

Secrétaire général
Dr Chebil Ben Dhia
Tél. 73226626

Trésorier et membre du BE
Dr Samir Braham
Tél. 73211055

FMC
Dr M'hammed Achache
Tél. 73227511

Affaires syndicales
Dr Chemceddine Hammouda
Tél. 73223728

Information et Bulletin
Dr Foued Bouzaouache
Tél. 73284031

Membre co-opté
Dr Taoufik Ben Hammouda
Tél. 73237635

Membre du BE et S.G. du STML
Dr Mohammed Rabeh Chaibi
Tél. 73233437

Membres de la CA
Dr Béchir Bouraoui
Tél. 73227939
Dr Najeh Cheniti
Tél. 73227591

Abonnez-vous à la liste de diffusion du STML section de Sousse en envoyant un mail à :

Stml-sousse@itunisie.com

Editorial

Chers confrères

Le bureau du STML section de Sousse a organisé une Assemblée Générale le vendredi 18 juillet 2003 à l'hôtel Tej Marhaba à Sousse avec la présence du Secrétaire Général du STML, Dr M.R. Chaibi et des Drs S.Braham, M. Farhat, membres du BE et Drs B. Bouraoui, N. Chniti, membres de la CA. L'ordre du jour comportait:

- La discussion de la proposition de l'administration à propos du projet de la réforme de l'assurance maladie
- L'article 49 du code d'incitation à l'investissement
- La Formation Médicale Continue

L'article 49 du code d'incitation à l'investissement (voir le message diffusé à ce propos dans la liste du S.T.M.L. par Dr Achache) n'a pas pu être bien discuté vu l'absence de l'expert qui devait nous en entretenir.

Concernant la FMC, il y a eu proposition de former des groupes de médecins dont serait responsable, de préférence, un membre du syndicat ou un médecin formateur. Le S.T.M.L. se chargerait de la logistique et de l'invitation des experts, le groupe se chargeant du calendrier et des sujets.

Le sujet qui a le plus retenu l'attention était, évidemment, celui de la réforme de l'assurance maladie.

Comme prévu, plusieurs points ont été discutés et les présents ont prié les hauts cadres du syndicat de faire parvenir à l'administration les remarques et revendications suivantes :

Sommaire	
Revue de presse	Page 3
Réflexions à propos de la CNAM	Page 4
Lu pour vous : à propos de la circoncision	Page 6
Réalisation de l'unité arabe	Page 8
La relation médecin malade : approche psychologique	Page 10
La dangerosité du malade mental	Page 12
Humour	Page 14
Doit-on continuer à leur faire avaler la pilule?	Page 15
Trucs et astuces	Page 16

1. Il est aberrant que la prise en charge de l'hospitalisation et des interventions au sein des cliniques ne soit pas prévue dès le début de l'application de la réforme. En effet, est-il concevable qu'un médecin suive son patient et qu'en cas de nécessité d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale il l'adresse à l'hôpital sous peine que ce dernier ne soit pas remboursé ? Nous refusons ainsi tout retard dans l'application de la réforme dans le secteur de l'hospitalisation en privé.

2. Il est encore plus aberrant, voire inconcevable, que les fonctions libérales (médecins, avocats, architectes etc.) soient exclues du régime de prise en charge jusqu'en 2006 alors que nous cotisons aux plus hauts taux et régulièrement. Cette idée s'apparente plus à une farce qu'à une proposition sérieuse et nous la refusons catégoriquement.

3. Nous ne voyons aucun intérêt à ce que, dans la filière des soins, le citoyen s'inscrive sur une liste pour une période donnée. Non seulement la porte vers le système de la capitation s'entrouvre mais aussi les médecins nouvellement installés seront lésés puisque rares seront les patients qui s'inscriront chez un nouveau médecin. Nous ne pensons pas non plus que ce soit un moyen de diminuer le nomadisme médical, bien plus, ce nomadisme ne nous semble pas être un problème aussi important.

4. Il n'est pas normal que les caisses détiennent le pouvoir de déconventionner un médecin, véritable épée de Damoclès prête à `décapiter' tout médecin `turbulent'. Selon les termes d'un intervenant, il ne faut pas qu'il y ait

confrontation du type `pot de terre' (le médecin) contre `pot de fer' (la mégalo-administration) Une délimitation nette des recours face à l'administration ainsi que des garanties juridiques doivent être mises en place afin d'éviter le déconventionnement abusif. Certains confrères proposent même de considérer tout médecin libéral inscrit au tableau de l'ordre comme conventionné d'office et tacitement reconduit.

5. Le fait de favoriser le secteur public par des tickets modérateurs dont le montant serait moins élevé que ceux du secteur privé ainsi que par les facilités accordées (hospitalisation, actes, etc.) est contraire à l'esprit même de la réforme et constitue une concurrence déloyale. L'A.P.C. entre dans ce même cadre et aura encore moins lieu d'exister à l'application de cette réforme. Nous demandons ainsi une égalité parfaite entre les secteurs public et privé (séparation qui n'aura plus raison d'être) que ce soit concernant l'accès aux soins ou l'hospitalisation. L'A.P.C., ainsi que les consultations curatives des sociétés, entreprises et de la C.N.S.S. devront disparaître purement et simplement.

6. Certains confrères ont soulevé le problème des compétences et demandent à ce que les médecins généralistes compétents dans une spécialité ne soient pas favorisés par les caisses (quelle que soit la forme de ce favoritisme) au détriment des spécialistes.

7. Dans la filière des soins, nous nous demandons ce qui reste si le patient a le droit d'accéder directement au spécialiste en cas d'urgence, de maladies chroniques ou pour certaines spécialités (pédiatrie, gynécologie etc.) Au-

tant, dans ce cas, permettre l'accès direct au spécialiste sans passer obligatoirement par le médecin référent.

8. Les modes de paiement ainsi que les délais devront être bien réglementés, de même que devront être précisés ceux des consultations d'urgence, visites de nuit et des jours fériés.

9. Les tarifs conventionnés devront être évolutifs et nécessairement ainsi proportionnels au S.M.I.C. Par ailleurs, il semble normal que ce ne soit pas au médecin de supporter la T.V.A. qui sera, donc, facturée au patient.

Malgré ces remarques, les médecins présents considèrent cette proposition comme étant une bonne base de discussion et que les éléments inacceptables qu'elle contient pourraient trouver des solutions satisfaisantes pour les différentes parties.

