



La pratique médicale libérale reste encore marquée dans notre pays par une conception individuelle de la médecine, conception traditionnelle qui paraît un peu dépassée aujourd'hui.

La santé qui pendant longtemps "n'avait pas de prix" a désormais un coût que plus personne ne peut ignorer. Elle est l'affaire de tous : dispensateurs de soins ; pouvoirs publics et organismes de prévoyance sociale. Partout dans le monde, on appelle à la rationalisation des soins.

C'est dire la nécessité de revoir notre système de santé de manière à l'adapter aux réalités de ce début de millénaire !

Le médecin généraliste privé a désormais affaire à une clientèle de plus en plus exigeante, mais en même temps, malheureusement de plus en plus démunie, ceci alors que les charges d'exercice de la profession (installation, équipement fiscalité, charges courantes, etc..) suivent inexorablement la courbe inflationniste du coût de la vie.

Alors pour survivre, le médecin généraliste s'est vu obligé soit de brader son art pour attirer de la clientèle, soit de se lancer dans une fastidieuse entreprise de mise à niveau. C'est ainsi qu'il "s'embarque" dans des formations qu'il veut à tout prix "diplômantes", donc payantes (et chères !), suivies de l'acquisition de matériel sophistiqué et partant onéreux ! Il espère ainsi améliorer ses revenus, ce qui est loin d'être acquis.

Le public, de son côté perçoit le médecin généraliste comme un acteur de santé peu compétent et peu fiable. Il lui préfère quand il en a les moyens une médecine spécialisée, qu'il court-circuite allègrement quand il pense que son "bobo" peut être soigné par le biais de l'automédication.

Le résultat est que nous avons au quotidien une médecine à deux vitesses : d'un côté une médecine au rabais, et de l'autre une médecine de luxe qui reste hors de portée du citoyen moyen.

Pour reconquérir professionnalisme et crédibilité, offrir des soins de qualité optimale au meilleur coût à l'ensemble de la population, nous devons envisager de réaliser une véritable mise à niveau de la profession afin de repositionner le médecin généraliste actuel en un acteur de santé "5 étoiles" au service de l'individu et de la société. Il devra constituer à l'instar de ses confrères nord américains ou européens, la porte d'entrée du système de soins et accompagner l'individu tout au long de son existence.

Pour ce faire, il nous faudra impérativement :

- Redéfinir le champ d'action de la médecine générale.
- Procéder à une évaluation des aptitudes des médecins généralistes à répondre aux besoins de la population.
- Développer les stratégies pédagogiques de formation professionnelle continue adaptées (en privilégiant les échanges interactifs, la diffusion par la presse médicale, les sites Internet et des actions multimédia.)
- Introduire aussi bien dans le cursus universitaire des futurs praticiens que dans le programme de formation continue des médecins généralistes en activité des modules tels que l'économie de la santé, la gestion, la communication...
- Entreprendre avec l'aide d'experts étrangers en médecine de famille la formation d'un groupe d'animateurs locaux parmi les confrères généralistes qui en possèdent le profil, et qui devront assurer la relève en accompagnant à leur tour leurs pairs.
- Faire appel également aux spécialistes comme personnes ressources.

Le but étant de parvenir à établir un véritable label de qualité de la profession.

Parallèlement, il nous faudra impérativement accompagner cet ambitieux programme par des actions de sensibilisation des pouvoirs publics et de la population à l'importance de la place privilégiée que doit occuper le médecin généraliste tant pour la rationalisation des soins que pour une prise en charge adéquate des malades. L'assurance maladie obligatoire que nous attendons tous impatientement gagnerait à encourager un tel système de soins. Il a prouvé son efficacité partout dans le monde.

Les autorités de tutelle que sont le Ministère de la Santé et le Conseil de l'Ordre doivent de leur côté épauler la communauté médicale lourdement sanctionnée par la conjoncture économique ; en mettant en place des mesures d'encouragement (rééchelonnement des crédits, notamment jeune promoteur ; allègement des charges, code d'investissement, etc...), et en veillant à l'application stricte des lois dans le secteur de la santé.

Enfin, le médecin généraliste qui est par définition un médecin de proximité se doit également de s'impliquer davantage dans la vie de sa communauté, à travers des actions (sensibilisation, éducation sanitaire prévention, surveillance épidémiologique, ... etc.) qui le revaloriseront à coup sûr aux yeux de cette population dont il a la charge de soulager les souffrances.

L'idéal serait de pouvoir réunir autour de la même table tous les intervenants du secteur afin de définir une politique nationale de santé adaptée aux réalités de notre pays, et où la place de chaque acteur serait clairement établie.

C'est le défi qu'a essayé de relever récemment notre jeune Fédération en invitant pendant un week-end durant, médecins généralistes de tous bords, représentants du Ministère de la santé, de l'Université et du Conseil de l'Ordre à venir se pencher sur l'avenir de la profession et essayer ensemble d'esquisser l'ébauche d'un médecin de l'avenir capable d'offrir des services de qualité à coût raisonnable.

Dr.. R. CHOUKRI  
Président de la FNAMGPM

La Lettre du Médecin Généraliste  
Revue trimestrielle de la  
FNAMGPM

N° 2 Février 2002

Directeur de la publication  
Dr. Rachid CHOUKRI  
Président de la FNAMGPM

Rédacteur en chef  
Dr. Abdel-Ilah CHIHEB

Rédacteur en chef adjoint  
Dr. Taoufiq BOUHMIDI

Rédacteurs  
Dr. Mohammed Guessous  
Dr. Nafissa IZOUAR

Correspondants Régionaux  
Agadir : Dr. ABASSOR  
Béni-Mellal : Dr. EL MAZOUNI  
Casablanca : Dr. FADILI  
Goulmima : Dr. HAMID  
Fès : Dr. BENSEDDIQ  
Kenitra : Dr. CHIHEB  
Khouribga : Dr. RIDAH  
Sidi Kacem : Dr. NADER  
Marrakech : Dr. RAHIB  
Nador : Dr. HOUBBANE  
Meknès : Dr. ACHOUR  
Mohammedia : Dr. BERKANE  
Oujda : Dr. LAMRANI  
Rabat : Dr. BOUHMIDI  
Safi : Dr. ZAHRAOUI  
Salé : Dr. BERRADA  
Tanger : Dr. EL MAIMOUNI  
Taza : Dr. LAMZOURI  
Touan : Dr. OULAD LAFKIH  
AZEMMOUR : Dr. CHRAIBI

Conception & Réalisation  
Média Stratégie

Dépôt légal N° 2000/105  
Adresse : Angle Rue Attoute et  
Attoufah, secteur 10 Hay Riad  
Rabat

Tél. : 037 71 37 37  
Fax : 037 71 33 55  
E.mail : rchoukri@wanadoo.net.ma

## SOMMAIRE

Editorial .....	P. 1
● Dr. R. CHOUKRI	
Parole de généraliste .....	P. 4
Vie associative .....	P. 6
● Rapport des ateliers du "Groupe de Marrakech" 22-23 décembre 2001, Dr. R.CHOUKRI - Dr. A.CHIHEB	
● Une expérience à méditer, Dr. A.CHIHEB	
● "Le Geste qui Sauve" Association ATTABIB, Dr. R.CHOUKRI	
Tribune libre : .....	P. 12
● "Y a-t-il un médecin dans mon quartier ?" Plaidoyer pour un logo visible du médecin généraliste. Dr. T. BOUHMIDI	
● "L'AMO : Quels garde-fous ?" Dr. A.CHIHEB	
La santé ici et..ailleurs .....	P. 14
● PROSALUD (Bolivie) : une expérience de santé privée au service du public. Dr. R.CHOUKRI	
● Projet de repositionnement du médecin généraliste en médecin de famille. Dr. A.CHIHEB - Dr. R.CHOUKRI	
Formation continue : .....	P. 18
● L'infection urinaire en pratique (conférence du Pr Lobel-Rennes à Kénitra) Dr. A.CHIHEB	
● Maladie du charbon: carte d'identité Dr. T. BOUHMIDI	
Fiches techniques .....	P. 22
● CAT devant une dyspnée : SAMU DE NEVERS	
● CAT devant une douleur thoracique, Pr K.EL KHEIRI	
● CAT devant une entorse de la cheville, Pr. S.WAHBI	
● Le lavage d'oreille, Dr. A.CHIHEB	
Médicaments en questions .....	P. 26
"AINS et gastro-toxicité" Dr. J.ALAMI	
Coin aux instruments.....	P. 28
"La trousse d'urgence" Dr. N. IZOUAR	
Passions et initiatives.....	P. 30
● "les handicapés peuvent sourire" Dr. M.A. IDRISI	
● L'ethnomédecine. Dr. A. BOUZID (Oued Amllil - Taza)	
Pour votre agenda .....	P. 33
Echos d'ici et d'ailleurs .....	P. 34
● Echos Généralistes de France	
● La Santé sur le Net Dr. R.CHOUKRI	
● L'AMO : Quelle place pour la médecine générale ? Dr. R.CHOUKRI	
Lettre de la FNAMGPM .....	P. 37
Questionnaire: Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc ..	P. 38
Détente .....	P. 39
● Le médecin est là ? Dr. M. GUESSOUS	
● Grille médicale, Dr. M.GUESSOUS	
● Blagues, Dr. M.GUESSOUS	
Rejoignez nous ! .....	P. 40

## MOI, MÉDECIN GÉNÉRALISTE...



Je vous raconte mon histoire d'étudiant en médecine et mes débuts balbutiants dans l'exercice de la médecine privée.

Poussé par mon affinité et ma curiosité pour les sciences en général, et la médecine en particulier, je m'étais empressé à m'inscrire à la faculté de médecine.

### MA FORMATION A LA FACULTÉ :

Je me rappelle du premier contact avec l'amphithéâtre en année préparatoire, c'était un cours de mathématiques donné laconiquement par un professeur devant une assistance fort nombreuse d'étudiants, je crois que c'était un cours sur les suites numériques... C'était également ma première déception car je ne voyais pas le rapport entre les suites mathématiques et les études médicales que je venais d'entamer. J'aurais aimé pour ce premier cours que l'on m'explique la notion de médecine, son rôle dans la société et le cheminement de ses études...

Au terme des trois premières années d'études où il était question d'interminables cours d'histologie, d'embryologie, de physiologie et d'anatomie, je ne savais pas encore à quoi ressemblait un hôpital. J'étais dans l'ignorance totale de tout acte paramédical, de l'approche du patient que je devais soigner ultérieurement, mais déjà j'étais fourbu et exténué par des examens que je m'étais résigné à considérer comme une barrière mise bien haut pour me rebuter plutôt qu'un moyen pour contrôler mes connaissances.

