et de l'argent à essayer d'exclure une maladie organique dont l'existence n'est pas vraiment envisagée. Si le médecin se posait des questions comme: «pourquoi le patient vient-il me voir aujourd'hui pour une douleur qui dure depuis cinq semaines?» et: «Quelle est la maladie organique qui peut rendre compte de cette douleur?» il ferait rapidement la distinction entre les cas où son rôle est de stabiliser et ceux où il doit agir en tueur de microbes et il pourrait reconnaître plus facilement les troubles réactionnels qui prennent le masque d'une maladie organique.

## MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET CHLAMYDIA

L'amélioration des techniques de laboratoires simplifiant l'isolement des Chlamydia a permis de savoir que ces microorganismes sont responsables d'une fraction élevée des infections uro-génitales (environ 60%). L'inconstance des expressions cliniques favorise le passage à la chronicité et ses conséquences à long terme: stérilité secondaire chez la femme. Le diagnostic de ces infections est difficile car il faut savoir y penser en présence d'une symptomatologie bénigne, adresser les prélèvements suspects à un laboratoire qui pourra mettre en évidence les Chlamydia.

### I - MICROBIOLOGIE

#### A - Agent pathogène

Les Chlamydia sont des microorganismes gram négatifs à développement exclusivement intracellulaire. Elles se multiplient dans le cytoplasme des cellules hôtes formant des inclusions caractéristiques intercellulaires.

Il existe deux types de Chlamydia:

- **Chlamydia Psittaci** est très répandue dans le monde animal et responsable de certaines infections respiratoires (psittacose).

- **Chlamydia Trachomatis** est un parasite strict de l'homme responsable d'affections très contagieuses oculaires (trachome, conjonctivité à inclusion de l'adulte, kérato-conjonctivité) génitales (urétrites, cervicite non spécifique).

#### B - Diagnostic

Différentes techniques de découverte récente permettent d'isoler les Chlamydia: l'examen direct des corps d'inclusion sur frottis est décevant. L'isolement peut se faire par la multiplication des corps infectieux en culture cellulaire ou inoculation in ovo mais peu de laboratoires peuvent l'effectuer actuellement. Les résultats sont obtenus au bout d'une semaine. Il existe des

milieux de transport permettant d'adresser les prélèvements aux laboratoires spécialisés. Le sérodiagnostic peut être effectué dans beaucoup de laboratoires. Cependant, il n'est pas spécifique et donc n'a pas un grand intérêt sauf dans les affections graves. La sérologie ne peut en aucun cas remplacer l'isolement de l'agent pathogène sur culture cellulaire. Actuellement, des recherches sont en cours dans le domaine du diagnostic de laboratoire.

### II TRANSMISSION

Ces infections sont très contagieuses. La période d'incubation difficile à préciser (15 à 60 jours) est contagieuse.

### III - QUAND Y PENSER ?

Les infections urogénitales à Chlamydia se manifestent par une grande diversité clinique:

- Chez l'homme sous forme d'urétrite (aiguë, subaiguë, goutte matinale) ou des signes urinaires parfois discrets. Les urétrites chlamydiennes représentent 50 à 60% des urétrites non gonococciques et 60% des urétrites post gonococciques. Non traitées, elles peuvent persister des mois avec des phases d'accalmie et de rechute et se compliquer: épididymique le plus souvent unilatérale, prostatite et prostatovésiculaire, cowpérite, balanite qui peuvent être aussi fréquentes que dans les gonococcies. La complication générale essentielle est représentée par le syndrome de Fiessinger Leroy-Reiter.

- Chez la femme, il faut y penser systématiquement devant des manifestations génitales, le plus souvent banales: leucorrhées, cervicites. Toute la gravité de ces infections tient au risque de complication vers la salpingite (aiguë, subaiguë) responsable d'obturation tubaire et de stérilité.

Les infections chlamydiennes de la femme enceinte sont transmissibles au nouveau-né à la naissance, responsables de pneumopathie et de conjonctivite chez l'enfant.

### IV- TRAITEMENT

Le traitement doit être poursuivi au moins 14 jours afin d'éviter les récurrences. Il doit obligatoirement concerner aussi les partenaires. Il associe précautions d'hygiène et antibiothérapie. Les antibiotiques actifs ne sont pas ceux qui sont utilisés pour traiter une gonococci: ce sont exclusivement les tétracyclines et certains macrolides:

La doxycycline à raison de 200 mg par jour en une prise pendant au moins 14 jours (*Doxycycline*, *Vibracycline*)

- l'oxytétracycline: 2 g par jour pendant 14 jours.

- l'érythromycine chez la femme enceinte à raison de 2 g par jour pendant deux semaines (*Propicine* 500 - *Erythromycine* 1000).

- la minocycline: 100 mg par jour pendant 21 jours.

L'efficacité du traitement devrait être contrôlée pour être certain d'une guérison totale. S'il y a persistance des signes cliniques, il faut chercher un foyer local avant de reprendre un traitement général.

Une infection urogénitale même banale chez l'homme ou la femme peut être une infection à Chlamydia. Pourtant, cette pathologie fréquente et peu bruyante peut avoir de graves conséquences: conjonctivites, salpingites évoluant vers la stérilité, syndrome de Fiessinger Leroy-Reiter, rétrécissement urétral.