N'oublions pas non plus la "menace" de cahier de charge qui risque de nous prendre de court au cas où aucun accord entre les différentes parties n'est trouvé. Il est utile de rappeler que le dernier congrès du syndicat avait décidé que seul un congrès extraordinaire était habilité à prendre une décision concernant cette réforme. Plus que jamais, nous devons être unis pour faire entendre notre voix qui agace parce que c'est la voix de la raison !

Nous vous prions de nous faire part de toutes vos remarques et vos propositions.

Syndicalement votre

Le Bureau de la section de Sousse du S.T.M.L.

proposée par docteur Kamel Mili

Après la Troponine le BNP ou « encore un marqueur et je suis au chômage »

On est loin d'imaginer que les poussées d'insuffisance cardiaque sont toujours typiques avec un malade assis au bord du lit, couvert de sueur avec des râles crépitants bilatéraux symétriques, et des oedèmes des membres inférieurs. Les formes cliniques atypiques, les tableaux intriqués, les pneumopathies virales et les formes associées ou déclenchées par une surinfection bronchique sont souvent rencontrées. On fait un électrocardiogramme, une radio pulmonaire. On appelle le pneumologue, le cardiologue qui fait même une échographie cardiaque, et il y a des formes où le doute persiste. L'épreuve au lasilix apporte parfois la réponse sinon c'est l'évolution qui nous dira s'il y a participation cardiaque au tableau clinique.

Le brain natriuric peptide ou BNP est sécrété par les fibres myocardiques ventriculaires quand elles sont soumises à des conditions anormales d'étirement ou de pression. Il entre en compétition avec le système rénine-angiotensine-aldostérone pour provoquer une vasodilatation et relancer la diurèse constituant le premier moyen d'adaptation physiologique du cœur. C'est un bon marqueur de l'insuffisance cardiaque.

En pratique, c'est un examen qui peut être pratiqué au service des urgences devant tout syndrome respiratoire aigu. Si le taux de BNP est inférieur à 100 pg/ml, le diagnostic d'insuffisance cardiaque peut être écarté. Au-dessus de 400 pg/ml le diagnostic est certain, et plus les chiffres sont élevés, plus le pronostic est mauvais.

Toute la question est de savoir si la biologie va l'emporter sur la clinique.

Après le dosage de la troponine (marqueur d'ischémie myocardique précoce et spécifique) d'un grand secours devant un électrocardiogramme d'interprétation difficile, il y a aujourd'hui le BNP qui devient incontournable dans les services des urgences en Europe. Est-ce que c'est la fin de la cardiologie clinique ?

ENOXIMONE le retour

C'est toujours d'insuffisance cardiaque qu'on parle avec cette molécule inhibiteur de la phosphodiesterase parente proche de la théophylline, dotée d'effets inotropes positifs et présentant l'énorme avantage d'être prescrite par voie orale en relais avec les cures de dobutamine. Cette molécule a été testée au début des années 1990 à la dose de 150 à 300 mg et abandonnée en raison de ses effets pro-arythmogènes. On a révisé les doses à 50 à 100 mg par jour sans perte de son efficacité et sans risque de surmortalité.

EPLERENONE COMME ANTI ALDOSTERONE

C'est un anti-aldostérone, mais pas comme les autres puisque outre sa meilleure performance à bloquer l'aldostérone il n'entraîne pas de gynécomastie ni de troubles sexuels. Il a été utilisé dans le post-infarctus chez les patients en insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection < 40%. Il diminue la morbi-mortalité de 25% environ par rapport au traitement optimum.

LE BONHEUR DES POSEURS DE PILE

C'est pas des terroristes, ils ne posent pas des bombes mais des piles. La stimulation multisite améliore la survie chez l'insuffisant cardiaque. Elle se base sur le fait que dans le cœur défaillant, il y a un asynchronisme entre les oreillettes et les ventricules d'une part et entre les ventricules d'autre part. Une stimulation programmée permettrait de mettre aux pas tout ce qui bouge, et ça marche.

REFLEXIONS A PROPOS DU PROJET DE REFORME DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE

Dr Hatem Achache

L' échéance des élections de 2004 approche. Les autorités politiques font de la réforme de l' Assurance maladie un atout de campagne électorale, et c' est ce qui marque la politique de santé : les décisions sont prises en fonctions de dates et d' opportunités politiques.

Y a-t-il eu réflexions approfondies malgré huit années écoulées depuis la décision présidentielle ?

Y a-t-il eu des négociations à proprement parler ?

Jusqu' à là, l' Administration s' est cantonnée, malgré les travaux de commissions et un début de projet, à fomentier entre quatre murs un projet de réforme à base de système de capitation vite rejeté par les Professionnels de santé, et en bloc.

En contrepartie, une proposition avec échéances nous est avancée lors de la réunion du 10/6/3 avec le Ministre de la Santé.

Que déduirais-je de ce projet ?

D' abord, les fonctions libérales sont exclues de ce projet en tant que bénéficiaires. Point important à signaler, parce que simplement le libéral n' est perçu, par ce biais, que comme une vache à lait qui, au nom de la solidarité, se voit exclu du bénéfice des soins : bon pour pourvoir les caisses en argent, mauvais pour bénéficier de prestations ! A bien méditer comme position de la part des Caisses dites de sécurité sociale, pour un secteur de plus en plus fragilisé.

Passons ce point « de principe ».

La lecture des propositions faites par le ministère nous montre de façon évidente le maintien et même le renforcement du clivage hermétique entre secteur privé et secteur public.

On parle de deux secteurs distincts, les lois pour l' un sont différentes des lois régissant l' autre. Deux poids, deux mesures.

Plus explicitement :

Le bénéficiaire de soins, selon le projet, peut :

- Soit choisir, et pour une année (les modalités de choix n' ont pas été annoncées, ces modalités peuvent être de type non-choix) le secteur public : il n' aura à payer que le ticket modérateur, le reste sera négocié entre Caisses et Ministère (autant dire entre l' état et l' état).

- Soit choisir la filière toute nouvelle de Médecin Référent (qui est-il ? de qui dépend-il ? quelle relation aura-t-il avec les caisses, bailleurs de fonds ?). Je prévois que cette filière sera, de l' esprit même de la réforme telle que présentée, publique. Le Médecin Référent sera un Médecin des Caisses, bien sûr, et s' il n' est pas Médecin salarié des Caisses, il sera à la merci de la convention concédée par celle-ci. Au fait, cette filière est le reliquat de la Capitation que l' Administration a tenu à imposer, sans succès.

- Soit choisir le secteur privé.