Au second cycle des études, on m'a admis avec mes camarades les matinales à l'hôpital en tant qu'externe. On

était fiers de porter une blouse et d'être armés d'un stéthoscope. Combien grande fut notre désillusion quand on avait compris que nos stages se limitaient à suivre et entourer le professeur dans sa visite auprès des malades où il se délectait à nous montrer à quel point on était ignorants de la pratique médicale ! Notre rôle se limitait à signer une feuille de présence et à gribouiller sur le dossier des malades les sentences des maîtres. L'après-midi, on retournait à l'amphi détailler l'anapath, l'endocrino, la radiologie...

Loin de toute créativité, de travail de groupe, de sensibilisation aux aspects de la profession, bref, la préparation d'un médecin capable d'affronter et de résoudre la plupart des problèmes de santé de la population, l'étudiant en médecine n'a plus qu'un seul but : apprendre pour décrocher son diplôme.

### MES DÉBUTS DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE PRIVÉE :

Effectivement, après de longues et pénibles années d'étude, j'ai enfin obtenu le diplôme et me suis installé en tant que médecin généraliste privé, non pas par choix, mais par obligation dictée par l'essoufflement et l'impossibilité d'aller plus loin.

La médecine générale, on ne l'a jamais définie, pour nous, le doctorat en médecine était la condition nécessaire et suffisante pour exercer.

La définition du généraliste décrite par les experts des nations avancées apparaît pour nous comme une utopie: l'omnipraticien capable de résoudre 80% des problèmes de la santé, dans tous leurs aspects physiques, psychologiques et sociaux, préparé par une formation de base spécifique et maintenue par une formation médicale continue appropriée.

Le généraliste marocain vit mal sa situation du fait que son rôle dans le système de soins est mal défini. Il travaille dans

l'isolement, sans lien avec ses confrères privés et hospitaliers.

Bien que conscient de son rôle de médecin de première ligne, capable de gérer des plaintes diversifiées et d'en assurer le suivi, il est victime d'un déni-grement ignorant de la part de certains de ses confrères et une partie de la population.

### SI C'ÉTAIT A REFAIRE...

Je ne demanderais pas la même chose, je suivrais des études de médecine générale, non pas par fatalité mais par choix positif. J'affinerais mes études dans un département spécialisé en médecine générale où on apprendrait la séméiologie et la clinique auprès des malades relevant de mon exercice futur.

Je bénéficieras de stages précoces en soins paramédicaux, secourisme et urgences. La prévention et les aspects sociaux de la profession n'auraient pas de secret pour moi. J'aurais moins de cours magistraux et l'essentiel des sciences fondamentales.

J'apprendrais comment gérer un cabinet médical. Je serais un étudiant enthousiaste aimant la recherche et le travail de groupe.

Une fois installé en privé je travaillerais de concert avec mes confrères privés et hospitaliers dans le cadre d'un système de soins restructuré et adapté, dans lequel le patient bénéficierait d'une assurance maladie.

Je continuerais ma formation selon mes besoins au sein de mon groupe de pairs pour maintenir ma compétence et apporter des soins de qualité de plus en plus exigés par mes patients.

Un vœux pieux pour moi et mes confrères ; se réalisera-t-il pour les générations futures ?

**Dr. M. GUESSOUS - CASABLANCA**

## PARLER DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le médecin en général et le généraliste en particulier est enfermé dans une activité quotidienne qui l'éloigne de la scène publique, de toute médiatisation. Il est temps pour lui de sortir de sa bulle et de s'ouvrir aux autres, à la communication. Devrait-on dire que l'on n'a que l'image que l'on mérite ? Les médecins généralistes sont les grands absents de la scène publique. Quand on parle d'eux, ce sont les autres qui parlent à leur sujet... pour eux !

### Mais, où sont ils ?

Les professionnels leaders d'opini-

on, les professeurs de la faculté de médecine disent volontiers l'importance qu'ils accordent à la médecine générale, aux médecins généralistes, à leur place dans le système de santé. Il est grand temps d'assurer cette promotion du généraliste. Cette profession ne doit pas se situer au dessous, mais à côté des autres carrières médicales. Malheureusement, le concours d'internat et/ou de résident destiné à sélectionner les spécialistes a entraîné une sélection déplorable du généraliste par "l'échec".

Notre jeune fédération doit travailler davantage pour revaloriser la médecine générale, mais, encore faut-il que les mentalités changent,

La médecine générale nécessite un travail d'équipe, et celui-ci ne peut se réaliser que si il existe un dialogue entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes et hospitalo-universitaires. Cette collaboration ne peut se mettre en place si l'idée d'une hiérarchie des médecins persiste.

La puissance de notre fédération est directement liée à sa médiatisation : notre but est de faire parler de nous, de faire entendre notre point de vue, assurer la diffusion de nos propos, de nos idées, travailler notre image. Personne ne le fera à notre place. Il s'agit peut être de quelque chose qui nous est inconnu, mais, courage, jetons nous à l'eau et donnons nous les moyens de relever les défis de la médecine d'aujourd'hui et de demain.

**Dr. HALLOUMI Med - Béni Mellal**

## LE GÉNÉRALISTE, L'UNIVERSITAIRE ET LA FORMATION CONTINUE

**Le généraliste :** privé, la quarantaine (ou la cinquantaine) passée, la bedaine, un vieux diplôme de doctorat en poche, assisté impuissant à la dégradation de son métier, jadis noble et respecté et subit une concurrence injuste et injustifiée que lui livrent des milieux bien intéressés, bien plus puissants et mieux organisés que lui. Il ne peut rien contre l'Etat qui l'a formé sans savoir à quoi on le destinait. Il sait qu'il est pratiquement livré à lui-même au même titre que le malade qu'il est sensé soigner. Il sait qu'il n'a d'autre choix que de se prendre en charge, il ne se fait plus d'illusions. Conscient du fait que la demande du malade est entrain d'évoluer, il exprime le besoin d'améliorer ses compétences pour répondre à cette demande. Il veut donc organiser sa formation continue. Comme il ne sait pas le faire, il fait naturellement appel à l'universitaire.

**L'universitaire :** fonctionnaire, jeune, dynamique, bourré de certitudes scientifiques, très confiant dans l'avenir en dépit de quelques petits doutes vite noyés dans la certitude collective et l'assistance des aînés. Aucune expérience en milieu "non protégé". Il connaît mal les médecins du terrain. Oh, il a sa petite idée sur leur "incompétence", il a dû "récupérer" pas mal de leurs bêtises au service. Il voudrait bien les rencontrer, leur parler de la "vraie" médecine, celle qui se pratique dans les règles de l'art au sein du CHU. Il voudrait bien leur rappeler, à ces vieux externes que leur rôle se limite à traiter les petits bobos, et à réparer le reste. Merci M'sieur !

### L'enjeu : L'avenir de santé dans le pays

L'amélioration de l'accès aux soins, la décentralisation, la couverture sociale, la carte sanitaire, la médecine de proximité, la mise à niveau "des praticiens", et l'entrée de tous dans le troisième millénaire etc. Enfin, des "histoires de politique" que ni le généraliste privé, ni le médecin universitaire ne connaissent suffisamment. Tous les

deux sont entrain de découvrir que les choses se font mal, et que nos politiciens n'ont –pour la plupart– aucune idée précise sur la politique de santé à appliquer dans le pays. Aucune grande décision n'a été prise dans ce domaine depuis belle lurette. La raison est très simple : un système de santé efficace est celui qui place l'individu dans toutes ses dimensions au centre de ses préoccupations.

### Le point de rencontre : la formation médicale continue

Car, dès qu'on parle de formation, on pense à l'enseignant ! Dans le cas qui nous préoccupe, on pense naturellement à l'enseignant chercheur médecin, lequel est supposé maîtriser et les techniques d'enseignement, et les avancées scientifiques. Les autorités seraient parfaitement d'accord pour confier la formation à des enseignants. C'est dans l'ordre des choses ! Un enseignant, c'est fait pour enseigner ! Lapalisse ne dirait pas mieux !

### Problème : l'enseignement des adultes

est un peu plus délicat que celui des étudiants de la faculté. Les généralistes installés dans le privé sont pour la plupart d'un certain âge, les jeunes n'osant plus s'installer en tant que généralistes et choisissent de se spécialiser. Ces adultes là ont la tête un peu "remaniée" par le temps et les réalités quotidiennes, et ils ne se laissent pas toujours raconter n'importe quoi. Ils aiment bien que l'on se mette un peu à leur place et qu'on soit pratique dans l'approche des choses de la vie en général et de la médecine en particulier. Ils trouvent inutile de toujours vouloir commencer par le commencement, ce qui est souvent le cas avec les enseignants. En définitive, ils voudraient bien que l'on identifie exactement leurs besoins avant tout projet de formation. C'est une règle fondamentale en pédagogie. Or, toutes ces histoires de FMC, de pédagogie pour adultes, tous ces casse-têtes philosophiques ne sont pas enseignés à la faculté de médecine, laquelle est loin d'être un haut lieu de pédagogie, de l'aveu même des siens. Exemple :

une association "provinciale" de médecins vient trouver un chef de service du CHU pour lui parler d'un sujet particulier. Le chef de service accepte l'invitation, tout fier de poursuivre sa mission d'enseignant au delà même de l'enceinte de la faculté. Il réunit son staff et discute la question. On se partage les tâches comme on a l'habitude de le faire : le premier maître-assistant va parler de sémiologie clinique, le deuxième des examens complémentaires, le troisième des étiologies et le dernier du traitement. C'est un système qui marche, il est précis et complet. Les staffs du service ont toujours été conduits de cette façon.

### Le hic : l'auditoire généraliste "provincial"

ne ressemble en rien à celui des externes de 4ème année de médecine. Il répond exactement aux critères énumérés ci dessus (cf. "problème"). Le résultat est souvent médiocre et compromet l'avenir de ce genre de rencontres. Beaucoup de généralistes disent que ça ne leur rapporte pas grand chose.

### Conclusion

Elle coule de source. Cela a été dit et répété lors du congrès de juin 1999 de la SMSM, à Casablanca, seul congrès à mon avis à avoir vraiment engagé le débat sans langue de bois. La formation médicale continue des généralistes devrait faire appel à des formateurs issus des rangs de ceux qu'on cherche à former. C'est faisable, cela ne coûte pas grand chose et c'est plus rentable. L'expérience existe ailleurs, il faut aller la chercher. Partout en Europe, il existe maintenant des "généralistes enseignants". Il est temps qu'ils existent aussi chez nous. Aussi, il est urgent de créer des départements de médecine générale dans les facultés de médecine et de les "connecter" aux généralistes en exercice pour une bonne régulation (feed-back) de la formation de base et de la formation continue. C'est la meilleure façon de redonner ses titres de noblesse à la médecine générale, et de ne plus sélectionner les médecins généralistes "par l'échec".

## Rapport des ateliers du "Groupe de Marrakech" 22-23 décembre 2001

Le développement futur de la médecine de famille au Maroc a fait l'objet d'un atelier organisé à l'initiative de la FNAMEGPM (Fédération Nationale des Associations des Médecins Généralistes Privés du Maroc) avec le soutien de l'OMS. Cet atelier a réuni une trentaine de médecins représentant des associations de généralistes, des responsables du ministère de la santé et des responsables de CMS. Il a été animé par le Professeur Pestiaux, responsable du Centre Universitaire de Médecine Générale de l'Université Catholique de Louvain (Belgique).