# urbanyl 10 mg

comprimés

clobazam

## anxiolytique pour les gens actifs

**Propriétés:** Benzodiazépine anxiolytique. **Indications:** Anxiété sous toutes ses formes. Manifestations somatiques liées à l'anxiété. Composante anxieuse des états anxio-dépressifs. **Contre-indications:** Allergie antérieure aux benzodiazépines. Insuffisance respiratoire sévère. **Mise en garde:** Le traitement ne doit pas être poursuivi inutilement. Un syndrome de sevrage peut survenir à l'arrêt brutal d'un traitement prolongé à posologie élevée: il est donc recommandé de réduire progressivement les doses. **Précautions d'emploi:** Il est préférable d'éviter la prescription de benzodiazépines au cours du premier trimestre de la grossesse et les doses élevées sont déconseillées au cours du dernier trimestre. La prescription n'est pas recommandée pendant la lactation. Adapter la posologie en cas d'insuffisance respiratoire modérée ou en cas d'insuffisance rénale ou hépatique graves. L'attention est attirée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les risques de somnolence diurne attachés à l'emploi des benzodiazépines. L'absorption simultanée de boissons alcoolisées est formellement déconseillée. La surveillance doit être rigoureuse chez le myasthénique. **Interactions médicamenteuses:** Synergie additive avec les dépresseurs neuro-musculaires ou les dépresseurs centraux. **Effets indésirables:** Selon la dose et la sensibilité du patient: parfois somnolence en début de traitement. **Mode d'emploi et posologie:** CHEZ L'ADULTE: en moyenne 2 comprimés par jour, ☉ le matin, ☉ à midi, ☉ le soir au coucher. Cette posologie peut être augmentée progressivement jusqu'à 3 comprimés par jour. Coût journalier: en moyenne 1,36 F CHEZ L'ENFANT ET LE SUJET ÂGÉ: de 1/2 comprimé à 1 comprimé et demi par jour. EN PSYCHIATRIE HOSPITALIÈRE: des posologies plus élevées peuvent être justifiées. **Urbanyl** peut être utilisé en association avec les antidépresseurs ou en complément d'un traitement neuroleptique. **Présentation:** Boîte de 30 comprimés sécables dosés à 10 mg de clobazam. Tableau A - A.M.M. 318 137.3. **Prix:** 20,30 F + S.H.P. Remb. Séc. Soc. à 70% - Collect.



# URGENCES ATTITUDES DU MEDECIN

«URGENCE: qualité de ce qui ne peut différer, de ce qui est pressant». Pour le dictionnaire, le caractère impérieux de l'urgence est clair: il ne saurait être question de s'y dérober. Pour le médecin, cette définition mérite d'être quelque peu nuancée. L'expérience le démontre: plus qu'une détresse objective, l'urgence médicale est avant tout une inquiétude, une angoisse. Le malade a d'abord peur. Son entourage exprime lui aussi cette angoisse, qui comporte parfois la crainte de la mort, qui se nourrit toujours du sentiment d'impuissance face à la détresse.

Devant l'urgence, la première mission du médecin est donc de rassurer. Sa seule présence, ses gestes assurés, ses paroles réconfortantes, tout permet au médecin de calmer. L'angoisse, de dédramatiser l'urgence. Dans le même temps, le médecin doit aussi soulager physiquement, objectivement. A cet égard, sortir de sa trousse une ampoule et une seringue demeure un geste essentiel.

De plus en plus, le praticien confronté à une détresse avérée en vient à faire appel à une équipe hautement spécialisée pour prendre en charge son malade. Mais en attendant l'ambulance, le médecin ne reste pas inactif. Au reste, on ne pardonnerait pas au Docteur de laisser souffrir - ou mourir - sans rien faire.

Il existe au demeurant plusieurs degrés dans l'urgence. Une minorité seulement des urgences ressenties par le malade ou l'entourage sont à proprement parler des détresses, nécessitant l'hospitalisation. Pour la grande majorité des appels, qu'on peut qualifier d'urgences relatives, le praticien revendique une place de choix.

Les moyens du praticien de ville ne sont pas ceux de l'hospitalier: son attitude n'est donc pas identique. Nous proposons d'examiner la conduite de l'un et de l'autre face à une situation donnée.

## LA DEFAILLANCE CIRCULATOIRE AIGUE

C'est le collapsus, défini par une pression systolique inférieure à 80 mm Hg, et dont le retentissement cellulaire et viscéral détermine l'état de choc. L'examen initial s'efforce d'être aussi rapide que complet. Il permet en général d'envisager le diagnostic étiologique, et de différencier un choc hypovolémique, par hémorragie ou perte hydrosodée, un choc cardiogénique, au cours d'un infarctus, d'un trouble aigu du rythme, d'une tamponnade, d'une dissection aortique... un choc anaphylactique ou bactérien, ou encore un choc d'origine neurologique, lié à des drogues dépressives ou à une atteinte médullaire.

Le généraliste peut, en attendant le transfert si possible médicalisé vers un centre spécialisé, tenter de limiter le choc et ses conséquences. Les corticoïdes injectables, s'ils ont leur indication électorale dans les chocs anaphylactiques ou infectieux, sont cependant employés dans tous les types de choc. Ou utilise soit le classique

**hémisuccinate d'hydrocortisone (500 mg à 1 g IV renouvelable),** soit d'autres dérivés, **Soludécadron (2 à 6 mg / Kg IV), Bétnésol (4 O 20 mg IV), Célestène (R) (4 à 20 mgf IV)**... Les corticoïdes seront poursuivis en perfusion au cours du transport.

## REPLISSAGE VASCULAIRE: DOPAMINE

Dès la prise en charge par une équipe spécialisée, ou à l'arrivée à l'hôpital, un cathéter, central si possible, sera mis en place. Le traitement tentera alors de juguler le choc, s'efforçant de s'adapter à la physiopathologie. L'isuprel (R) est essentiellement indiquée dans certains chocs cardiogéniques ou infectieux. Mais il faut se méfier de l'existence d'une tachycardie ou d'un trouble de l'excitabilité qui feront préférer le glucagon. Les vasopresseurs (Aramine R) accroissent la pression artérielle aux dépens d'une vasoconstriction périphérique, augmentant le travail cardiaque. Ils ne sont indiqués que dans certains chocs anaphylactiques ou face à un collapsus de reventilation. Quant aux lytiques (régitine ou Vadilex (R), on les réserve à quelques cas, associant une vasoconstriction périphérique très sévère, une pression veineuse élevée, une T.A. pincée et une fonction myocardique conservée.