Evidemment, le premier hic est la modalité de choix annuel : l' Administration a déjà annoncé une procédure de choix quasi automatique (donc secteur pu-

blic), et chaque année, le bénéficiaire doit demander âprement par lettre recommandée trois mois avant l' échéance d' être classé ailleurs.

Le grand hic est le favoritisme du secteur public au détriment du secteur privé. Rien de changé quant à la position de l' état : il reste prestataire de soins, se favorisant par le non paiement direct des actes. L' argument est que le citoyen a la possibilité minimale de soins ainsi (ceux qui ne peuvent pas avoir de liquidité auront au moins cette alternative). Mais en fait, l' administration n' a aucune intention de laisser ce secteur qu' elle juge juteux, aux seuls privés. Il est classique de dire que le secteur de santé est déficitaire. Bien sûr, puisque le calcul se fait sans prendre en considération ce que les caisses encaissent comme cotisations.

Donc, selon mon analyse, l' état, par le biais du favoritisme accordé au secteur public, imposerait par l' application de cette réforme, une concurrence déloyale face au secteur privé.

Comme les administratifs ont toujours la manie de réclamer une contre-proposition, faisons leur travail.

Je pense que la revendication essentielle que le Syndicat doit formuler, c' est que les Caisses traitent secteur privé et secteur public sur le même pied d' égalité. Autrement dit, les lois qui s' appliquent à l' un doivent

s'appliquer à l'autre. Autrement dit, si le patient se présente aux structures publiques, les prestataires de soins, doivent réclamer, par la loi, les émoluments comme au privé. Autrement dit, la Capitation, actuellement en vigueur entre Ministères de Santé et d'Affaires sociales, doit être abrogée. Il n'est pas question de conventions entre ministères, mais la réalité du coût de l'acte. Ceci se traduit par la revendication de l'abolition du carnet de soins, quelle que soit sa nature, sa texture, son contenu. Pour les nécessiteux qui usent du « carnet

indigène », l'accès aux soins peut être assuré par le secteur privé et public, selon des modalités qui s'intègrent dans le cadre de la réforme.

En conclusion

Le projet de réforme, tel qu'il nous est présenté, maintient encore le favoritisme du secteur public opéré par l'état. Ce n'est pas un projet de réforme, mais un aménagement d'accès aux soins, proposé de sorte que l'accès au secteur privé soit très filtré.

D'un autre côté, le projet n'a pas encore oublié l'esprit du système de Capitation. Il y revient, de façon détournée par le biais du Médecin Référent, sachant que la capitation est un mode qui se pratique actuellement entre le prestataire de soins publics (MSP) et les caisses.

Abolir la notion de « carnet de soins » est un pas grandiose à franchir pour évoluer vers un mode de pensée autre que « billic ».



- Désolée, les gars, il n'y a plus aucun lit de libre! Revenez demain...

" Un ami, c'est quelqu'un qui sait tout de toi, et qui t'aime quand même "

F.W.HUBBARD

A PROPOS DE LA CIRCONCISION

Docteur Samir Braham

J'ai été circoncis à l'âge de quatre ans, donc trop jeune pour qu'on me demande mon avis. C'est quand je suis devenu père et que j'ai eu à décider de la circoncision de mon fils, que j'ai commencé à me poser des questions sur le bien fondé de cette opération. Cette recherche m'a amené à lire un livre très intéressant que je vais vous décrire.

L'auteur s'appelle MALEK CHEBEL, docteur en psychanalyse, il est Algérien établi en France. Le titre du livre est "Histoire de la circoncision des origines à nos jours" paru aux éditions Balland en 1992. Le livre compte 253 pages, sa présentation est académique, organisé en chapitres et sous chapitres ainsi que des annexes contenant les références et bibliographies. En guise d'introduction on apprend d'abord qu'il s'agit d'une pratique très ancienne; Hérodote écrivait déjà cinq siècles avant JC que les anciens Egyptiens et les Ethiopiens ont de tout temps pratiqué la circoncision. Ensuite l'auteur énonce les questions auxquelles il va tenter de répondre dans son ouvrage: quelle utilité a donc la circoncision? Est-elle uniforme ou connaît-elle des variantes? Quelle image de soi a le circoncis? Qu'en pensent ses partenaires sexuels, qu'ils soient femmes ou hommes? Quelles conséquences, quels risques, quels traumatismes accompagnent l'ablation? de quels rituels complexes et subtiles est entouré le prépuce?

Y a-t-il un lien entre circoncision et érotisme, entre érotisme et jouissance, entre jouissance et hygiène?

Il n'est malheureusement pas toujours possible de répondre à ces questions de façon catégorique, car si par exemple il est évident qu'un pénis circoncis est plus hygiénique (quoiqu'un minimum d'hygiène suffit à maintenir propre un pénis non circoncis), en matière de sexualité (qui est une affaire de goût) par contre, il y a autant de défenseurs que de detracteurs de la circoncision et la question est loin d'être tranchée.

Sur le plan psychologique, l'image de soi de celui qui est circoncis en bas âge contient en quelque sorte ce fait comme une donnée de sa personne. Pour lui, la seule perception corporelle envisageable est celle du circoncis et non pas celle d'un non circoncis qui aurait perdu son prépuce. En outre, le traumatisme éventuel ressenti à cette occasion est si bien refoulé qu'il est rare que les impétrants s'en plaignent vraiment, à moins de problèmes psychologiques ultérieurs, inhérents à la vie sexuelle adulte (impuissance, troubles conjugaux, éjaculation précoce, etc...) . Tout homme normalement constitué ne fait jamais le lien entre la perte du prépuce et sa vie psychique, ses investissements affectifs, sa vie sociale ou son univers mental. Par ailleurs certains défendent l'idée de la compensation psychique, en d'autres termes le fait que l'individu, arrivé à l'âge adulte, manifeste plus de

Lu pour vous

bravoure à être un homme pour mieux masquer une ablation qui s'est imposée à lui, qu'il a subi, sans que pour autant la portée traumatogène fût apparente à aucun moment de l'opération. Ainsi pouvait-on dans une certaine mesure expliquer les attitudes d'ostentation, l'hypertrophie du moi sexuel au détriment du moi normal et de la misogynie, voire de la phallogocratie en général.

Personnellement ce qui m'a intéressé le plus c'est de chercher à comprendre les motivations des différentes communautés à pratiquer la circoncision et pour cela l'étude de l'histoire est édifiante.