Après avoir remercié le Pr. Pestiaux pour sa disponibilité et sa générosité à venir partager avec ses confrères généralistes pour la deuxième fois son expérience d'homme de terrain; le Dr. R.Choukri, Président de la Fédération a fait un bref descriptif de l'état des lieux de la médecine générale privée au Maroc. Il a fait remarquer qu'à l'instar de ses confrères européens ou nord-américains, le médecin généraliste marocain a été pendant des décennies le pivot de notre système de santé.

Par la suite, l'apparition de la médecine spécialisée dans une société en profonde mutation et résolument consommatrice de modernité sans mesures de régulation adéquates, a réduit progressivement et considérablement le champ d'action du médecin généraliste privé. Ce dernier, qui a perdu un peu de son identité, s'est mis alors à fonctionner en mode de survie, ce qui l'a obligé à "brader" son art. Certains généralistes, pour améliorer leurs revenus, se sont lancés dans des formations diplômantes et payantes, génératrices de charges supplémentaires (frais de formation, manque à gagner, achat de matériel etc.) mais aussi de déceptions.

Notre médecin généraliste a le sentiment d'avoir été floué et trahi par l'Université où il a passé les plus belles années de sa vie à rêver d'un avenir glorieux et qui l'a lâché dans la nature totalement démunie et vulnérable.

**Le public** de son côté, perçoit le médecin généraliste comme un acteur de santé peu qualifié, une sorte de "médecin inachevé" qui a raté l'occasion de se spécialiser et à qui l'on ne confie que les petits "bobos", le personnel de maison ou les déshérités qui ne peuvent se payer le luxe d'une médecine spécialisée.

Le Docteur Choukri a souligné le paradoxe entre le faible développement économique du pays et la mauvaise utilisation des ressources dont la plus importante dans le domaine de la santé est sans conteste le médecin généraliste. Ce médecin de première ligne, est capable de résoudre à faible coût nombre de problèmes de santé de la population.

Le thème proposé pour cet atelier est donc le **repositionnement** du médecin généraliste dans le système de santé marocain.

En prenant la parole, le Pr. Pestiaux a d'abord rappelé que les pays occidentaux et en particulier son pays, la Belgique ont vécu une situation analogue par le passé. Les médecins généralistes de ces pays ont traversé la même crise d'identité. Ils ont réagi en proposant d'abord une définition scientifique de la médecine, de son champ d'action et prouvé son rôle économique et social. Ils ont ensuite réussi à imposer la médecine générale comme discipline à part entière, et qui est actuellement enseignée comme telle à l'université.

Il a suggéré que l'atelier soit articulé autour des axes suivants :

- Définir le profil du médecin généraliste marocain actuel, relever ses points forts et ses faiblesses, et ébaucher le profil du médecin généraliste de l'avenir
- Examiner le contenu de la formation médicale de base actuelle en médecine générale et proposer des réformes.
- Revaloriser la profession par une formation continue de qualité, laquelle devrait être démarrée sans tarder.

### Atelier I

**Objectif : définir le profil du médecin généraliste /médecin de famille marocain**

Les généralistes présents ont travaillé en petits groupes sur les définitions proposées par les principales organisations de généralistes à travers le monde (WONCA, collège des médecins de famille du Québec, groupe de Leeuwenhorst, CNGE etc...). Ils ont ensuite passé en revue les principes fondamentaux de ces définitions et les ont comparés à la réalité du médecin généraliste marocain. Le groupe a estimé que les différentes définitions sont complémentaires, en ce sens qu'elles définissent toutes la médecine générale/médecine de famille comme :

**“ Une médecine de proximité, centrée sur le patient ”**

- Une médecine de proximité, accessible géographiquement à la population à charge, d'où nécessité d'une bonne répartition géographique.
- Une médecine centrée sur le patient, donc basée sur une bonne relation médecin/patient, durable dans le temps, qui sous-entend :
  - confiance,
  - bon accueil,
  - bonne écoute et implication du médecin.
- Une médecine qui demande une bonne compétence clinique pour pouvoir résoudre la majorité des demandes de soins à faible coût (adhésion de la population et des organismes payeurs). En effet, selon la littérature internationale, 80% des demandes de soins peuvent être prises en charge par les médecins de première ligne de manière aussi efficace qu'en milieu spécialisé, mais à plus faible coût.

- Une médecine communautaire qui prend en compte les dimensions épidémiologique, sociale et économique de l'exercice médical .
- Une médecine caractérisée par la faible incidence des maladies graves.
- Une médecine de première ligne qui reçoit les maladies au stade précoce, souvent "indifférencié"
- Une médecine qui gère simultanément plusieurs plaintes différentes.
- Une médecine qui assure la continuité et la coordination des soins. Cette continuité est subordonnée à une bonne tenue du dossier médical .

Partant de ces définitions "universelles" de la médecine générale, les participants ont essayé de comparer la réalité de l'exercice de la médecine générale au Maroc à ces "standards" internationaux. Ils constatent qu'ils ne se retrouvent pas tout à fait dans ces définitions car :

- leur approche est relativement centrée sur la maladie et non pas sur le patient pour des raisons multifactorielles (gestion du temps si débit important, patients erratiques, mal informés etc.)
- Relation médecin-malade perturbée par le fait que la sémiologie n'est pas enseignée dans le langage des patients, d'où compréhension incomplète de la part du médecin.
- Bien qu'ils trouvent que le médecin marocain est relativement compétent, les participants admettent que leur formation n'est pas tout à fait adaptée aux grands problèmes de santé du pays.
- Le généraliste privé marocain n'est pas impliqué dans les programmes de santé publique. Il n'est ni sollicité, ni informé.
- La continuité et la coordination des soins n'est pas assurée.
- La relation entre généraliste et spécialiste n'est actuellement pas basée sur la complémentarité.

D'où la nécessité de se mobiliser pour :

- ◆ Une bonne accessibilité géographique et à faible coût de la médecine générale.

- ◆ Sensibiliser l'ensemble de la population (utilisation à grande échelle des médias), et surtout convaincre les "payeurs" de l'intérêt économique et social d'une médecine générale bien intégrée dans le système de santé (notamment pour la future AMO).
- ◆ Insister sur le rôle de la médecine générale dans le dépistage à grande échelle des maladies, la prévention, l'efficacité à faible coût en comparaison avec la médecine spécialisée .
- ◆ Définir les besoins de la population en matière de soins pour une bonne planification des actions .
- ◆ Démolir l'image du "petit" et du "grand" dans la relation entre généraliste et spécialiste et la remplacer par un modèle d'intégration où le médecin généraliste exerce son art de première ligne et confie les cas qui l'exigent à ses confrères spécialistes.
- ◆ Afin de répondre à ces exigences, le groupe a mis en évidence les disparités importantes qui existent entre les pratiques et proposé trois pistes prioritaires :
  1. Apprendre à travailler en équipe et promouvoir les échanges avec les autres médecins de première ligne que sont les médecins généralistes du secteur public.
  2. Utiliser un dossier médical standardisé et réalisé par la profession. Ce dossier est d'abord la mémoire du médecin, et ensuite un outil de qualité de soins essentiel. Il servira également de support didactique pour les réunions des groupes de pairs.

3. S'impliquer dans l'enseignement de la médecine générale aux différents niveaux.

#### Atelier II

Objectif : définir le contenu de la formation médicale de base en médecine générale

Les participants ont d'abord clairement dénoncé l'inadaptation de leur formation aux tâches définies dans le premier atelier. Ils ont d'abord indiqué trois étapes indispensables pour la formation médicale de base :

1. Créer les conditions d'un choix positif de la médecine générale à l'aide d'un cursus de formation spécifique adapté aux tâches définies.
2. Créer des départements de médecine générale /médecine de famille dans les quatre universités du Maroc.
3. Identifier les besoins de formation et investir dans la formation des formateurs.

Les particularités d'une formation spécifique en médecine générale proposée par les participants sont les suivantes :

1. Apprendre la GESTION d'un cabinet médical, et notamment l'accueil, la gestion du dossier, la notion de temps et d'appréhension de la plainte du patient.
2. Sensibiliser l'étudiant aux ASPECTS SOCIAUX de la pratique comprenant la responsabilité médicale, le droit, la déontologie, le système de santé marocain.





3. Apprendre la sémologie et la clinique orientées spécifiquement vers la médecine générale dès le premier contact avec les patients en insistant sur la nécessité d'apprendre le langage utilisé par les patients, les difficultés linguistiques régionales.
4. Inclure dans la formation des STAGES PRECOCES et VARIES incluant des stages dans les cabinets des généralistes, dans des services infirmiers, des stages de secourisme, des stages d'urgentologie avec implication des généralistes à tous les niveaux.
5. Diminuer les cours magistraux, les sciences fondamentales et favoriser l'intégration généralistes/spécialistes dans l'enseignement. Eviter des cours sur des sujets non pertinents pour le généraliste (ex : les techniques hyper spécialisées)
6. Intégrer dans l'enseignement les lignes directrices (guidelines) et les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication). Favoriser l'implication de l'étudiant dans la recherche individuelle d'informations et plus encore dans la recherche collective par des travaux en groupe.
7. Renforcer la place de la prévention dans la formation de base.
8. Revoir la place de la thèse et de l'évaluation.
9. Envisager une formation décentralisée tenant compte des spécificités culturelles et en créant des antennes locales de formation spécifique.
10. Favoriser l'apprentissage des langues.

Les participants recommandent la création au sein des facultés de médecine de cellules de médecine générale qui seraient composées d'enseignants, de représentants des ministères de tutelle et de médecins généralistes privés et publics; et qui seraient chargées d'adapter le cursus des futurs généralistes, et de veiller à leur encadrement tout au long de la formation.

#### Atelier III

**Objectif : définir les caractéristiques et le contenu de la formation médicale continue en médecine générale**

Les participants ont d'abord reconnu la nécessité absolue d'une mise à jour des connaissances, et de leur adaptation au contexte marocain .moyen indispensable de revaloriser le statut du médecin généraliste et la perception de celui-ci dans le système de santé marocain.

Ils ont rappelé la nécessité de disposer d'une revue professionnelle de qualité !