Le remplissage vasculaire, lorsque la pression veineuse centrale est basse, est la base du traitement des chocs hypovolémiques. Il fait appel selon les cas à du sang, du plasma, de l'albumine ou des solutés colloïdaux (Plasmion (R), Rhéomacrodex (R)...)...

La dopamine est la dernière introduite des médications du choc. Administrée à l'aide d'un perfuseur électrique, elle est inotrope positive et vasodilatatrice, sans modifier la fréquence ni l'excitabilité myocardique. Le traitement en milieu hospitalier veillera encore à corriger les troubles hydroélectrolytiques et acido-basiques. Enfin, selon l'étiologie le traitement fera appel à d'autres drogues ou à d'autres techniques. Nous ne mentionnerons, à titre d'exemple, que la mise en place d'un ballonnet et contre pulsion diastolique dans certains chocs cardiogéniques.

Les causes de dyspnée aigue pouvant mettre rapidement en jeu le pronostic vital sont nombreuses. Citons, parmi les plus fréquentes, l'O.A.P., l'embolie pulmonaire massive, le pneumothorax. Les corps étrangers laryngotrachéaux chez l'enfant, l'œdème de la glotte, mais aussi le coup ou la laryngite striduleuse, les péricardites, certaines intoxications, les noyades...; enfin, la crise d'asthme qui représente la dyspnée aigue la plus fréquemment rencontrée par le praticien. Certes, chacune de ces urgences fait appel à un traitement étiologique particulier. Mais certaines mesures de réanimation semblent, face aux cas les plus sévères, pouvoir constituer la base d'une thérapeutique commune.

Le généraliste, ayant reconnu la défaillance tandis

que l'examen apprécie l'importance du trouble et tente d'en préciser l'origine, peut et doit effectuer quelques gestes essentiels. Le premier consiste à s'assurer de la liberté et de la perméabilité des voies aériennes du patient. Dans de nombreux cas, le simple fait de mettre la tête en hyperextension suffit à améliorer la ventilation. Le traitement d'urgence de l'O.A.P. est bien connu: saignée, digitale, diurétique en sont les éléments habituels.

La crise d'asthme ne cède pas toujours à la simple injection de théophylline ou de Trentadil (R), non plus qu'au Soludécadron (R). La Ventoline (R) en aérosol, bien maniée, peut être un appoint, mais n'a guère d'intérêt dans l'état de mal. Quant au Bécotide (R), traitement de fond, il ne semble pas avoir d'indication dans la crise. Fonctionner si besoin à l'aide d'une simple aiguille à défaut de trocard, un pneumothorax suffocant, est un geste qui ne doit pas faire reculer le praticien. Les dyspnées laryngées sont souvent améliorées par un corticoïde. La décompensation respiratoire, ou la dépression liée à une intoxication, volontaire ou accidentelle, nécessite l'admission en centre spécialisé.

A l'hôpital, ou dans l'ambulance du SAMU, le traitement sera complété.

L'intubation trachéale sera bien souvent le premier geste du médecin hospitalier. La mise en place d'une voie veineuse est de règle. L'oxygénothérapie, bien contrôlée, est souvent indiquée. Une batterie d'examen permettront alors de contrôler de diagnostic et d'apprécier le retentissement de la défaillance respiratoire: degré d'hypoxie, acidose... Le traitement, codifié, faisant volontiers appel à une lourde instrumentation, s'adaptera alors aux troubles et à leurs causes.

## LA CRAINTE FAIT L'URGENCE

Nous avons volontairement limité notre propos à deux exemples, les prenant dans un cadre très général. Une vérité nous semble s'en dégager. Certes le rôle du praticien de ville est limité. Les moyens dont il dispose, le manque de formation initiale ou continue aux problèmes de l'urgence, sa solitude au chevet de son malade, sont autant de raisons qui voudraient ramener son rôle à peu de chose. Il n'en est rien, tout démontre au contraire qu'il est essentiel. Les gestes, certes simples, des premiers instants, conditionnent bien souvent l'avenir du malade.

Médecins hospitaliers et médecins de ville perçoivent les urgences de manière différente. Ils y répondent par des moyens qui ne sont pas comparables. Mais il n'y a pas de véritable hiatus entre eux. L'urgence est avant tout la demande d'un malade et l'expression de sa crainte devant la maladie ou l'accident. Au médecin de répondre à cette demande et d'apaiser cette crainte.

## Le Nouveau Bureau du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

Suite aux élections du 6 mai 1983 le nouveau bureau du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens se présente comme suit:  
Président: *Mme Ouahchi - Bencherifa Aziza*  
Vice Président: *M. Baccouche Férid*  
Secrétaire Général: *M. Zahar Taieb*

S.G. Adjoint: *M. Gargouri Hafedh*  
Trésorier: *M. Kamoun Mahmoud*  
Trésorier Adjoint: *M. Ben Abdallah Khawla*  
Assesseurs: *M. Cherif Bahri*  
Félicitations à nos confrères élus,



# VOTRE DECLARATION D'IMPOTS

## LE REGIME FISCAL DES MEDECINS ET DENTISTES DE LIBRE PRATIQUE

Ce régime résulte actuellement du décret n° 79-732 du 14 Août 1979 et de l'article 26 de la loi n° 82-91 du 31 Décembre 1982 portant Loi de Finances pour la gestion 1983.

### 1 - Décret n° 79-732 du 14 Août 1979

Aux termes de ce texte, les recettes et honoraires servant de base au calcul du bénéfice imposable des médecins et de chirurgiens-dentistes pour le propre compte, ne peuvent être inférieurs à la rémunération brute de base augmentée des indemnités non représentatives de frais, de leur homologues, de même ancienneté exerçant à plein temps, telle que cette rémunération ressort d'un barème établi à cet effet ( se trouve en annexe).