Dans l'Egypte pharaonique il paraît que la circoncision figurait parmi les "signes de classe". En effet, en ce temps là, le pouvoir politique et religieux était aux mains d'une classe sacerdotale de prêtres qui se rasaient la tête et qui se circoncisaient, exprimant ainsi le besoin de porter sur leurs corps même les marques indélébiles de la dévotion en sacrifiant leurs prépuces. Après la caste des prêtres, ce fut celle des érudits et des guerriers. Par la suite cette pratique qui était un "privilege" de caste s'est généralisée, un peu comme la momification.

Dans aucune autre religion la circoncision n'est autant la consécration d'une rencontre entre la divinité et sa créature que dans la religion juive. La circoncision, signe de "l'alliance avec Yahvé" est un leitmotiv depuis déjà plus de trois mille

ans, même si sa codification talmudique ne remonte qu'au II^{ème} siècle de notre ère.

Certains observateurs mettent l'accent sur trois caractères majeurs de la circoncision juive:

-elle est pratiquée très tôt : huit jours après la naissance.

-sa dimension religieuse est plus marquée que dans toute autre religion, y compris l'islam.

-on ne trouve pas, dans l'espace hébreu, d'excision féminine, ce que d'autres religions fournissent dans une équivalence qui mime la circoncision.

Cette triple qualité fait dire à certains psychanalystes que la signification de la circoncision juive réside dans la soumission aux puissantes images paternelles, Yahvé occupant symboliquement la place du père.

En Afrique, chaque rite trouve son explication dans un mythe fondateur. La circoncision n'y échappe pas puisqu'elle draine derrière elle un grand nombre de systèmes explicatifs dont la vertu principale est de la justifier au plan concret et au plan de l'identité collective.

Traditionnellement la circoncision africaine est un rite d'initiation complexe qui a lieu à la prépuberté, marquant le passage

de l'état d'enfant à celui d'adulte, autant corporellement que psychologiquement.

En ce qui concerne la circoncision arabo-musulmane, il y a lieu de noter tout d'abord un fait historique absolument irrévocable; en arabie la circoncision est pratiquée depuis des temps immémoriaux, plus exactement depuis que, sous l'injonction divine, Abraham l'ancêtre des arabes dut la pratiquer sur son propre corps et sur son fils Ismael. Ainsi la circoncision est bel et bien antérieure à l'islam. Cette religion n'a fait que la reconduire telle quelle sans rien changer ni à la forme ni même au contenu. La coloration piétiste de cet acte est venue plus tard, probablement à l'occasion des premiers pèlerinages à la Mecque, lorsque les musulmans non arabes ont du cotoyer de très près leurs coreligionnaires arabes. Le postulat de la "tahara" (nom de la circoncision et de l'hygiène) est de ce fait postérieur à la pratique ablative.

Si l'imam El Chafai, chef de l'une des quatre écoles théologiques de l'islam sunnite, considère que la circoncision est une obligation (wajiba) pour tout musulman, les trois autres écoles

ne font que la recommander (sunna), assez fortement du reste (sunna mouakada). En effet, dans la mesure où le coran, à aucun moment, ne la mentionne, il s'est créé un vide juridictionnel de fait que seul l'attitude du prophète aurait permis de lever. Or, il n'en fit rien. Mieux, pour compliquer le tout, selon de nombreux traditionnistes, celui-ci serait venu au monde avec un prépuce quasi inexistant, ainsi que cela se produit dans un nombre très réduit de cas. "circoncis par les anges", avancent les plus zélés d'entre les fidèles.

En définitive il est clair qu'il n'y a pas de relation directe entre l'islam et la circoncision, mais on dirait qu'en adoptant aussi fortement ce rite, les musulmans font un peu comme les anciens égyptiens qui expriment leur ferveur religieuse par un sacrifice et un marquage corporel. A moins que cela ne soit une tentative de donner un caractère sacré à ce rite qui n'est qu'une expression identitaire. Mais si ceci est vrai pour les arabes, qui ont de tout temps pratiqué la circoncision, il n'en est pas de même pour nous autres maghrébins et à mon avis nous devrions reconsidérer le problème.



- Il vient de dire ses premiers mots!

Titre du journal : **"La circoncision n'est plus recommandée"**

REALISATION DE L'UNITE ARABE ENTRE LE CHAOS, LES MODES ENTROPIQUES ET L'EVOLUTIVITE

Docteur Slaheddine Rached

Quand on ne veut pas s'immiscer de la chose politique, il peut paraître difficile d'arriver à recentrer un thème aussi commun et aussi populaire que l'unité arabe, pour le démythifier ou du moins en adoucir la composante politique et le replacer enfin sur un terrain purement intellectuel.

Malgré tout, j'estime qu'il est légitime de tenter d'agir de la sorte, car nombreux sont les dossiers étiquetés comme étant du domaine exclusif du politique alors que, quand nous les examinons de près, on se rend compte que cette étiquette ne tenait en fait qu'à notre paresse intellectuelle et que ces sujets d'apparence politique peuvent être abordés sous un autre angle, en termes non polémiques et loin de tout esprit de récupération.

Réfléchissant à notre thème de l'unité arabe, nous découvrons facilement qu'il représente un rêve incrusté au plus profond de notre inconscient collectif et que par conséquent, c'est un phénomène à composante culturelle et psychosociologique indiscutables ; en effet, tout Arabe, le plus marginalisé qu'il soit, évoque très rapidement et à n'importe quelle interpellation le mythe de l'unité arabe et ce n'est pas tout, car sur cette unité, nous avons tendance à accrocher la résolution de tous les défis qui nous préoccupent, du plus petit souci quotidien du père de famille jusqu'à la plus générale des crises que nous pourrions traverser.

En réalité, il est presque légitime que les masses et pourquoi pas notre élite, recherchent un si simple alibi pour justifier ou expliquer tous les échecs de nos sociétés...

Pour le moment, et puisque notre propos n'est pas d'analyser tous les aspects du phénomène ou plutôt de « l'anti phénomène » de l'unité arabe, nous allons juste « décrire » en des termes métaphoriques empruntés à la physique, les différents schémas approchant les tentatives échouées et les recettes imaginées pour notre union arabe hypothétique.

Dans le cadre géopolitique de l'histoire actuelle et récente, le monde arabe peut être comparé à un récipient ouvert contenant une suspension de particules solides soumises à de multiples courants de fluide qui sont si forts et désordonnés qu'il n'apparaît à l'observateur aucune tendance organisée pour que ces granules se rassemblent pour enfin s'unir ; et que comme si, chaque fois que la suspension se décante et les particules se retrouvent rassemblées au fond, il se déclenche aussitôt un courant qui les projette à nouveau dans leur mouvement chaotique de départ.