Ils ont défini à l'unanimité les caractéristiques essentielles de cette formation :

**“ Une formation décentralisée, accessible, autogérée "à la carte" adaptée, gratuite, sous le contrôle d'une Agence Nationale de Formation Continue ”**

1. Décentralisée et organisée sur une base locale avec la mise en place de petits groupes de formation (peer review groups, ou groupes de pairs)

2. Accessible, interactive et souple, en tenant compte des disponibilités des médecins généralistes .
3. Auto gérée par les généralistes et contrôlée par eux, elle devrait être centrée sur les pathologies les plus fréquentes rencontrées par la profession et favoriser les aspects pratiques. Elle doit tenir compte des besoins des médecins (formation à la carte)
4. Gratuite ou financée par une participation symbolique assurant la présence des participants et tenant compte du fait qu'il s'agit d'un temps professionnel. A ce sujet, l'implication des firmes pharmaceutiques a été évoquée en insistant lourdement sur l'indépendance du contenu pour l'enseignement délivré.
5. Préservant le libre choix des thèmes par les praticiens.
6. Réalisée prioritairement avec les praticiens de terrain.
7. Coiffée par une agence nationale de la formation continue, une "task force" comprenant la Fédération des médecins généralistes (avec des représentants des différentes provinces), les Universités et le Ministère. Elle pourrait comporter également des représentants de l'Ordre des médecins. Cet organisme devrait assurer la pérennité de cette formation.
8. Reconnaître les formations personnelles que sont la lecture et l'utilisation des NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication). L'accès aux NTIC et à l'outil informatique qu'est l'ordinateur est une priorité pour les participants.

La question difficile de la certification a été discutée longuement.

Les questions suivantes ont été évoquées :

- Quelle reconnaissance pour les généralistes qui suivent une formation continue ?
- Une formation continue obligatoire ? Comment contrôler les présences ?
- Quelle fréquence ?
- Quelle indépendance par rapport aux firmes pharmaceutiques ?

- Quel label de qualité pour les formations et délivré par qui ?
- Quelle évaluation ?
- Quel impact sur la qualité des soins ?

Si les participants reconnaissent la nécessité d'une "reconnaissance" de leur formation médicale continue, outil essentiel pour leur image de marque comme intervenants privilégiés dans le système de santé marocain, ils insistent sur la nécessité de l'organiser sur une base régionale, et de prévoir un système de financement adéquat (accessibilité à tous)

Les participants ont proposé deux types de formation continue :

- a. Une formation par groupe de pairs sur une base locale et continue.
- b. Une formation ponctuelle sur des problèmes spécifiques organisée sur une base loco-régionale ou nationale. La participation des généralistes aux congrès nationaux devrait être encouragée et des ateliers spécifiques proposés à ces occasions.

Ils ont proposé les contenus suivants comme étant prioritaires pour la formation médicale continue :

1. Le dossier médical standardisé.
2. Des ateliers en communication.
3. La participation aux travaux du ministère de la santé, aux enquêtes réalisées à son initiative, aux stratégies diagnostiques et thérapeutiques, aux programmes de dépistage et de vaccination.
4. Des ateliers de prise en charge de pathologies spécifiques (ex : l'hypertension) avec comme but de pratiquer une médecine basée sur les standards actuels (guidelines) et de l'adapter aux moyens disponibles dans le pays. Il s'agit d'améliorer la compétence et en corollaire la crédibilité des médecins généralistes.
5. Des formations en épidémiologie et en économie de la santé.

En conclusion, les généralistes ont abordés la mise en place de la formation continue pour réaliser les contenus évoqués. Elle nécessite :

1. Une structure adaptée.
2. Un contenu spécifique.
3. Des moyens pour la mettre en place.

### Conclusions de l'atelier de Marrakech

Le " groupe de Marrakech " a réuni à l'initiative de la F NAMGPM et de son Président le Docteur R. Choukri des responsables généralistes des différentes provinces du pays pour définir le paysage de la médecine générale/de famille dans le contexte du Maroc.

Quatre priorités semblent se dégager des débats très animés et particulièrement pertinents pour le futur de la profession.

1. L'accessibilité de la population dans son ensemble est une priorité du pays et la mise en place de l'AMO est une opportunité quasi historique pour la médecine générale d'occuper la place qui lui revient dans les soins médicaux de base. En agissant comme " premier échelon " reconnu dans la plupart des pays occidentaux comme indispensable pour des soins efficaces et centrés sur le patient, la médecine générale marocaine peut alors jouer un rôle de premier plan dans la qualité des soins délivrés à la population.

2. La démarche structurelle engagée par la F NAMGPM est une étape essentielle de la reconnaissance de la profession en créant les conditions nécessaires pour un dialogue fructueux avec les interlocuteurs concernés. La qualité et la représentativité des interlocuteurs présents à Marrakech est un atout essentiel dans la démarche initiée.

**“ Nécessité d'un dialogue accru, et responsable entre généralistes des secteurs privé et public ”**

3. La dynamique instaurée nécessite de toute évidence un dialogue accru et responsable à l'intérieur de la première ligne et particulièrement entre généralistes du secteur privé et du secteur public. Ce dialogue est une étape essentielle pour une répartition des tâches qui tienne compte de la carte

sanitaire du pays et des possibilités de réponse aux demandes des patients. Ce dialogue constitue la base de la mise en place de pratiques de groupe adaptées.

4. L'instauration prioritaire d'une formation médicale continue adaptée aux besoins des praticiens et organisée sur une base locale est un défi passionnant. La mise en place d'un dossier médical de base standardisé constitue une étape essentielle dans la démarche de qualité des soins souhaitée par la profession et attendue par l'ensemble des acteurs concernés.

A l'issue de cet atelier ,le Président de la Fédération a tenu à remercier les participants pour la qualité et la pertinence de leurs interventions .

Les recommandations de cet atelier a-il ajouté serviront de " guide-lines "pour tout travail ultérieur de plaidoyer pour le repositionnement du médecin généraliste sinon en médecin de famille, tout au moins en médecin généraliste capable de proposer à une population aux besoins grandissants et aux moyens limités, une médecine de qualité à visage humain à un coût raisonnable.

"Au cours de ces deux journées, nous avons essayé de construire une vision de la médecine , de la formation médicale.

Nous avons ébauché le profil du médecin généraliste de demain, celui de la Faculté de Médecine de demain, pour un Maroc en profonde mutation.

Pendant ces deux journées nous avons jeté ensemble un regard sur l'avenir.

En dépit des obstacles, la Fédération promet de s'investir et de persévérer dans cette recherche jusqu'à ce que ce rêve devienne réalité ".



## UNE EXPÉRIENCE À MÉDITER

Dr. A. CHIEB

Il était une fois deux associations de médecins généralistes marocains.

1 - l'association des médecins généralistes privés du Gharb que nous appellerons AMGPG et,

2 - la société marocaine de développement de la médecine de famille, que nous appellerons SMDMF. La première était intéressée par une certaine expérience de la seconde.

La seconde avait fait cette expérience et créé le premier groupe de pairs marocain.

Les deux associations ont décidé de collaborer.

Elles ont organisé un petit week-end de travail pour une quinzaine de médecins. Il a été question de la démarche qualité dans la prestation de soins en médecine générale et de l'expérience des groupes de pairs.

Les représentants de la SMDMF se sont chargés de l'initiation de leurs collègues de Kénitra à ce concept simple qu'est la qualité dans le travail du médecin.

### De quoi s'agit-il ?

L'objectif était d'abord de faire prendre conscience aux participants que les difficultés d'exercice de la médecine générale se répartissaient en deux catégories :

- une catégorie qui relève de l'institutionnel et contre laquelle nous ne pouvons pas grand chose,
- et une catégorie qui relève de notre façon de pratiquer

la médecine et sur laquelle nous pouvons agir.

Les maîtres mots étaient le dossier médical standardisé (DMS) et les groupes de pairs.

Le but du DMS est d'harmoniser la manière dont les médecins généralistes recueillent les données du malade et de sa maladie. Cela permet :

- D'être systématique dans le recueil des données (ATCD, statut vaccinal, génétique, vie génitale, allergies, etc.)
- De ne rien oublier, ce qui évite "les rendez-vous manqués" car toute consultation est une occasion de vérifier l'état vaccinal d'un enfant, la contraception chez la femme, etc..
- D'avoir un document qui permet le suivi du patient, l'échange des données entre médecins, et pourquoi pas de faire des études à grande échelle.

Ce document servira en outre de base de discussion dans les groupes de pairs.

Les groupes de pairs est une idée simple, si simple que chacun peut prétendre l'avoir déjà "inventée", et pourtant ... ! Il s'agit de créer un groupe d'une dizaine de médecins (ou de plombiers!) qui ont le même statut professionnel, qui exercent dans les mêmes conditions, de préférence dans la même région. Ces personnes se réunissent régulièrement (une fois par mois ?) pour débattre entre eux de leur pratique quotidienne sans leader, sans "témoins" (professeurs ou autres) et sans repas.

Ceci permet la circulation de la parole entre les participants qui n'ont pas peur d'être jugés, critiqués. C'est à partir du savoir-faire de chacun que la transmission du savoir s'effectue.

La méthode a déjà fait ses preuves dans les pays anglosaxons d'abord (peer groups), puis en France, sous l'égide de la Société Française de Médecine Générale (SFMG).

Les réunions s'articulent autour de 3 points :

1- Etude de cas (cas choisi au hasard, par exemple le 3ème consultant du dernier mardi) : les participants posent les questions nécessaires, discutent la démarche du confrère et terminent par un consensus et des recommandations valables pour leur pratique quotidienne.

2- Evaluation du circuit de soins (relations avec l'hôpital, les spécialistes, à qui adresser quoi ... etc.)

3- Thème choisi librement par les participants (un cas intéressant, un problème juridique, une publication récente etc.)

Les présentations se font à tour de rôle. A chaque séance, un médecin présente le cas, un autre fait le secrétaire de séance. Les débats sont consignés dans un compte rendu qui sera distribué aux participants lors de la séance suivante. Il est conseillé de sortir avec des recommandations pour l'exercice après chaque séance.

Cette session a été suivie par la formation du premier groupe de pairs de Kénitra qui fonctionne actuellement avec 8 médecins motivés.

# A T T A B I B

Association des Médecins Généralistes Privés de Rabat

O r g a n i s e

Du 29 Mai au 02 Juin 2000

## LE PREMIER SEMINAIRE EN URGENTOLOGIE PRE HOSPITALIERE

Animé par l'équipe d'Urgentologie du SAMU du CHG de Nevers France

### "LE GESTE QUI SAUVE"

Sous le Patronage de Monsieur le Ministre de la Santé et de Monsieur le Ministre de l'Enseignement Supérieur de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique



"Les moments favorables pour intervenir passent promptement et la mort survient si on a trop différé"

(Hippocrate)

Porter secours à autrui consiste à soustraire une victime à toute cause environnante menaçant sa vie; et par extension on comprend dans le secours les gestes élémentaires permettant de sauvegarder la vie dans l'attente de véritables soins médicaux.

Dès que possible, et jusqu'à l'hospitalisation, les soins médicaux d'urgence pré hospitaliers ont pour but de ramener dans les meilleurs délais, par des traitements médicaux appropriés, les paramètres physiologiques vers des valeurs proches de l'homéostasie, et à défaut vers des valeurs compatibles avec la vie jusqu'au relais de prise en charge par des équipes médicales hospitalières prévues à cet effet.