Pour l'application du dit barème, le décret de 14 Août 1979 prévoit les dispositions particulières suivantes:

a) En ce qui concerne les médecins (ou les chirurgiens-dentistes) qui s'installent pour leur propre compte en cours d'année, le revenu minimum imposable est déterminé au prorata du temps écoulé du jour de l'installation de l'intéressé au 31 décembre de la même année.

b) Le classement du médecin ou des chirurgiens-dentistes est déterminé en fonction de chaque période de 2 ans révolus au premier janvier de chaque année d'imposition.

c) Un médecin (ou un chirurgien dentiste) qui, après avoir exercé à plein temps décide de s'installer pour son propre compte est considéré comme ayant une ancienneté qui correspond à l'échelon dans lequel il était classé lors de la cession de son activité à plein temps.

d) Les recettes et honoraires annuels des médecins et des chirurgiens-dentistes exerçant à mi-temps dans la formation hospitalière, y compris l'indemnité de mi-temps qui leur est servie, ne peuvent être inférieurs dans leur total à la rémunération annuelle brute de base augmentée des indemnités non représentatives de frais des médecins spécialiste de la Santé Publique de même ancienneté.

### BENEFICE FISCAL SOUMIS A L'I.B.P.N.C.

Le bénéfice fiscal est constitué du chiffre d'affaires brut tel qu'il est déterminé par les dispositions rappelées ci-dessus, diminué de 20%, au titre de frais professionnels. Toutefois pour les 4 premières années d'activité, la déduction pour frais professionnels est fixée à 40%.

**Exemple:** soit un médecin spécialiste exerçant à titre privé depuis plus de 14 ans.

Par application du barème ci-joint, le revenu minimum imposable est dans cette hypothèse égal à 9.122,000.

#### Impôts dûs:

- Revenu annuel 9.122,000  
- Réduction de 20% (pour frais professionnels) 1.824,000  
Revenu imposable 7.297,600

#### I.B.P.N.C

- Droit proportionnel (11,50%) 839,224  
- C.E.S (9.122,000 x 0,1 %) 9.122,000  
- T.L. (9.122,000 x 020 %) 18,244  
866,590

- T.P.S. (9.122,000 x 4 %) 364,880

Montant soumis à la C.P.E: (7.297,600 — 839,224) = 6.458,376

#### Liquidation de la C.P.E.:

- Jusqu'à 6.000 D = 6.000 x 26,16% = 1.569,600  
- Tranche supérieure = 458 x 33,12% = 151,689  
C.P.E égal à 1.721,289

#### TOTAL DES IMPOTS EXIGIBLES: 2.952,759

**Observations:** La liquidation de la C.P.E est donnée ci-dessus à titre indicatif. Elle ne tient pas compte des déductions auxquelles le médecin concerné peut éventuellement prétendre du fait de son mariage ou d'enfants et de parents à sa charge.

Pour cerner de plus près la réalité, supposons que ce médecin soit marié et qu'il ait 4 enfants à sa charge.

La liquidation de la C.P.E. devrait dans cette hypothèse être reprise de la manière suivante, en application de l'article 10 de la Loi de Finances pour la gestion 1983 et des dispositions antérieures:

Montant Brut: 6.458,376  
Abatements: 150,000 (contribuable marié)  
270,000 (4 enfants à charge)

Total des abatements 420,000  
Reste soumis à la C.P.E 6.038,376  
Montant de la C.P.E. = 1.582,185

Supposons encore que l'intéressé soit marié et qu'il ait 4 enfants à charge dont l'un poursuit ses études supérieures sans bénéficier de bourse et deux parents également à sa charge. Dans cette hypothèse, la liquidation de la C.P.E. s'établirait comme suit:

Montant brut

Abatements:

150,000 (contribuable marié)  
225,000 (3 enfants mineurs)  
220,000 poursuivant des études supérieures sans bourse)  
300,000 (2 parents à charge)  
Total des abatements  
875,000

Reste soumis à la C.P.E.

5.583,376

#### C.P.E. dûe:

- Jusqu'à 5.000 à 21,8% = 1.090,000  
- Tranche supérieure: 152,513  
583 à 26/16% =  
1.242,513

### 2. Loi N° 82-91 du 31 Décembre 1982

L'article 26 de la loi de Finances pour la gestion 1983 prévoit une réduction des taux de l'I.B.P.N.C. de 50% au profit notamment des membres de la profession médicale qui s'installent à partir du 1er Janvier 1983 et avant le 31 Décembre 1986 dans les zones 3, 4 ou 5 prévues par la loi N° 81-56 du 23 Juin 1981 portant encouragement aux investissements dans les industries manufacturières et à la décentralisation industrielle, à l'exception des délégations chef-lieux des gouvernorats.

Cette exonération couvre une période variable (4,5 ou 6 ans) en fonction de la zone où s'exerce l'activité.

La même réduction profite aux personnes installées dans l'une des zones sus-visées antérieurement au 1er Janvier 1983.

Dans ce cas, la période de 4,5 ou 6 ans couverte par la réduction est décomptée à compter du jour de l'installation de l'intéressé.

**Exemple:** Soit un médecin installé depuis le 1er Janvier 1980 dans un village de la Zone 4.

A la zone 4, correspond une réduction de taux de l'I.B.P.N.C. pendant 5 ans.

La période écoulée depuis l'installation du médecin étant de 3 ans, les années 1983 et 1984 (2 ans) demeurent seules couvertes par la réduction du taux de l'I.B.P.N.C. soit 5,75% applicable éventuellement pour un médecin débutant, à ses recettes, diminué de 40% de frais.