Dans cette atmosphère agitée, pourrait-on entrevoir un mode de cohésion à ces granules, qui soit résistant aux caprices des courants de fluide ?

Dans un premier temps, on pourrait imaginer un mode « agrégatif » selon lequel, les particules pourraient sécréter une certaine

colle qui ferait adhérer les éléments les uns aux autres et ainsi, les unir en un agrégat de volume et de solidité croissants ; Mais, voyons ! N'a-t-on pas essayé ce mode plusieurs fois et en plusieurs endroits de la région arabe ? Peut être dites-vous que les conditions d'alors n'étaient pas suffisamment préparées pour qu'il y ait la bonne colle et en quantité suffisante pour assurer la solidité de l'édifice, mais faut-il à ce moment là attendre que la quantité de colle soit tellement grande que tout le fluide se transformerait en un magma compact empêchant tout mouvement ? Et qu'importe alors une unité arabe qui ne s'opèrerait que dans une masse pierreuse dépourvue de toute évolutivité ?

La deuxième modalité à imaginer c'est que par un effet miraculeux ou par les vertus d'un super guide, les pays arabes s'alignent rapidement dans un édifice unitaire, ce serait semblable à un rapprochement instantané, spontané et durable de nos éléments en suspension, mais hélas ce scénario n'a pas tendance à s'opérer spontanément car dans les systèmes physico-chimiques, la loi qui prévaut c'est celle de l'entropie croissante(1) c.a.d. celle de la tendance de tout système vers le désordre total et notre entreprise même si elle est romantiquement concevable, elle n'est pas physiquement réalisable, à moins que les courants fluides ne cessent et la situation serait alors, synonyme de la fin de l'histoire humaine et

qu'importe une union arabe qui n'interviendrait qu'après l'extinction de l'espèce ?

Voilà donc que le mode entropique spontané, aussi bien que le mode agrégatif sont à écarter, tout comme le mode miraculeux qui lui aussi est impossible car il n'y aura plus de prophète à attendre(2).

Reste alors, un seul schéma réalisable c'est le mode évolutif, ou tout granule individuel acquiert des propriétés intrinsèques lui permettant de s'accommoder avec une vie en mouvement et de retrouver finalement une orientation synchrone par rapport à

l'ensemble et de façon comparable à des dipôles de Frohlich (3), cette alternative est peut être la plus coûteuse en effort et en temps, elle est peut être aussi la moins spectaculaire, mais c'est la seule voie qui pourrait faire aboutir la genèse d'un corps arabe compatible avec la vie, tout comme celle d'un fœtus humain qui se concrétise à partir de cellules disparates mais ingénieusement polarisées.

Dans cette image, les granules dipolaires ne sont plus des Etats ni des partis politiques, ni encore moins, des organisations

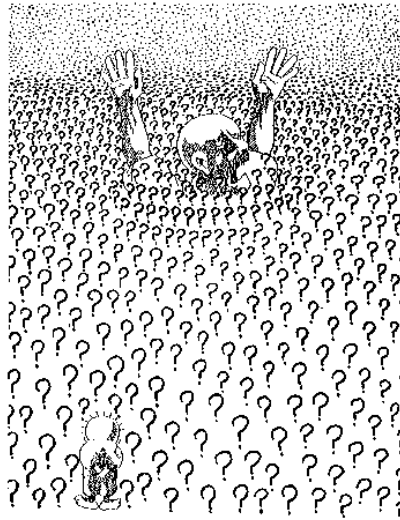
d'actions terroristes, les dipôles seraient tous les citoyens arabes et la synchronisation ce serait l'élaboration d'un langage commun obtenu, non pas par modelage statique et passif tel un lavage de cerveau, mais par un effort pan arabe et pourquoi pas mondial de théorisation. Cet effort aurait pour objectif de créer un mode de pensée et un projet humanitaire complètement nouveaux qui prendraient en considération nos atouts culturels et les acquis réels de la civilisation universelle

notes

(1) *il s'agit du 2^{ème} principe de la thermodynamique*

(2) *Nous affirmons cela sans aucune offense à la prophétie mais bien de l'intérieur de l'épistémè coranique selon laquelle le Prophète Mohamed a été le dernier messenger de Dieu.*

(3) *Voir Dana Zohar, Conscience et Science contemporaine, ed. du rocher, Monaco, 1992, pp. 86-91*



"Il faut toujours connaître les limites du possible. Pas pour s'arrêter, mais pour tenter l'impossible dans les meilleures conditions"

Romain GARY

LA RELATION MEDECIN MALADE

Approche psychologique

Dr Sayed Naifar

En parlant de la relation médecin-malade, nous avons en vue, là encore, la relation plus générale soignant-soigné. Son caractère médical n'est retenu que par sa valeur exemplaire qu'il tire de son ancienneté, de son impact sociologique et de l'exacerbation des caractéristiques de cette relation qui lui est inhérente.

Caractéristiques générales de la relation de soin:

1. La relation soigné-soignant est fondamentalement une relation d'inégalité.

En effet, elle a pour point de départ la demande d'un sujet souffrant adressée à un sujet disposant d'un savoir dont il attend guérison ou du moins soulagement et donc, plus ou moins implicitement, aide et protection. Le malade est de ce fait doublement en situation d'inégalité du fait même de l'état de demande qui rend passif et tributaire de la réponse d'autrui, et du fait de la souffrance qui mobilise une partie de l'énergie et constitue un handicap. Cette inégalité n'empêche en rien les malades de rechercher en lui, souvent à son insu, une figure protectrice, susceptible de donner sens et satisfaction à une quête confuse. Ce type de relation confie donc un réel pouvoir au corps soignant, médecins, infirmiers et paramédicaux en général.

Il ne faut pas oublier que la recherche d'un tel pouvoir constitue sans aucun doute une des plus puissantes motivations à choisir ces métiers et sûrement tout autant pour nous protéger grâce à ce pouvoir que pour en exercer les effets sur les autres.

2. La relation soigné-soignant est une relation d'attente et d'espérance mutuelle

Le malade attend soulagement et si possible guérison ; le soignant, reconnaissance de son malade, vérification de son pouvoir réparateur ou de la justesse de ses vues, selon ses niveaux d'intérêt. C'est l'écart entre les deux partenaires qui est facteur de dynamisme et moteur de l'attente. Inégalité des niveaux de départ, situation dont les facteurs affectifs interviennent en force, perturbant la relation et pouvant la conduire en impasse ou dans le sens contraire à celui attendu. En effet, l'attente affective peut être telle de part et d'autre qu'elle transforme les rapports d'échange en rapport de force. Or, dans ces cas là, le plus faible n'est pas forcément le moins fort.