Partout à travers le monde, ce rôle initial est dévolu aux "médecins de l'avant" que sont les médecins généralistes, et qui constituent le premier maillon de la chaîne des secours.

Il nous a donc semblé opportun, à l'heure où partout à travers le monde le profil du médecin généraliste a été "relooké" afin de lui permettre de se reconverter en médecin opérant, capable de répondre aux attentes d'une population de plus en plus exigeante par le biais de l'apprentissage, de lui proposer une formation pratique qui le revaloriserait sûrement aux yeux de cette population qu'il a le devoir de secourir.

Nos confrères français du SAMU de Nevers, animés par le simple désir de développer des liens d'amitié, de confraternité avec leurs homologues

marocains" (Dr. A. Chantegret) sont venus dispenser cette formation à titre gracieux, avec tout le matériel de simulation et de démonstration, et initier les praticiens marocains aux gestes qui sauvent et ce pendant cinq jours.

Au total :

17 cours didactiques répartis sur cinq matinées.

- Transports médicalisés
- Douleurs thoraciques
  - HTA - OAP - Malaises
  - Arrêt cardio-respiratoire
  - Prise en charge du trauma crânien
- Choc anaphylactique
- Troubles du rythme cardiaque
  - Le polytraumatisme
- Urgences pédiatriques
  - Intoxication aiguë
- Electrifications
  - Noyades et coup de chaleur
  - Asthme aigu grave
  - Trousse d'urgence.

5 ateliers pratiques par après-midi répétés pendant les cinq jours du séminaire:

- Ventilation
- Massage cardiaque externe
- Voies d'abord
- Rythmologie
- Contention et ramassage

Parallèlement à cet enseignement pratique dispensé par nos confrères français, un groupe d'enseignants universitaires nationaux et de spécialistes du secteur privé (une quarantaine), sont venus nous apporter leur appui en organisant des ateliers du soir (six ateliers répétés par soirée) :

- Lecture d'ECG
- Urgences en traumatologie
- Urgences cardiologiques
- Urgences radiologiques et échographiques
- Urgences viscérales
- Urgences vasculaires
- Urgences en gastro-entérologie
- Urgences ophtalmologiques
- Urgences néo-natales
- Urgences psychiatriques
- Urgences obstétricales
- Urgences dermatologiques.

Cette manifestation qui s'insère dans le cadre du programme de formation médicale continue de l'association "Attabib", aura contribué à initier près de soixante dix médecins généralistes privés venus des quatre coins du royaume (Marrakech, Laayoune, Nador, Setrou, Tanger) à l'amélioration de la prise en charge du citoyen dans des situations d'urgence, avec les moyens de bord notamment dans les zones rurales; et avec les moyens sophistiqués lorsqu'ils sont à la disposition du praticien.

Dr. R.CHOUKRI

## Y'A-T-IL UN MEDECIN DANS MON QUARTIER ?

*Plaidoyer pour un logo visible du Médecin Généraliste*

Dr. T. BOUHMIDI



Le public est toujours heureux de voir la "balise" qui lui permet de trouver ce qu'il cherche : une PHARMACIE, un BUREAU DE TABAC, une BANQUE etc.

Qu'à cela ne tienne !

Force est de constater que le cabinet du MEDECIN GENERALISTE est devenu invisible à l'œil nu.

Le projet d'un LOGO NATIONAL UNIQUE de signalisation du cabinet de médecine générale est apparu indispensable pour imprégner la conscience collective de la patientèle au Maroc; sans déroger à l'éthique médicale !



Le projet a été proposé au Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins lors d'une réunion informelle avec le Président de la FNAMEGPM, en présence du Secrétaire Général du CNOM en Juillet 2000. Le Président du CNOM l'a approuvé, et nous a encouragé à commencer le travail qui vous est présenté dans cette page.

A la Fédération, nous avons conçu, puis réalisé, et enfin concrétisé le projet par la fixation du LOGO lumineux en double face sur la façade de l'immeuble du médecin généraliste qui a bien voulu enclencher ce processus de signalisation uniforme de la médecine générale au Maroc.



Aperçu du logo du Médecin Généraliste dans le paysage des signalisations

## L'AMO : QUELS GARDE-FOUS ?



Dr. A. CHIHEB

Au moment où l'on reparle de ce bon vieux projet d'assurance maladie obligatoire (AMO) qui sous-tend équité et solidarité, et dont le financement reste encore un casse-tête pour ses concepteurs, il serait bon de se pencher un peu sur le paysage sanitaire actuel. Car, c'est dans ce paysage que va se développer (ou avorter) cette entreprise ambitieuse qu'on attendait tant !

L'usager du système de soins d'aujourd'hui (le patient, citoyen malade) n'a pas beaucoup le choix : ou bien il met la main à la poche et il s'adresse naturellement à la médecine libérale dont il choisit librement la "porte d'entrée", ou bien il est indigent et il n'a d'autre choix que de s'adresser aux structures de la santé publique. Dans la dernière hypothèse, le patient est tenu de passer par la porte du système, lequel est "hiérarchisé" (en théorie) : il passe du dispensaire au centre de santé, et de celui-ci au centre de diagnostic régional ; et en cas de besoin, il est adressé au centre de diagnostic national.

Cette organisation a été conçue pour "trier" les malades et les maladies, ce qui permettait de résoudre la majorité des problèmes dans les structures les plus nombreuses et les plus accessibles (les dispensaires et les centres de santé) et de soulager les centres de diagnostic. Ceux-ci, peu nombreux sont sensés être mieux équipés pour faire face aux problèmes compliqués. Ce système est toujours (théoriquement) appliqué dans les structures de la santé publique, bien que le manque de rigueur, le clientélisme et d'autres maux encore, aient fini par avoir raison de son applicabilité, et l'on assiste actuellement à la "dispensarisation" des plus grands centres de diagnostics et autres services universitaires du pays.

Cette situation perdurera-t-elle une fois l'AMO avec sa composante d'assistance médicale mise en place ? Ce serait ruiner les caisses !

### Qu'en est-il de la médecine privée ?

Le malade qui met la main à la poche a théoriquement le droit de s'adresser à qui il veut pour ses besoins en matière de santé. Rien ne l'oblige à "se faire trier". Il est libre de se faire hospitaliser dix jours dans une clinique pour une angine s'il le désire ! Il peut aussi demander à ce qu'on vérifie toutes ses coronaires à la moindre "palpitation", ou encore de "s'offrir" un scanner à la moindre céphalée etc. Mais si ce patient devait se faire rembourser ses frais par une mutuelle ou une assurance, et si les mutualistes se mettaient tous à raisonner comme lui, cette mutuelle ne vivrait pas longtemps. C'est dire la nécessité d'éduquer le citoyen à l'utilisation rationnelle des moyens qui sont mis à sa disposition, et de mettre en place les garde-fous nécessaires pour la viabilité de cette "couverture médicale de base" qui a longtemps hésité à voir le jour faute d'un financement adéquat !

Tout déséquilibre entre l'offre et la demande risque de compromettre la viabilité du système.

Cette problématique a été vécue par tous les pays développés. Et partout dans ces pays, on a privilégié le rôle régulateur de la médecine générale.

Certains pays comme la Grande Bretagne ou les Pays Bas sont même allés jusqu'à imposer le passage obligé par le généraliste pour demande de soins.

Dans d'autres pays comme la Suisse, les spécialistes refusent de voir le malade s'il ne passe pas par un "médecin traitant" qui tient un dossier complet du malade et facilite le travail du spécialiste, reconnaissance suprême du rôle primordial de ce médecin de première ligne !

Et enfin, la France, dont nous avons beaucoup hérité, se débat depuis des années pour sortir d'un déficit considérable de sa sécurité sociale, engendré par l'utilisation abusive des moyens disponibles. Actuellement en France, on essaie par tous les moyens d'encourager les citoyens à revenir à leurs "bons vieux médecins de famille".

### Qu'avons-nous donc préparé pour "accueillir" ce nouveau venu qu'est l'AMO ?

A-t-on prévu une "hiérarchisation" des soins telle qu'elle existe dans la santé publique ? A-t-on préparé des campagnes de sensibilisation du citoyen à l'utilisation rationnelle des moyens mis à sa disposition ?

Nos généralistes sont-ils prêts à jouer le rôle de médecins de famille capables de résoudre la majorité des problèmes de soins comme le font leurs confrères nord américains ou européens ?

Nos spécialistes sont-ils prêts à abandonner la pratique de la médecine générale pour se consacrer à leurs spécialités ?

Autant de questions auxquelles il faudra un jour ou l'autre trouver des réponses.

La Fédération des Associations des Médecins Généralistes Privés du Maroc, consciente des enjeux actuels est persuadée que la survie de l'AMO dépend d'une bonne rationalisation des soins, et que celle-ci dépend essentiellement de la place qui sera réservée à la médecine de première ligne. Seul un médecin généraliste compétent, dispensant une médecine de qualité à moindre coût, bien intégré dans un paysage sanitaire cohérent, peut être le "sésame" d'un système de santé efficace. Or, il faut reconnaître que l'image de marque de ce dernier s'est un peu dégradée ces dernières années et que le public a de plus en plus tendance (du moins dans les grands centres urbains) à se diriger vers la médecine spécialisée, et pour les plus zélés, directement vers les "grands professeurs" dont certains perdent actuellement leur temps à soigner des petits "bobos".

“ Il est donc urgent de remettre de l'ordre dans notre système de santé pour tirer le meilleur profit de la généralisation de l'assurance maladie... ”

## PROSALUD (BOLIVIE)

Une expérience de santé privée au service du public rapportée d'un voyage d'études en Amérique

Dr. R. CHOUKRI

*La Bolivie est le pays le plus pauvre d'Amérique latine, avec 8 millions d'habitants, organisé en 9 provinces ou "gouvernements généraux".*

*Il compte "paradoxalement" 12000 médecins dont 30% de femmes, formés dans 8 Facultés de médecine (3 publiques – 5 privées)*

*Avant 1985 la Bolivie vivait sous une dictature militaire avec toutes les conséquences classiques des régimes dictatoriaux tant sur le plan économique que social. La santé publique en était arrivée à faire payer aux citoyens démunis certains soins de santé de base.*

*A partir de 1985, avec la démocratisation du pays, on a assisté à l'émergence d'une économie de marché, à la modernisation du secteur social; et de nouveaux mécanismes pour le financement de la santé commencèrent progressivement à voir le jour.*

*L'initiative privée profita de la libéralisation de l'économie pour se développer, et on vit fleurir des centaines d'associations non gouvernementales opérant dans le secteur social.*



Le Médecin Généraliste "Chef du Centre de santé" en tournée

C'est dans ce contexte qu'est née "Prosalud", une organisation non gouvernementale privée, actuellement reconnue d'utilité publique. Cette organisation a été imaginée pour répondre aux besoins en soins de santé de base. C'est un modèle alliant harmonieusement l'aspect lucratif au social.