## ANNEXE

### REMUNERATION ANNUELLE DES MEDECINS, CHIRURGIENS ET DENTISTES

CATEGORIES DE MEDECINS, CHIRURGIENS OU DENTISTES DE LIBRE PRATIQUE	ANCIENNETE	CATEGORIE, ECHELON ET INDICES CORRESPONDANTS			REMUNERATIONS			TOTAL BRUT
		CATEGORIE	ECHELON	INDICES	TRAITEMENTS	INDEMNITE PLEIN TEMPS	PRIME DE RENDEMENT	
Médecin Généraliste	- de 2 ans	Médecin de la Santé Publique	1er échelon	480	1.833	4.560	500	6.893
	+ de 2 ans		2ème échelon	515	1.953	4.560	500	7.013
	- de 4 ans		3ème échelon	550	2.072	4.560	500	7.132
	- de 6 ans		4ème échelon	580	2.175	4.560	500	7.235
	- de 8 ans		5ème échelon	610	2.281	4.560	500	7.341
	- de 10 ans		6ème échelon	640	2.394	4.560	500	7.454
	- de 12 ans		7ème échelon	670	2.508	4.560	500	7.568
	- de 14 ans		8ème échelon	700	2.621	4.560	500	7.681
Médecin Spécialiste	- de 2 ans	Médecin Spécialiste de la Santé Publique	1er échelon	600	2.243	5.712	600	8.550
	- de 2 ans		2ème échelon	625	2.338	5.712	600	8.650
	- de 4 ans		3ème échelon	650	2.432	5.712	600	8.744
	- de 6 ans		4ème échelon	675	2.527	5.712	600	8.839
	- 8 ans		5ème échelon	700	2.621	5.712	600	8.933
	- de 10 ans		6ème échelon	725	2.716	5.712	600	9.028
	- de 12 ans		7ème échelon	740	2.772	5.712	600	9.084
	- de 14 ans		8ème échelon	750	2.810	5.712	600	9.122
Chirurgien Dentiste	- de 2 ans	Chirurgien Dentiste de la Santé Publique	1er échelon	480	1.833	3.000	420	5.253
	+ de 2 ans		2ème échelon	500	1.901	3.000	420	5.321
	- de 4 ans		3ème échelon	520	1.969	3.000	420	5.389
	- de 6 ans		4ème échelon	540	2.038	3.000	420	5.458
	- de 8 ans		5ème échelon	560	2.106	3.000	420	5.526
	- de 10 ans		6ème échelon	580	2.175	3.000	420	5.595
	- de 12 ans		7ème échelon	610	2.281	3.000	420	5.701
	- de 14 ans		8ème échelon	650	2.432	3.000	420	5.852
Chirurgien Dentiste Spécialiste	- de 2 ans	Chirurgien Dentiste Spécialiste de la Santé Publique	1er échelon	530	2.004	4.560	500	7.064
	+ de 2 ans		2ème échelon	550	2.072	4.560	500	7.132
	- de 4 ans		3ème échelon	570	2.149	4.560	500	7.209
	- de 6 ans		4ème échelon	600	2.243	4.560	500	7.303
	- de 8 ans		5ème échelon	625	2.338	4.560	500	7.398
	- de 10 ans		6ème échelon	650	2.432	4.560	500	7.492
	- de 12 ans		7ème échelon	675	2.527	4.560	500	7.587
	- de 14 ans		8ème échelon	700	2.621	4.560	500	7.681

# LE REGIME FISCAL DES MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE: UNE INJUSTICE FLAGRANTE !

En 1970, le nombre de médecins de libre pratique était deux fois plus important que celui des médecins plein temps.

En 1982, cette proportion se trouve renversée.

La situation ainsi créée est probablement révélatrice du malaise dans lequel le secteur de libre pratique se débat actuellement et il est à craindre que cette situation aboutisse à une désaffection de ce secteur.

Elle est due, pour une bonne part, au système d'imposition des médecins de libre pratique.

Comme tout régime fiscal, ce système a en effet ses défauts. Les reproches qu'on peut lui faire sont nombreux. Ce système peut paraître inéquitable dans la mesure où il ne tient pas suffisamment compte des charges réellement supportées par les médecins de libre pratique.

Ces charges ont, en effet, été fixées forfaitairement à 20% des recettes brutes. Or, elles sont en réalité beaucoup plus élevées.

Les médecins qui exercent à plein temps se trouvaient d'ailleurs tout récemment encore dans une situation sensiblement analogue.

En effet, les indemnités qui étaient servies à ces médecins et qui étaient justifiées par des sujétions particulières, étaient intégralement soumises à la C.P.E. et à l'I.T.S.

Mais, l'article 51 de la Loi de Finances N° 81-100 du 31 Décembre 1981 et le décret d'application du 26 Novembre 1982 y ont remédié dans une large mesure.

Ces textes ont en effet soustrait certaines indemnités (et notamment les indemnités de plein temps ou de non-clientèle) à la C.P.E. et à l'I.T.S. Le montant ainsi exonéré ne peut toutefois dépasser un plafond annuel fixé à 2.850d.000 soit 237,000 par mois.

Un médecin PT, spécialiste exerçant depuis plus de 14 ans est soumis à la taxation suivante:

**Exemple:**  
Revenu imposable =

9.122,000  
— 550,000  
(retenues supposées effectuées au profit de la C.N.R.P.S.)

8.572,000  
1. Impôts exigibles antérieurement à l'intervention de la Loi sus-visée du 31 Décembre 1981

Revenu imposable  
- Abattements (10% + 100,000)

8.572,000  
0.957,200  
7.614,800

- I.T.S. =  
2.500 x 5% = 125,000  
1.500 x 6,30 = 94,500  
2.000 x 7,60% = 152,000  
1.614 x 8,90 % = 143,646  
515,146

- C.E.S. = 25,757  
- C.P.E. = 7.614,800

Il est aisé de constater à partir de ce tableau que le médecin de la Santé Publique est très avantagé par rapport au médecin de libre pratique.