3. La relation soigné-soignant est une relation qui a généralement le corps comme objet mais qui passe le plus souvent par l'intermédiaire de la parole :

Relation d'inégalité, relation d'attente et d'espérance, susceptible de réveiller toutes les quêtes antérieures et tous les conflits qui peuvent y être liés, relation passant par le corps et s'exprimant par la parole, telle nous semble être les caractéristiques de la relation de soin. « La répétition constituait une des tendances profondes marquant le fonctionnement de l'appareil psychique ».

4. La notion de transfert:

Elle tire son origine de la pratique de cures psychanalytiques. Peut-on la généraliser à l'ensemble de la pratique médicale et au type de relation induit par la situation de soins?. Chaque sujet va projeter chez ses interlocuteurs une série d'images préétablies et attendre d'eux les réponses qu'il attendait de ces images. Derrière ces grands stéréotypes sociaux, ce sera fréquemment une image idéale de lui-même que recherchera le malade. Il investira avec d'autant plus d'intensité son médecin que celui-ci sera porteur de son narcissisme, tout comme l'enfant se contrôle de sa faiblesse en idéalisant ses parents et leurs pouvoirs.

Le transfert dans la pratique médicale:

Le malade vient consulter le médecin avec une série d'images préétablies, et il tend alors à transposer ses habitudes affectives dans ses relations

avec son thérapeute. S'il retrouve dans le médecin quelques points communs avec ces images, celui-ci sera aussitôt investi sur un mode transférentiel.

- Transfert positif: le médecin devient alors celui que le malade imaginait, ce qui explique les sentiments de sympathie ou de confiance qui seront un bon moteur thérapeutique.

- Transfert négatif: le malade retrouvant dans le médecin des images considérées comme mauvaises, ce qui provoque des attitudes de méfiance ou d'antipathie. Les zones conflictuelles persistant dans la relation auront alors un effet anti-thérapeutique.

Parfois, aussi le malade ne peut pas retrouver chez le médecin les images investies comme thérapeutiques et la relation devient impossible (cas du jeune médecin chevelu et décontracté non accepté par un malade rigide et traditionnel ou l'inverse).

5. Le contre transfert:

Il désigne les mouvements affectifs du médecin en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu infantile. Alors qu'il devrait théoriquement être neutre, et ne pas éprouver de sentiments personnels pour son malade, l'attitude du médecin en sera au contraire imprégnée, se mêleront:

- Une réaction affective à la personnalité du malade, âge, sexe, situation sociale, présentation, comportement.

- Une réaction affective à l'image que donne le malade par rapport à l'image intériorisée du malade idéal, qu'en a le médecin. (du « bon » malade et du « mauvais » malade). On retrouve là l'encombrante «fonction apostolique ».

- Les facteurs contingents : état de fatigue, d'événement, humeur, situation conjugale et sociale actuelle.

Tout ceci favorisera ou non son identification au malade, à ses plaintes et à ses souffrances.

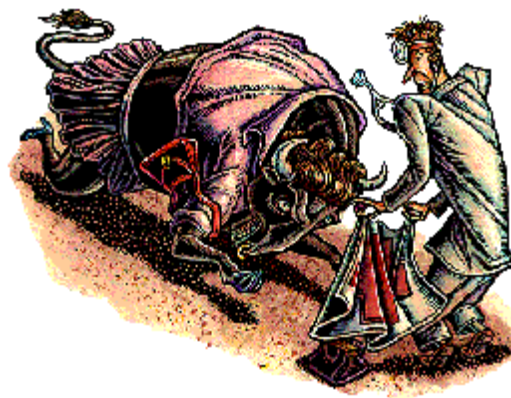
Là aussi, le contre-transfert médical est le plus souvent positif dans l'ensemble. Il permet une action thérapeutique plus efficace. Le contre-transfert peut être négatif et se traduire alors par des attitudes qui masqueront un rejet ou une agressivité inconsciente :

- Refus d'écouter le malade parce qu'on est trop pressé.

- Acte manqué, du type erreurs de prescription ou oubli de visite.

- Dire «c'est nerveux» pour mettre à distance le malade agaçant.

- Menace de consultation psychiatrique ou d'hospitalisation etc... Il faut remarquer qu'une sélection des patients s'établit en fonction de ce que le médecin apporte à la relation et souhaite obtenir d'elle. Les psychiatres travaillant avec des généralistes sur un secteur médical précis, savent bien, au bout d'un certain temps, quels types de patients leur enverra tel ou tel praticien (hystériques, obsessionnels, agressifs, homosexuels, déprimés)...



" Les hommes se contentent de tuer le temps en attendant que le temps les tue "

Simone DE BEAUVOIR

La Dangerosité du Malade Mental : Entre Stigmate et réalité

Dr Hatem Achache

La société humaine a toujours donné une importance capitale à la potentielle dangerosité de la « folie ». C'est à plusieurs niveaux qu'elle situe cette notion de dangerosité :

- D'abord de « troubles de l'ordre public », de part les troubles du comportement et les violences physiques que cela comporterait,
- Du risque de passage à l'acte hétéro agressif envers autrui, dans l'extrême être la mort,
- Et secondairement du risque d'atteinte à soi-même dans les tentatives ou suicide réussi.

La société, à travers les temps et cultures a eu des positions soit de rejet total, arguant cette supposée dangerosité (tels asiles, ou dans certains cas condamnations à mort et lynchage comme au moyen âge), soit de rejet partiel (marginalisation, rejet en dehors de la cité, ou hospices et asiles).

Mais la folie est-elle génératrice de danger ? Dans quelle mesure un malade mental est-il dangereux pour autrui, mais aussi pour soi-même ?

La dangerosité, en psychiatrie, est avant tout une notion de risque. C'est le risque de passage à l'acte agressif physique, pouvant dans certains cas être mortel. Ce passage à l'acte ne peut être pris en compte que dans le cas de morbidité psychiatrique entraînant la perte des facultés de jugement, synthèse. C'est la perte du « libre arbitre » qui nous permet de mesurer les conséquences et l'impact d'un tel passage à l'acte tant sur autrui que par rapport aux lois, mœurs, coutumes. Ce passage à l'acte est conditionné entre autres, par une force indépendante de ce « libre arbitre », c'est-à-dire *l'aliénation*. Cette perte du « libre arbitre » est souvent évoquée dans des situations de tutelle, de risque de dilapidation de biens. Mais elle est capitale

aussi en criminologie psychiatrique.