Cette institution est née des efforts conjugués :

- De médecins boliviens réduits au chômage par la faillite du système de santé
- d'agences telles l'USAID, MSH
- du secteur public (Santé Publique, Sécurité Sociale, gouvernements provinciaux, Fonds d'investissement Social)
- d'organisations locales (ONG)

L'objectif de "Prosalud" était d'offrir à la population des services de santé de qualité adaptés à ses conditions socio-économiques, et basés sur les valeurs suivantes :

- Participation
- Respect
- Organisation
- Solidarité
- Autonomie
- Légalité
- Unité
- Discipline

Les principales activités de "Prosalud" sont :

- La dispense de soins de santé
  - Le marketing social de produits (préservatifs, contraceptifs oraux et injectables, multivitamines, lunettes de vue, appareils orthopédiques)
  - La formation pour les professionnels et les membres de la communauté
  - La recherche opérationnelle en marketing épidémiologique
  - L'assistance technique
- "Prosalud" est organisée en un vaste réseau comprenant 32 "Centres de santé" répartis à travers le pays, 1 centre de promotion de la santé de l'enfant et 1 clinique "Prosalud".





Il faut préciser que tous les médecins sont des médecins privés installés en cabinet de ville.

Une telle organisation permet à la fois d'offrir à la population cible des prestations de qualité à un prix abordable (les praticiens qui y effectuent leur "TPA" pratiquent des honoraires de l'ordre du tiers de ceux pratiqués dans leurs cabinets) ; et aux praticiens une ambiance favorable à une formation médicale continue, avec la possibilité de recrutement de patients pour leurs cabinets. Le personnel para-médical pour sa part bénéficie de promotions liées à la rentabilité.

#### Sur le plan financier :

- Les services curatifs payants compensent les services préventifs gratuits.
- Les centres de santé générant un surplus compensent les centres déficitaires.
- Les usagers ayant les moyens de payer compensent ceux qui n'en ont pas (9 à 12%)

"Prosalud" propose une vaste gamme de services répartis en :

#### Services Payants :

- Consultations
- Accouchements
- Soins dentaires curatifs
- Médicaments essentiels
- Frottis
- Planning familial
- Laboratoire
- Soins infirmiers
- Services d'Urgence 24h/24h.

#### Services gratuits (d'appel)

- Consultations prénatales
- Consultations du Post-Partum
- Vaccination
- Promotion de la santé de l'enfant
- Education sanitaire
- Traitement de la Tuberculose
- Traitement du Paludisme
- Sels de Réhydratation Orale
- Soins dentaires préventifs
- Santé visuelle+lunettes.

Pour conclure, nous pouvons dire que "Prosalud" est un système offrant une médecine de famille de très bon niveau à un prix abordable pour la communauté, et que ses activités s'intègrent parfaitement dans la politique de santé communautaire.

Ses centres de santé ("one stop shopping") fonctionnent sur le modèle de cabinet de groupe où le médecin généraliste, véritable "leader", est valorisé.

Cette expérience originale d'un pays des plus pauvres du tiers monde est une bonne expérience de dépassement des difficultés de financement de la santé. C'est un modèle à méditer !

Elle a démarré avec un seul centre. Aujourd'hui, elle utilise les services de 583 personnes pour la prise en charge d'une population de 500.000 âmes.

Les centres de santé "Prosalud" fonctionnent selon le schéma suivant :

- Une "équipe" de 8 personnes
  - 1 Réceptionniste : Accueil, orientation, vente de médicaments.
  - 1 Infirmière diplômée : gestion et soins.
  - 3 Infirmières auxiliaires.
  - 1 AssistanTe de promotion.
  - 1 Femme de ménage.
  - 1 Médecin Généraliste : gestion, consultations et gardes.
- 2 Médecins généralistes de garde : Salariés en semaine. Au risque partagé le week-end.
- 6 Médecins Spécialistes au risque partagé :
  - Gynécologue
  - Traumatologue
  - Ophtalmologue
  - Cardiologue
  - Urologue
  - Interniste
- 1 Laborantin
- 1 Technicien échographie-radiologie : au risque partagé
- 1 Chirurgien Dentiste : au risque partagé



Un Centre "PROSALUD" De la paz

## LE PROJET DE REPOSITIONNEMENT DU MEDECIN GENERALISTE EN MEDECIN DE FAMILLE UN CHOIX HAUTEMENT POLITIQUE

Dr. A. CHIHEB - Dr. R. CHOUKRI

Le souci d'équité devant la maladie a conduit les décideurs de nombreux pays (USA, Canada, France...) et l'OMS à développer des systèmes de santé basés sur un plus grand accès aux soins de santé de base.

La porte d'entrée logique d'un tel système ne pouvait être qu'un médecin polyvalent pouvant faire face aux situations les plus diverses et capable de fournir des prestations de qualité à prix convenable. Ce rôle, longtemps dévolu au médecin généraliste avait besoin d'être restructuré et redéfini afin de répondre aux exigences à la fois du progrès et de la demande de la population.

C'est ainsi qu'est née la notion de médecine de famille.

Au Maroc, l'analyse du système de santé actuel révèle que l'accès aux soins de santé de base de l'ensemble de la population est loin d'être acquis. Pourtant, avec les six mille médecins généralistes (privés et public), la couverture sanitaire de la population devrait en principe être assurée.

Face à ce constat, CMS (agence exécutive de l'USAID), en accord avec la Fédération, et avec l'appui du ministère de la santé se propose de mener parallèlement trois activités visant au repositionnement du médecin généraliste. Le but serait de requalifier celui-ci en médecin de famille en :

- 1- Définissant le cadre optimal pour l'exercice en cabinet de groupes de la médecine de famille,
- 2- Elaborant un cursus de formation médicale en santé de famille, incluant la santé infantile et reproductive,
- 3- Mettant en place une stratégie d'assurance qualité (amélioration de la performance des médecins aboutissant à une meilleure qualité des soins).

Le suivi de ces différentes actions est confié à une commission où siègent des représentants du ministère de la santé, du Conseil National de l'Ordre des médecins, de l'Université, de la Fédération, de CMS et de l'USAID.

### I – ETUDE DE LA FAISABILITE ET DE LA PROMOTION DES CABINETS DE GROUPE EN MEDECINE DE FAMILLE :

Cette étude juridique doit pouvoir aboutir à la définition du cadre juridique optimal pour l'exercice en cabinet de groupe.

Parallèlement, un long travail de sensibilisation est nécessaire pour convaincre les décideurs !

#### A – Objectifs et différentes parties de cette étude :

Ils sont au nombre de trois :

- Analyse des obstacles au développement des cabinets de groupe ainsi que des raisons de réussite et d'échec de ces cabinets,
- Elaboration d'un règlement intérieur fixant les modalités pratiques de fonctionnement des cabinets de groupe.
- Exposé des instruments qui permettront l'élaboration d'une stratégie de promotion des prestataires et des services privés.

Les facettes de cette étude sont d'ordre juridique, financier, fiscal, technique et professionnel.

#### B – Résultats et modèles retenus :

A l'issue de cette étude, trois projets d'acte de société ou d'association de médecins ont été retenus :

- 1- La Société Civile "Professionnelle" (SCP) de médecins qui propose des statuts types d'une société civile pour la mise en commun des moyens avec mise en commun des honoraires
- 2- La Société Civile "de Moyens" (SCM) de médecins qui propose des statuts-type d'une société civile de médecins pour la mise en commun des moyens.
- 3- L'Association en Participation de médecins, ou contrat-type d'association en participation

(Dans le prochain numéro, nous détaillerons avec l'aide d'un spécialiste en droit des contrats ces différentes formes d'association).

### II – LA REVALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE : UN IMPERATIF POUR LA PROMOTION DE LA SANTE AU MAROC

Il y a quelques années suite à la signature d'un protocole d'accord entre l'USAID et le Ministère de la Santé, il a été décidé d'impliquer le secteur privé et notamment les généralistes dans la promotion de la santé reproductive. Près de 900 médecins généralistes ont ainsi été formés aux techniques de contraception, principalement à la pose de DIU. Il semble que l'impact de cette formation ait été fort limité.

L'analyse de la situation qui s'en est suivie a identifié un certain nombre d'obstacles. Parmi ceux-ci, il y a une réalité amère : la demande de soins en médecine générale privée va en diminuant. Le médecin généraliste est souvent perçu par la population comme un dispensateur de soins peu compétent, peu fiable, et offrant un éventail limité de services de santé". Ce constat rejoint le sentiment général partagé par les généralistes eux-mêmes qui voient leurs conditions matérielles se dégrader progressivement.

La SMSM a organisé deux congrès dédiés à la médecine générale avec le soutien du Ministère de la santé et de l'USAID et une large participation des généralistes.

Les conclusions de ces deux congrès et des différentes rencontres qui ont suivi sont claires : pour regagner la confiance de la population, il est nécessaire de "favoriser une mise à niveau des médecins généralistes actuels en médecins de famille correspondant à un standard similaire à celui des généralistes de France, du Royaume Uni, du Canada, des USA, etc..".

Ce "label" de "médecin de famille" sanctionnerait une formation appropriée et contrôlée (par l'Etat ou autre ?) et garantirait au citoyen une même qualité de service.

Autrement dit, les médecins de famille auront une compétence

sensiblement égale à travers tout le pays, et seraient en mesure de fournir un certain nombre de services de soins dits "de base" clairement identifiés par la société.

CMS (Commercial Market Strategies) agence exécutrice de l'USAID, a confié l'étude de faisabilité de ce projet à un consultant canadien, le Dr. Bernard Millette, professeur de médecine de famille à l'Université de Montréal. Les conclusions de ce dernier, consignées dans un rapport de 25 pages se résument comme suit :

- 1 - Le projet de valorisation de la médecine de famille est pertinent et s'inscrit dans les tendances internationales.
- 2 - Mais, le moyen mis en avant par CMS, à savoir l'élaboration d'un cursus de FMC risque d'être inefficace dans le contexte actuel si certaines conditions préalables ne sont pas remplies.

La formation continue seule est insuffisante

Le Professeur Millette explique qu'il lui est "difficile d'identifier actuellement les incitatifs significatifs" qui motiveraient les médecins généralistes à suivre une formation en médecine de famille.

A ceux qui veulent comparer cette formation avec celles (payantes) suivies par des généralistes, comme l'échographie, la médecine de travail ; il fait remarquer que dans ces derniers cas "le potentiel de gain était plus concret (revenus supplémentaires, augmentation du prestige, accroissement de la clientèle, chance d'emploi dans une entreprise ...)".

De plus, il estime que "si l'on souhaite vraiment faire de ce vocable "médecin de famille" un symbole de qualité de niveau international, et par la suite protéger cette appellation, il est illusoire de croire à une solution "rapide et simple" comme la seule mise en place d'une formation continue".