Il est d'autant plus avantagé qu'il bénéficie de la couverture sociale et de la retraite à 60 ans.

En outre, la différence du poids de l'impôt entre le médecin à l'intérieur de la république et le médecin de Tunis est peu significative (26,5% — 15,8% = 10,7%) et ne peut être réellement comprise comme un avantage fiscal.

540,903 (I.T.S. et C.E.S. dûs)

Reste soumis à la C.P.E. =

Abattements

(10% + 100d) =

Total des impôts dûs =

(I.T.S. + C.E.S. + C.P.E.)

2.648,903

2. Impôts exigibles depuis l'intervention de la loi du 30 Décembre 1981 portant Loi de Finances pour la gestion 1982.

Rémunération globale:

9.122,000

6.272,000

- Indemnités exonérées:

2.850,000

6.272,000

- Retenues supposées effectuées au profit de la C.N.R.P.S.

— 550,000

- Abattements (10% + 100,000)

5.722,000

— 672,200

Reste soumis à l'impôt

5.149,800

I.T.S. = 2.500 x 50% = 125,000

1.500 x 6,30% = 94,500

1.049 x 7,60% = 79,724

299,224

C.E.S. 14/961

C.P.E. = 5.049,800

- I.T.S. et C.P.E. exigibles =

314,185

4.735,615

- Abattements (10% + 100D) =

573,561

4.162,054

C.P.E. dûe 980,000

Total des impôts exigibles:

1.294,185

3. Impôts actuellement exigibles (application des articles 9 et 14 de la loi N° 82-91 du 31 Décembre 1982 portant Loi de Finances pour la gestion 1983).

Revenu imposable:

5.049,800 (l'abattement de 100D) a été supprimé par la loi sus-visée).

I.T.S.

600

1.900 x 50% = 95,000

1.500 x 6,30% = 94,500

1.049 x 7,60% = 79,724

269,224

C.E.S.: 13,461

C.P.E.: 5.049,800

I.T.S. et C.E.S. dûs: 282,685

4.767,115

Abattements

476,711

4.290,404

Dû jusqu'à 4.000 x 16,75%

670/000

Tranche supérieure

290 x 21,80% =

63,220

733,220

Total des impôts exigibles

1.015,905

Ces exemples font notamment ressortir l'importance des avantages qui ont résulté pour les médecins exerçant à plein temps des dégrèvements prévus par la loi sus-visée du 31 Décembre 1981.

Les intérêts ont vu, en effet, le fardeau de l'impôt qui leur incombe diminuer de moitié environ. Le dégrèvement est devenu plus substantiel encore depuis l'entrée en vigueur de la Loi de Finances pour la gestion 1983 qui a modifié le barème de la C.P.E. et le tarif de l'I.T.S. dans le sens d'un allègement général de ces deux impôts.

Les exemples ci-dessus font ressortir également le décalage très important existant actuellement dans l'imposition des médecins suivant qu'ils exercent à plein temps ou qu'ils sont installés pour leur propre compte. **En effet, à revenu supposé égal, le médecin de libre pratique paie approximativement 3 fois plus d'impôts que son collègue exerçant à plein temps.**

## CONCLUSIONS:

Compte tenu de ces constatations, le Conseil de l'Ordre a décidé de:

1. Demander que le taux de l'abattement forfaitaire (fixé actuellement à 20%) soit relevé.

2. Demander que les impôts dûs (T.P.S., C.E.S., T.L.) soient déduits du revenu imposable à l'I.B.P.N.C. et à la C.P.E.

3. Faire admettre par l'Administration Fiscale que la réduction de 50% du taux de l'I.B.P.N.C. pour les médecins s'installant dans les zones 3, 4 ou 5 est nettement insuffisante compte tenu de la charge globale des impôts et taxes dont ces médecins sont redevables (T.P.S., C.P.E., C.E.S. et T.L.) et qu'en définitive, cette réduction n'est pas susceptible d'inciter à elle-seule les jeunes médecins à s'installer dans les zones sus-visées.

En effet, prenons un médecin installé dans la zone 5 qui fait 7.013 D. de revenu annuel (équivalent au revenu d'un médecin de la Santé Publique ayant 2 ans d'ancienneté) et comparons les impôts qu'il doit payer avec ceux d'un médecin de libre pratique installé à Tunis et à un médecin de la Santé Publique.

MEDECIN ZONE 5 2 ANS	MEDECIN TUNIS 2 ANS	MEDECIN SANTE PUBLIQUE 2 ANS
Revenu imposable 7.013 - Frais proportionnels 40% 2.805  4.208 - I.B.P.N.C.5,5% 242 Imposable à la C.P.E. 3.966 - C.P.E. 568 - C.E.S 7 T.L. 14 T.P.S 280 - - - - TOTAL IMPOTS 1.111	Revenu imposable 7.013 - Frais proportionnels 20% 1.402  5.611 - I.B.P.N.C 11,5% 645 Imposable à la C.P.E. 4.966 - C.P.E. 881 - C.E.S 7 T.L. 14 T.P.S. 280 - - - - TOTAL IMPOTS 1.827	Revenu annuel 7.013 - Indemnité non imposable sable 2.850  4.163 - C.N.R.P.S. 420 Base I.T.S 3.743 - Frais proportionnels 10% 374 3.369 - I.T.S. 150 - C.E.S 7 - Base C.P.E 3.212 - Frais proportionnels 10% 321 2.891 C.P.E 259 TOTAL IMPOTS 416
Total impôts Revenu imposable = 15,8%	Total impôts Revenu imposable = 26,5%	Total impôts Revenu imposable = 5,9%

Il est aisé de constater à partir de ce tableau que le médecin de la Santé Publique est très avantage par rapport au médecin de libre pratique.