Heureusement que la pathologie psychiatrique ne comporte pas que des maladies entraînant une telle aliénation, même que rarement que la maladie mentale soit à l'origine d'actes criminels.

Ce passage à l'acte est criminalisé lorsqu'il enfreint les lois tombant sous le coup du code pénal : coups et blessures graves, surtout quand ils entraînent la mort, mais aussi d'autres actes tels viol, inceste.

L'extension de cette notion de dangerosité au domaine politique a entraîné, sous certains régimes dictatoriaux, la « psychiatisation » abusive d'opposants politiques (tel en URSS après la 2^e guerre mondiale).

Le tableau ci-dessous résume, à titre très indicatif, les différentes situations pathologiques où le passage à l'acte « criminel » pourrait se voir, mais fort heureusement pas fatalement

TROUBLES	COMP. CRIMINEL	DANGEROUSITE
Mélancolie	Suicide – Homicide altruiste avec ou sans suicide, pyromanie	++++
Manie	Agressions, pyromanie	+/-
Bouffées Délirantes	Violentes réactions offensives ou défensives	+
Etats confuso-oniriques	Idem, agressions tout type	+/- ou ++ (alcoolisme)
Epilepsie (activ autom)	Agressions tout type	+
Etat démentiel (Alzheimer)	Agressions tout type	+/-
Schizophrénie	Crimes « familiaux », crimes « immotivés »	+++
Psychose infantiles, déficit mental	Agressions sexuelles, homicide, pyromanie	+
Délire chroniques (paranoïa stt, mais PHC aussi)	Homicide, agressions	+++ paranoïa +/- PHC
Etats névrotiques	Suicides non ratés, agressions tout type	+/-

Quand est-ce le patient devient dangereux ?

Aucun symptôme n'est commun à toutes les pathologies. Au fait, dans la réalité, la dangerosité ne saurait être mesurée correctement, ni prévue de façon absolument sûre. Toutefois, il y a par moments des signes précurseurs, annonciateurs, dépendant bien sûr de la situation clinique.

OBSERVATION 1

Mlle Olfa est une élève de 18 ans. Scolarité assez bonne, sans antécédents particuliers, elle a consulté pour céphalées rebelles, anorexie, isolement. L'entourage s'est inquiété devant la persistance des troubles, surtout que sa tendance à l'isolement s'est nettement accentuée. L'examen psychiatrique a révélé une humeur dépressive, une apathie, un ralentissement psychomoteur, sans éléments hallucinatoires ou dissociatifs. La dépression a été diagnostiquée, et un traitement antidépresseur démarré en ambulatoire. La disponibilité du thérapeute a permis à la famille, alertée, de rendre compte d'un comportement « bizarre » : Olfa se mettait les doigts dans la prise de courant voltaïque.

Le second examen, fait quatre jours après le 1^o, a retrouvé un signe pathognomonique : la négation d'organe. Olfa avait le vécu que son bras n'existait plus, comme amputé. Une admission urgente en milieu spécialisé a été ordonnée. Au service, la mise sous antidépresseurs tricycliques a amélioré son état, de sorte que la sortie était envisageable. La dépression en a voulu autrement : elle s'est pendue par le drap de son lit, accrochée à la serrure de la fenêtre !

OBSERVATION 2

Mohamed est un jeune homme de 25 ans. Cadre moyen, il était connu et suivi pour des troubles bipolaires (PMD). Les épisodes étaient relativement éloignés, la mise sous thymorégulateurs était discutable. Au cours d'un accès de manie et d'exaltation thymique, il avait une instabilité psychomotrice, avec parfois agitation. La familiarité, la tendance aux jeux et la désinhibition ont fait que Mohamed raille un passant intolérant. L'échange de coups a entraîné de graves blessures au passant. Portant plainte, le tribunal, malgré la pathologie manifeste dont souffre Mohamed, l'a

condamné à une peine physique. L'expertise n'a pas été ordonnée.

Que peut-on conclure ?

L'évaluation du risque et de la dangerosité d'un malade atteint de troubles majeurs de la pensée reste difficile, hasardeuse. Difficile car le passage à l'acte n'est pas souvent prévisible. Hasardeuse car les conséquences ne sont pas toujours de nature à favoriser une réinsertion sociale que tout psychiatre cherche à engager pour son patient, déjà en proie à la souffrance.

L'expertise psychiatrique, si elle permet un tant soit peu d'avoir une idée, elle reste toujours insuffisante.

La "chaîne de soins" psychiatrique (projet thérapeutique) dont nous rêvons encore en Tunisie, reste un des garants pour juguler un passage à l'acte parfois évitable.

Rappelons enfin que la dangerosité de certains malades mentaux est à l'origine même de la stigmatisation du fait psychiatrique, par généralisation abusive.

"Les plus belles journées sont celles qu'il nous reste à vivre"

Yvon BOILLARD



Humour

Proposée par Docteur Kamel Mili

L'histoire suivante est véridique. Ceux qui veulent la vérifier peuvent s'adresser aux affaires maritimes canadiennes.

L'incident s'est passé en Octobre 1995.

Transcription d'une communication radio entre un bateau de la US Navy et les autorités canadiennes au large de Terre Neuve.

Américains : Veuillez dévier votre route de 15 degrés Nord pour éviter une collision. A VOUS.

Canadiens : Veuillez plutôt dévier VOTRE route de 15 degrés SUD pour éviter collision . A VOUS.

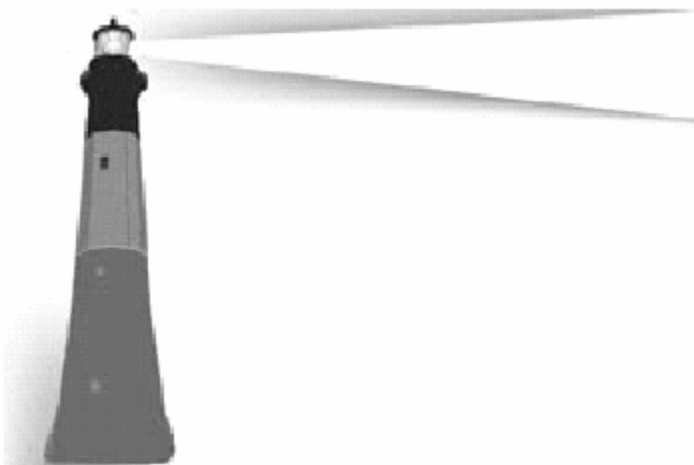
Américains : Ici le capitaine d'un navire des forces navales américaines. Je répète Veuillez modifier votre course. A VOUS.