Nécessité d'un programme à long terme dont les grands traits se résument à :

- Faire émerger un leadership en médecine de famille, crédible, compétent et dynamique,
- Définir des standards nationaux en médecine de famille, tant pour l'exercice que pour la formation,
- Mettre en place des mécanismes d'évaluation et de régulation,

- Développer la discipline universitaire de médecine de famille dans les facultés de médecine pour une meilleure adaptation de la formation en médecine générale,

- Améliorer les conditions d'exercice de la médecine de famille pour motiver les généralistes que l'on veut "convertir", et la rendre attrayante pour les étudiants en médecine.

Toutefois, "le changement ne saurait réussir que si les autres intervenants (gouvernement, universités, tiers-payant, ordre des médecins, sociétés savantes...) acceptent de vraiment valoriser le rôle des médecins généralistes, apportent leur support, collaborent ou, du moins ne font pas obstacle.

## Le Médecin Généraliste "Pivot" du Système de Santé

En clair, cette valorisation doit s'inscrire dans un projet plus large qui vise l'amélioration des services de santé de base où le généraliste occupe la place de médecin-pivot de première ligne.

Enfin, le produit fini (ici les services de médecine de famille) doit être "vendable" (donc de qualité) mais aussi et surtout, "achetable" par le public ciblé

(capacité de payer, éducation sanitaire de la population).

Le consultant canadien termine son rapport en suggérant les étapes à suivre au cours des prochaines années :

### Une formation à la carte

- 1/ Identifier les attentes marquées vis à vis des fonctions que devraient remplir les médecins généralistes et les stratégies à suivre.
- 2/ Définir les compétences requises des leaders en médecine de famille dans certains domaines et la stratégie de leur acquisition, en choisissant entre :
  - Un programme structuré incluant toutes les composantes, et
  - Un enseignement par modules selon les besoins et le choix des individus (formation à la carte).

C'est cette dernière option qui semble la mieux adaptée à la situation.

3/ Débuter les actions visant à valoriser la médecine de famille par :

- La mise en place d'une certification nationale,
- L'intégration de la médecine de famille dans les universités,
- L'implication dans le dossier de l'AMO,
- La stimulation de l'amélioration de l'exercice professionnel chez tous les médecins (rôle de l'ordre des médecins)

4/ Evaluer le profil actuel du médecin généraliste et son aptitude à agir comme médecin de famille.

Le rapport insiste sur le fait que cette revalorisation de la médecine générale en médecine de famille relève d'un choix hautement politique, et que sa mise en place

dépend d'une part de la volonté des décideurs et d'autre part de l'adhésion des premiers intéressés, c'est à dire des généralistes eux mêmes. Ces derniers devraient participer à toutes les étapes du processus.

En conclusion, tout dépend donc de l'existence ou non de cette volonté de changement chez les acteurs clés dans le domaine de la santé.

“ La valorisation du rôle des Médecins Généralistes est l'affaire de tous :

- Médecins Généralistes
- Gouvernement,
- Université,
- Tiers payant,
- Ordre des Médecins,
- Sociétés Savantes... ”

## LES INFECTIONS URINAIRES

Conférence donnée par le Pr. LOBEL, chef du service d'urologie  
au CHU de Rennes lors des IX<sup>èmes</sup> journées médico-chirurgicales du Gharb

Dr. A. CHIHEB

### L'infection urinaire se traite facilement par les antibiotiques, mais attention aux résistances !

Parler d'infection urinaire aujourd'hui peut paraître désuet parce que C'est une pathologie extrêmement banale ! C'est une pathologie qu'on sait traiter en "offrant" des antibiotiques.

C'est pourtant une pathologie qui en ce moment passionne les médias. Et si elle passionne les médias, cela incite à la méfiance !

Lu dans le journal Le Monde: "les antibiotiques sont moins actifs sur les infections. Ces molécules, pas toujours prescrites avec discernement, favorisent l'émergence de souches bactériennes résistantes aux traitements. L'industrie pharmaceutique a réduit ses efforts dans ce domaine".

A force d'abuser des antibiotiques (miracle du XX<sup>ème</sup> siècle) nous nous sommes retrouvés devant une situation assez dramatique, celle d'une montée considérable des résistances des germes aux antibiotiques. Les germes ont appris à résister. Ceux qui sont restés sont ceux qui ont appris à lutter, qui sont les mieux armés à résister aux antibiotiques. Et c'est là le problème !

Si le 20<sup>ème</sup> siècle a été celui du triomphe de l'antibiothérapie, le 21<sup>ème</sup> sera celui du désastre, de la résistance aux antibiotiques. Il est impératif donc d'en rationaliser l'utilisation pour limiter les dégâts !

### Il n'y a pas de nouvelles molécules efficaces :

Nous sommes donc en face d'un problème de résistance, mais aussi d'absence de nouvelles molécules efficaces. Car, pour trouver de nouvelles molécules, il faut énormément d'argent et d'efforts. Or, les firmes constatent que les antibiotiques ne "résistent" plus longtemps, ce qui n'est pas rentable!

Avant "la durée de vie" d'un antibiotique était suffisamment longue (25-30 ans), alors qu'aujourd'hui, l'antibiotique est rapidement galvaudé et devient inefficace.

Les firmes pharmaceutiques affirment qu'il est inutile de chercher de nouvelles molécules de plus en plus difficiles à trouver, et que maintenant, il faut que les professionnels de santé s'impliquent d'avantage dans la lutte contre les résistances "pour que les médicaments proposés soient efficaces plus longtemps".

### Résistances connues d'Escherechia Coli :

- Amoxicilline : 46%
- Cotrimoxazole : 22%
- Ciprofloxacine : 5% (un médicament fantastique qui était une véritable "bombe atomique" contre l'Escherechia Coli.
- Fosfomycine

(Etude faite sur 4000 prélèvements par 40 laboratoires d'analyse privés, c'est à dire des germes qu'on rencontre en pratique de ville et non pas à l'hôpital).

Au dernier congrès européen d'urologie, les confrères espagnols ont affirmé qu'en Espagne, il y avait jusqu'à 19% de résistance à la ciprofloxacine.

Donc, il est urgent que nous modifions notre attitude vis à vis des antibiotiques. Il faut que nous réfléchissions à une nouvelle politique de l'environnement, de "l'écologie bactérienne", comme nous le faisons pour l'environnement en général.

### Quelques données épidémiologiques (en France) :

- 10 à 30% des femmes font au moins une infection urinaire au cours leur vie. On dit la même chose chez les anglo-saxons
- Les infections urinaires basses sont 50X plus fréquentes chez la femme. Les hommes en font donc beaucoup moins.
- Pic entre 20 et 30ans. Il y a un deuxième pic après la ménopause

En pratique cela engendre (d'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie française):

- 2 millions de consultations par an
- 1 à 2% de l'activité d'un médecin généraliste

En France 90% de ces infections sont gérées par le médecin généraliste, et seuls quelques cas particuliers iront d'emblée chez le spécialiste, en particulier l'urologue !

## Qu'est ce qui a changé dans la conception des infections urinaires?

Aujourd'hui, on s'intéresse moins à la symptomatologie des infections urinaires qu'au fait de savoir s'il s'agit d'une infection urinaire simple ou compliquée..

qu'il s'agisse de cystite ou de pyélonéphrite, on parle d'infection urinaire simple quand il n'y a pas de facteurs de risque ; et d'infection urinaire compliquée quand il y a des facteurs de risque.

La prostatite est considérée comme infection urinaire compliquée.

Sans facteurs de risques, les infections urinaires sont dans l'ensemble très bénignes

Une infection urinaire, même si elle est bruyante sur le plan symptomatique, peut être traitée facilement.

## Qu'est ce que l'infection urinaire simple ?

C'est l'infection urinaire de la femme entre 15 et 65 ans, sans infection gynécologique et sans facteurs de risque.

- Avant 15 ans, c'est la pathologie de l'enfant. Il faut toujours se méfier et penser alors à la pathologie malformative
- Au-delà de 65 ans, il y a d'autres facteurs qui viennent s'ajouter : difficulté de se déplacer, sécheresse des muqueuses, atrophie vaginale, etc.
- Les facteurs de risque : hospitalisation récente (germes plus méchants), malformation connue, lithiase, résidu > 100cc, vessie neurologique, diabète, traitement immunosuppresseur, insuffisance rénale.

## Un exemple fréquent : LA CYSTITES

Tout état inflammatoire aigu ou chronique d'origine infectieuse atteignant la vessie, responsable de la triade classique :

- Brûlures mictionnelles
- Pollakiurie (ce qui est étonnant c'est que cette pollakiurie est essentiellement diurne et pas nocturne)
- Pyurie

L'hématurie existe volontiers dans 20% des cas.

La cystite est dite simple s'il n'y a pas de facteurs de risques.

Elle dite compliquée quand il y a des facteurs de risque, si elle est prolongée ou récidivante.

### 1- Cystite aiguë simple :

- Femme de 15 à 65 ans
- 1 à 4 épisodes par an
- en dehors de la grossesse
- en l'absence de facteurs de risque

L'Escherichia Coli est en cause dans 90% des cas. Donc, si on "tape" sur Escherichia Coli, 9 femmes sur 10 vont guérir.

Si on veut être en accord avec les recommandations faites par le comité d'inféctologie de l'association française d'urologie :

- **Le diagnostic** est suspecté sur la clinique (brûlures mictionnelles, pollakiurie, urines troubles, +/- hématurie terminale, absence de fièvre et de lombalgies)
- Affirmé par la bandelette multiréactive (leucocytes, nitrites). Négative, elle exclut le diagnostic.

Cette bandelette fait de l'économie de la santé sur une pathologie bénigne. Il y a peut être un manque à gagner pour les labos, mais c'est pour encadrer les autres pathologies de beaucoup plus d'examen.

Aucun examen d'imagerie n'est nécessaire.

- **Le traitement court** est instauré immédiatement : mono dose ou 3 jours
- règles hygiéno diététiques +/- antalgiques ou antispasmodiques si nécessaire.
- Est contre indiquée d'emblée l'association de 2 antibiotiques

Qu'on traite par traitement court (1à3 jours) ou par traitement long (7 jours), il a été prouvé que le résultat est le même en matière de stérilisation des urines. Par contre, le taux de germes résistants augmente avec la durée du traitement.

Les traitements proposés sont :

- Un jour de Ciprofloxacine 500mg, ou 3-4 jours de norfloxacine ou de Bactrim

**Explication :**

La Ciprofloxacine a de la rémanence (elle persiste dans les urines 2 ou 3 jours).

**Règles HD :**

boissons abondantes.

l'évolution est favorable en 24 à 72 heures, jugée par la patiente, sans qu'aucun contrôle clinique ou biologique ne soit nécessaire..

En cas d'échec (5à10%), ou persistance des troubles au delà de 3 jours :

- éliminer une mauvaise observance du traitement
- faire un ECBU et tout prélèvement utile..

Après guérison, trois situations différentes sont possibles :

- rechute : reprise des troubles en moins d'un mois (traitement inadéquat)
- réinfection: 4 épisodes par an, 80% à partir de la flore périnéale.
- récurrence (plus de 4 épisodes par an): cystite récidivante.