Il est d'autant plus avantage qu'il bénéficie de la couverture sociale et de la retraite à 60 ans.

En outre, la différence du poids de l'impôt entre le

médecin à l'intérieur de la république et le médecin de Tunisie est peu significative (26,5 % - 15,8 % = 10,7 %) et ne peut être réellement comprise comme un avantage fiscal.

## INFORMATIONS DIVERSES

### PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

#### PRIX «Denis Thiepont» DE LA JANSSEN RESEARCH FONDATION

Un prix de 2500 US \$ (15.000 Dinars) sera attribué à une étude originale ou à un ensemble d'études traitant d'un sujet en parasitologie ou mycologie.

Le prix sera décerné 2 fois par an, par l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

Candidature avant le 31 12/84 sur formulaires Ad Hoc à retirer au service culturel de l'Ambassade de Belgique 47 Rue du 1er Juin 1002 Tunis / Belvédère et seront envoyés au secrétariat de l'Académie Royale de Médecine de Bruxelles 1 Rue Ducale 1000 Bruxelles.

### OFFRES D'EMPLOI

La Société du **Jebel Jérissa** (mine de plomb-Jérissa) désire recruter un médecin à plein temps, pour assurer les soins des ouvriers et leurs familles.

Le médecin exercera dans un dispensaire avec Radioscopie, Radiographie, et service d'accouchement.

Il sera logé et bénéficiera des avantages sociaux accordés aux cadres de la société.

Présenter votre candidature à la Société à Jerissa; Tel.: 1

L'Office du Thermalisme désire recruter un médecin de préférence ayant une formation ORL ou Pneumo-Phtisio, pour exercer à plein temps à la station Thermale de Hammam Bourguiba.

Conditions intéressantes.

S'adresser à l'Office du Thermalisme (Service Médical): 11 Impasse de l'Aurore, Rue du 1er juin Mutuelleville Tunis - Tél.: 288.150

### L'Office du Planning Familial, Organise:

Le 15ème stage de Formation en coelioscopie pour médecins (Formation en ligature des trompes par anneaux de Yoon). Le cours aura lieu du 2 au 6 mai 1983, au centre de formation et de recyclage 3, Rue Général Housseine Mutuelleville Tunis et sera suivi d'un stage pratique de 2 semaines dans différents centres.

Candidatures à adresser à l'ONPFP BP 55 Le Belvédère.

### JOURNEES NACEUR HADDAD DE MEDECINE PRATICIENNE

L'Association Générale des Médecins de Tunisie organisera les 10 et 11 Décembre 1983 2 journées de formation médicale consacrées aux problèmes de la médecine pratique et intitulées «Journées Naceur Haddad de Médecine Praticienne».

LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA REPUBLIQUE TUNISIENNE

organise du 2 au 8 Juin 1983

### LA PREMIERE SEMAINE ARABE DE RADIO-PROTECTION

#### PROGRAMME PROVISOIRE

Au cours de cette semaine, auront lieu un certain nombre de manifestations destinées au grand public et aux utilisateurs des radiations ionisantes afin de les sensibiliser aux problèmes de la radio-protection en Tunisie.

Le 3 et le 4 Juin 1983 seront organisés en particulier:

— à la Faculté de Médecine de Tunis;

— Séminaire consacré aux problèmes de la radio-protection en Tunisie.

— Cours de radiobiologie et de radio-protection destinés à l'ensemble des

utilisateurs des radiations ionisantes.

Pour toutes informations, contacter:

Dr H.A. GHARBI

Institut National de Santé de l'Enfance

Place Bab Saâdoun

1007 TUNIS JABBARI

Tél.: 663.494

Télex: 13.965 INSE-TUNIS

Le 21ème Congrès Médical Arabe prévu pour le mois de Novembre 1983 a été reporté au 23 - 24 - 25 - 26 Janvier 1984 au Koweït

IIème Congrès de l'Entente Médicale Méditerranéenne et Journées Médicales Balkaniques / Salonique (Grèce) 30 Août 1983 - 4 Septembre 1983

Pour tous renseignements s'adresser:  
DOCTEUR MATRI AZIZ S.G. SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES  
TRESORIER: UNION DES MEDECINS ARABES

### LA SOCIETE TUNISIENNE DES SCIENCES MEDICALES

ORGANISE LES 14èmes JOURNEES MEDICALES TUNISIENNES  
15 - 16 OCTOBRE 1983 (PALAIS DES CONGRES)