Canadiens : Non, veuillez VOUS dévier votre route, je vous prie. A VOUS.

Américains : ICI C EST LE PORTE AVIONS U.S.S. LINCOLN. LE SECOND NAVIRE EN IMPORTANCE DE LA FLOTTE AMERICAINE. NOUS SOMMES ACCOMPAGNES PAR TROIS DESTROYERS, TROIS CROISEURS ET UN NOMBRE IMPORTANT DE NAVIRES D 'ESCORTE. JE VOUS DEMANDE DE DEVIER DE VOTRE ROUTE DE 15 DEGRES NORD OU DES MESURES CONTRAIGNANTES VONT ETRE PRISES POUR ASSURER LA SECURITE DE NOTRE NAVIRE. A VOUS.

Canadiens : Ici c'est un PHARE. A VOUS.

Américains : Silence.



DOIT ON CONTINUER A LEUR FAIRE AVALER LA PILULE ?

Dr Kamel MILI

Vous vous rappelez sans doute la polémique autour du traitement hormonal substitutif (THS) chez la femme ménopausée. Il se base sur la constatation que la femme perdait avec la ménopause une protection ostrogénique contre les maladies cardiovasculaires et l'ostéoporose. On peut donc imaginer qu'en lui administrant les œstrogènes on lui restituait cette protection, et en y associant la progestérone, on prévenait l'hypertrophie endométriale et le cancer de l'utérus. On devrait s'attendre à un traitement avec zéro problèmes puisqu'il ne s'agit que de la restitution d'un état physiologique par des hormones dont la sécrétion s'est arrêtée. La réalité en est tout autre et beaucoup de problèmes sont apparus notamment l'augmentation du cancer de l'utérus, du cancer du sein et des thromboses veineuses.

On a incriminé les molécules, leur dosage, leur association à la progestérone et leur mode d'administration. L'oestradiol administré par voie orale entraîne une absorption digestive, un premier passage hépatique et la transformation de l'E1 en E2 dix fois plus actifs que la molécule mère ce qui ne manque pas de donner des effets secondaires. Le timbre ou patch permet une diffusion sanguine directe, une atteinte des organes cibles avant de passer par le foie, avec

moins d'effets secondaires et une meilleure tolérance.

Beaucoup d'essais cliniques ont été pratiqués et beaucoup d'imperfections méthodologiques ont été relevés : biais de sélection, populations cible non représentatives, études non randomisées, manque d'étude cas témoin. Etc... et les avis ont été partagés entre les défenseurs de l'HTS et ses détracteurs. La publication tant attendue de la grande étude **Womens' Health Initiative** n'a pas apporté de réponse claire non plus. Elle a comparé chez 16 000 femmes sans risque cardiovasculaire connus, le THS versus placebo. Les résultats globaux sont en défaveur du THS qui augmente de risque d'infarctus, d'AVC, et de cancer du sein. Il y a en revanche une diminution du risque de cancer du colon et de fracture du fémur. **MAIS** là aussi plusieurs biais :

· Cette grande étude n'a étudié que le Prémarin, œstrogène semi naturel administré **par voie orale**. On ne peut en aucun cas extrapoler et généraliser les résultats aux timbres utilisés dans la vieille Europe et en Tunisie et qui **n'implique pas de premier passage hépatique**. On devrait dire les résultats globaux sont en défaveur du Prémarin® (et non du THS) qui augmente le risque d'infarctus.

· Les femmes américaines sont statistiquement plus obèses que

les Européennes et les Tunisiennes.

· Ce traitement a été administré à des femmes **non demandeuses**. Donc pas spécialisé impliquées dans l'étude.

Que faut il conclure donc face à nos patientes ménopausées ?

On doit moduler notre enthousiasme quant à la prescription du THS,

- N'utiliser que les timbres.
- Ne pas l'administrer sur un terrain variqueux ou sur des antécédents de phlébite.
- Ne pas l'administrer sur un terrain coronarien.
- Ne pas oublier les contre indications d'ordre cardiologique qui sont : les valves cardiaques mécaniques ou biologiques, les valvuloplasties et les valvulopathies tout court, l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme et les troubles de la coagulation
- Recommander un suivi gynécologique régulier du fait d'une augmentation de la fréquence du cancer du sein et de l'utérus

Trucs et astuces

Dr Foued Bouzaouache

Prothèse auditive d'appoint

Il est souvent difficile de procéder à l'interrogatoire d'un patient un peu dur d'oreille. Ce petit truc peut aider il suffit de placer le stéthoscope dans les oreilles du patient et de parler dans le diaphragme. Il ne faut pas trop hurler, bien entendu, dans les oreilles du patient. Les "écouteurs" peuvent être nettoyés avec un peu d'alcool par la suite.

Réduire l'irritation nasale

Pour diminuer l'irritation muqueuse chez les patients utilisant les corticostéroïdes nasaux, demandez au patient d'utiliser un pulvérisateur avec une solution saline afin d'humidifier la muqueuse. Puis, conseillez-lui de pulvériser le corticostéroïde vers le haut et en dehors,, vers le sinus maxillaire ipsilatéral. Ceci permet d'éviter l'irritation septale.

Examen des patients chatouilleux

L'examen de l'abdomen peut être difficile chez un patient chatouilleux. Vous pouvez résoudre ce problème en tirant profit du fait que personne ne peut se chatouiller lui-même. Placez votre main sur la main du patient, avec vos doigts entre les siens. Vous pouvez alors facilement palper en profondeur l'abdomen du patient sans résistance.

Difficulté à avaler les comprimés?

Puisque les pilules ont une tendance à flotter, demander au patient de placer une pilule ou un comprimé dans la bouche, de prendre un peu d'eau dans la bouche, de se pencher vers le bas et d'avalé. Habituellement la capsule flotte au niveau du pharynx et peut être avalée sans effort et sans risque d'étouffement. Si possible, la première tentative devrait être faite devant vous. Vos patients difficiles seront étonnés mais reconnaissants pour cette méthode

B'jeh rabbi

Vous ne pouvez pas vous imaginer le casse-tête auquel nous faisons face à chaque numéro du Bulletin, tellement la matière fait défaut.

Nous vous rappelons que ce bulletin est le vôtre et qu'il ne peut continuer à paraître que grâce à vos collaborations. Ne nous obligez pas à vous prier à genoux pour que vous daigniez nous honorer de vos participations!

A bon entendeur...