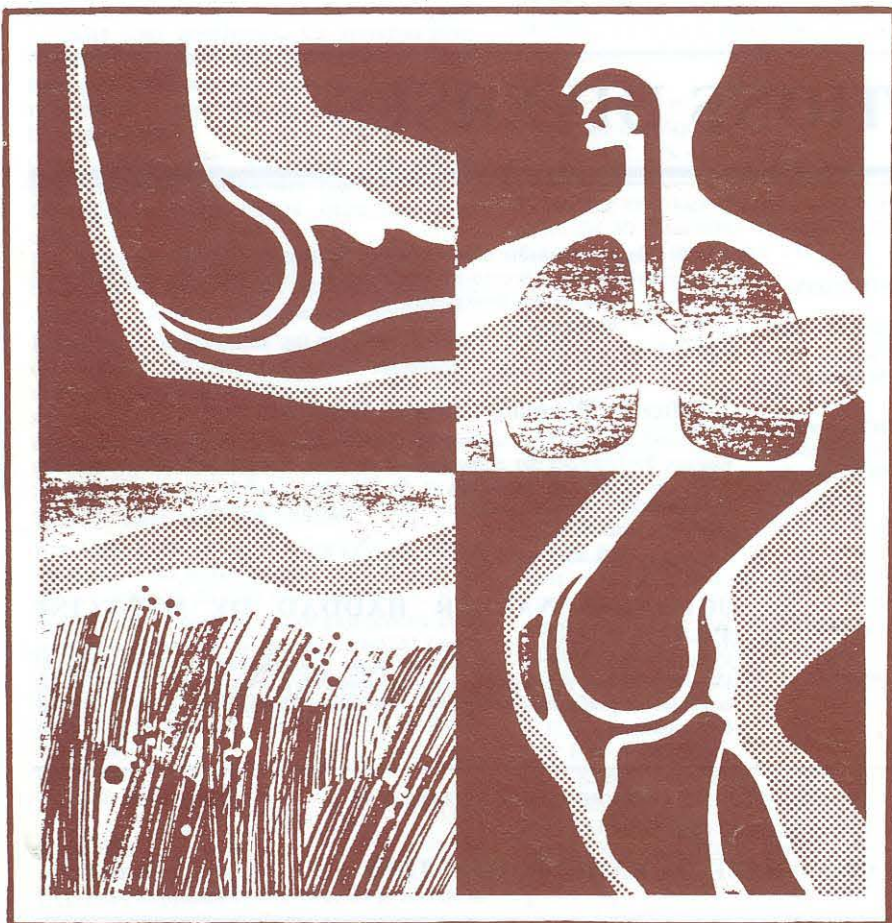
Adressez les titres et résumés de vos communications:  
S.T.S.M. 18, rue de Russie - TUNIS (Tél.: 24 50 67)  
Dernier Délai: 10 Septembre 1983

Vous attendez d'un nouveau corticoïde:

- Une plus grande efficacité et une bonne tolérance
- Une très longue durée d'action
- Une facilité d'utilisation

nouveau corticoïde injectable  
très long retard

# DIPROSTENE



- \* Une durée d'action de 4 semaines
- \* Un soulagement rapide grâce à l'originalité de la solususpension
- \* Une efficacité prouvée par de multiples expériences
- \* des effets secondaires minimisés, grâce au faible dosage du corticoïde
- \* Prêt à l'emploi, car présenté en seringue pré-remplie.

**Forme et présentation:** Suspension injectable: Boîte contenant une seringue pré-remplie prête à l'emploi d'1 ml de suspension et deux aiguilles (50 8/10 et 25 5/10) sous étui individuel stérile. **Composition:** Par seringue bétaméthasone (DCI) dipropionate 6,43 mg correspondant à 5 mg de bétaméthasone alcool; bétaméthasone (DCI) phosphate disodique 2,63 mg correspondant à 2 mg de bétaméthasone alcool. Excipient: phosphate disodique, chlorure de sodium, polysorbate 80, tétracémate disodique, alcool benzylque, p. oxybenzoate de méthyle, p. oxybenzoate de propyle, carboxyméthylcellulose sodique, polyéthylène glycol 4000, eau pour préparation injectable. **Sort du médicament:** Le phosphate de bétaméthasone soluble, est très rapidement absorbé. A l'inverse les micro-cristaux de dipropionate de bétaméthasone ne libèrent que progressivement le principe actif, permettant un effet retardé et très prolongé. L'association des deux esters permet une action immédiate et une action prolongée qui se maintient trois semaines et au-delà. **Propriété:** Corticothérapie anti-inflammatoire. **Indications: par voie générale (I.M.)** 1 - Affections respiratoires justiciables de la corticothérapie parentérale à effet

retard - asthme, bronchites spasmodiques, pollinoses - rhinites allergiques 2 - Affections rhumatologiques, justiciables de la corticothérapie parentérale à effet retard, arthrite rhumatoïde en particulier. **Par voie locale:** En rhumatologie: voie intra-articulaire: et péri-articulaire: a) arthroses de localisations diverses et notamment celles du genou; b) affections intra-articulaires et péri-articulaires et notamment péri-arthrites de l'épaule, tendinites; c) névralgies, sciatices, 2 - En chirurgie plastique et réparatrice: cicatrices chéloïdiennes et chéloïdes vraies. **Contre-indications:** Ce sont celles de la corticothérapie par voie générale, en particulier le diabète acido-acétosique, l'ulcère gastro-duodénal en période évolutive, la tuberculose en évolution et les infections à virus neurotropes (varicelle, zona, herpes de la cornée), certaines psychoses. Diprostène ne doit pas être injecté par voie intraveineuse. **Précautions:** Il y a lieu de respecter une asepsie rigoureuse et une technique appropriée lors des injections locales - Comme pour tout corticoïde, il convient de tenir compte plus particulièrement des perturbations métaboliques, des effets neuro-psychiques, des troubles digestifs et de l'aggravation des maladies infectieuses - Surveillance

médicale habituelle des malades recevant des injections de corticoïdes. **Effets indésirables:** Ce sont les effets indésirables classiques et bien connus pouvant survenir au cours de toute corticothérapie: digestifs, cutanés et ostéo-musculaires, sensoriels et neuro-psychiques, électrolytiques, métaboliques: endocriniens. **Mode d'emploi et posologie:** La seringue pré-remplie est prête à l'emploi; il suffit de mettre en place de façon aseptique l'une des deux aiguilles stériles à usage unique et d'agiter la seringue pour remettre les micro-cristaux en suspension. **Voie générale:** Injection I.M. de 1 ml (contenu d'une seringue pré-remplie) à renouveler éventuellement au bout de trois ou quatre semaines en fonction des indications et de l'état du malade. **Voies locales:** la posologie habituelle est d'1 ml (une seringue) pour une infiltration. Il est possible d'injecter une quantité plus faible (un quart, un demi-ml) ou plus importante (un ml et demi ou deux-ml) selon la taille de l'articulation et le siège de l'infiltration. Coût du traitement journalier: 0,90 F. Tableau A.A.M.M. 320 050 g - Commercialisé depuis 1977.