### 2- Cystite récidivante :

situation très contrariante pour les femmes.

Les étiologies sont :

- Hôte : diabète, immuno-dépression, corticoïdes.
- Appareil urinaire : stase, corps étranger, reflux, vessie neurologique
- Pratiques inadéquates : lavages vaginaux intempésts (hydrain) tampons vaginaux, hygiène périnéale déficiente, habitudes sociales.

L'hydralin, produit alcalin très utilisé par les femmes calme parfaitement les brûlures vaginales, mais perturbe de façon considérable la flore. Or, cette flore doit être respectée. Il faut avoir une hygiène suffisante, mais pas excessive.

Les tampons vaginaux d'une pratique courante peuvent être redoutables chez certaines patientes, du fait de la modification de la position du méat urethral ou tout simplement de l'intolérance de la patiente à cette méthode.

Le manque d'hygiène aussi peut être incriminé.

Il faut s'essuyer toujours d'avant en arrière et pas l'inverse pour ne pas ramener des germes de la marge anale vers le vagin.

Les habitudes sociales : les femmes n'aiment pas aller aux toilettes en dehors de chez elles. Quand elles travaillent, elles font pipi le matin et se retiennent autant qu'elles peuvent, pour certaines jusqu'au soir, ce qui fait parfois 10 heures sans uriner ! Le résultat est une distension progressive du réservoir vésical, qui va jusqu'à un litre chez certaines femmes, alors que la vessie est faite pour retenir environ 500cc chez la femme et 300 chez l'homme. Mais à force de se distendre, elle se vide moins bien et il y a toujours un résidu.

La deuxième notion importante est que le colibacille se multiplie toutes les 20 minutes. Si on démarre la journée un colibacille dans la vessie, on atteint le taux d'une véritable cystite au bout d'une dizaine d'heures.

### Quel bilan faire devant une cystite récidivante ?

- Bilan urologique à la recherche d'une malformation
- Bilan proctologique à la recherche d'une diarrhée profuse, d'hémorroïdes, ... etc.

- Bilan gynécologique car l'association infection urinaire – infection gynécologique est un élément extrêmement fréquent.

Le traitement des cystites récidivantes passe d'abord par le traitement de ces causes favorisantes. Mais, dans un certain nombre de cas, on ne trouve rien. Chez celles là, il faut penser à d'autres germes particuliers : gram + (strepto, staphylo..) mycoses.

Pour un certain nombre d'entre elles (environ 50% des cas), on est bien obligé de proposer un traitement prophylactique : Ciflox, Fosfomycine 1 à 2 fois par semaine pendant trois à six mois.

### 3- Chez la femme enceinte:

La bactériurie doit être recherchée systématiquement parce qu'elle survient chez 5% des femmes enceintes, et qu'il y a 25 % de risque de faire une pyélonéphrite aiguë.

Pour suivre ces femmes, on a recours aux bandelettes urinaires, et parfois aux ECBU.

Le traitement utilisera : amoxicilline + ou – acide clavulanique, les aminosides, la fosfomycine, et la nitrofurantoïne. Les quinolones sont contre-indiquées.

### INTERVENTIONS DE L'ASSISTANCE :

**Question :** Les américains, face au nombre très élevé d'infections urinaires (5 millions /an), se posent la question de trouver un vaccin contre E. Coli,

**Réponse :** il y'a tellement de sérotypes qu'il est très difficile de trouver un vaccin. Toutes les tentatives ont échoué.

**Q :** Comment la vessie se défend elle contre l'infection ?

**R :** Elle se défend de deux façons : par la miction (chasse d'eau) et par les cytokines. Les cellules de la muqueuse vésicale se comportent comme du "velcro", et les colibacilles ont des pillis qui accrochent. Donc, quand on n'a pas les moyens

de saturer tous les éléments du velcro (fatigue, affections intercurrentes etc.), les colibacilles s'accrochent. A ce propos, il y a un certain nombre de produits qui ont été essayés avec plus ou moins de succès tels que la canneberge (jus de canneberge très développé au Canada qui aurait un bon pouvoir de saturation de la muqueuse vésicale).

**Q :** Vu le nombre d'infections asymptomatiques chez le diabétique, est on en droit de traiter sans ECBU ? A quelles posologies ?

**R :** Normalement, une diabétique bien équilibrée ne doit être traitée que si elle fait une cystite aiguë. Si elle présente une bactériurie asymptomatique, les règles hygiéno-diététiques devraient suffire, et si au prochain contrôle, l'infection est toujours là, faire un CBU. Chez la diabétique mal équilibrée, chercher la cause du déséquilibre, qui est peut être la bactériurie asymptomatique. Là, on est obligé de chercher une raison à cette bactériurie et de la traiter de façon adéquate et prolongée.

Pour la posologie : si cystite symptomatique, monodose comme les autres malades.

Si cela ne marche pas, reconsidérer le problème.

**Q :** Certaines patientes sont traitées par des antiseptiques (nibiol) qui n'ont que des schémas longs. Peut on en réduire la durée ?

**R :** oui, on peut réduire à 4 – 5 jours. De même pour le Bactrim. Ces médicaments ne fonctionnent pas en monodose, ils ont une demi vie courte.

Le problème, c'est que les femmes arrêtent les médicaments dès qu'elles se sentent mieux.

**Q :** Que pensez vous du traitement par les aminosides ?

**R :** Dommage qu'il faille recourir à un traitement par voie parentérale quand un seul comprimé par voie orale peut suffire ! Mais, dans un contexte particulier avec ECBU et antibiogramme, pourquoi pas ?

# ANTHRAX

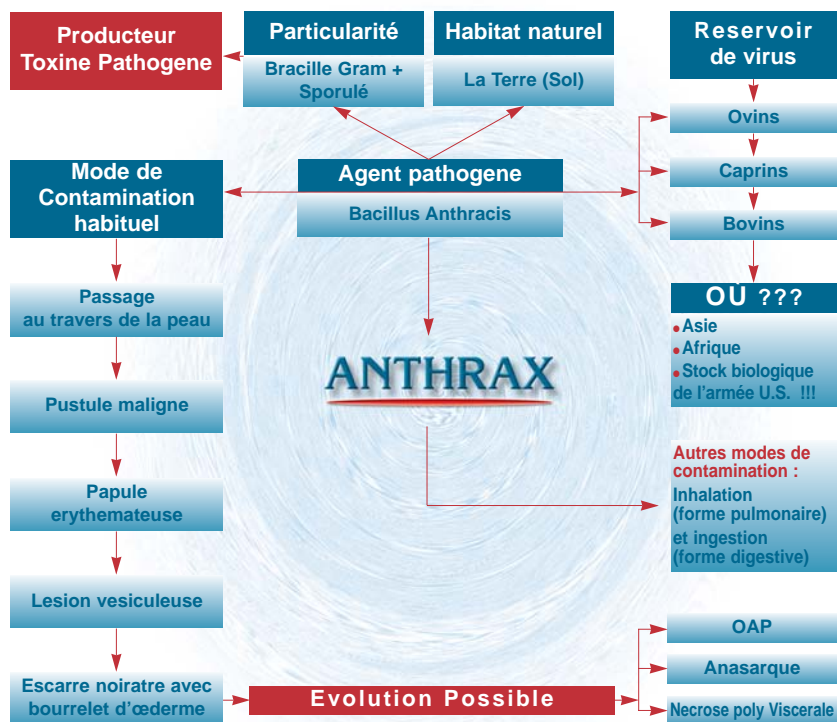
## ou Maladie du charbon



Dr. T. BOUHMI

Il est bien connu que le charbon noircit la face des mineurs de fond ; mais au cours de l'année écoulée, le bacille du charbon a été un des points noirs d'une période marquée par la poudre blanche. A propos, quelle est cette bactérie sporulée qui a donné un sang d'encre à bien des personnalités et qui a fait couler aussi beaucoup d'encre ?

En quelque traits de plume voici sa fiche signalétique !





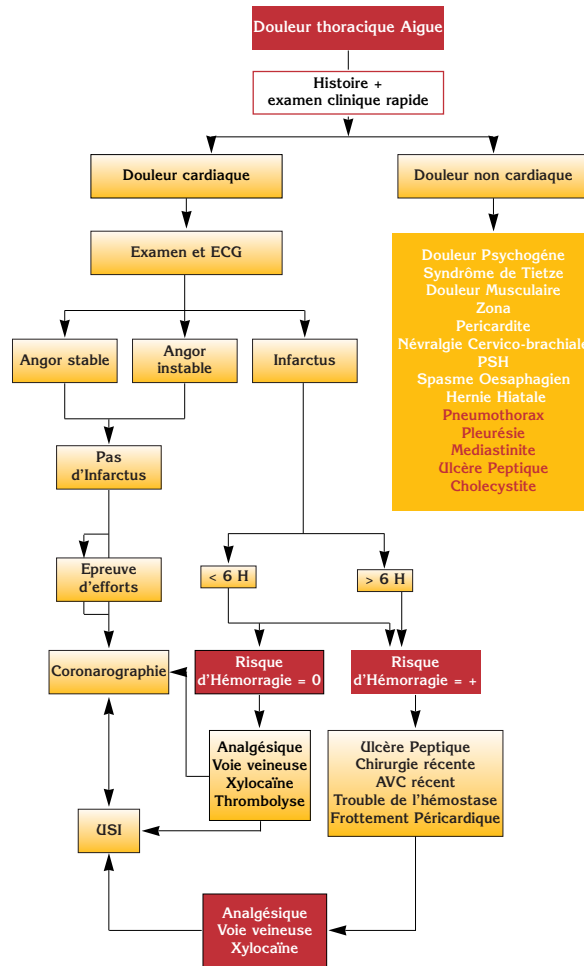
# CAT devant une douleur thoracique aiguë



Pr. K. EL KHEIRI

Le Pr. KHEIRI est cardiologue installé dans le privé à Rabat

La douleur thoracique aiguë est l'un des casse-tête les plus fréquemment rencontrés par les médecins (qu'ils soient cardiologues ou généralistes), la plupart du temps à des moments (la nuit, à domicile, au travail ou dans la rue) où ils sont relativement démunis.  
 Le facteur temps est un élément fondamental qu'il faut toujours avoir à l'esprit car :  
 - 75 % des décès surviennent dans la première heure  
 - La reperfusion précoce du myocarde est essentielle à une bonne fonction cardiaque après cicatrisation.



## CAT DEVANT UNE ENTORSE DE LA CHEVILLE

Extrait d'un atelier du Pr. WAHBI, Traumato-orthopédiste au CHU Ibn Sina de Rabat

L'entorse de la cheville intéresse le ligament latéral externe de la cheville. C'est une entité qui regroupe sous la même appellation des lésions de gravité variable allant de la simple distension d'un faisceau ligamentaire (entorse bénigne) à la déchirure complète avec plaie capsulo-ligamentaire, et éventuellement lésions osseuses (entorse grave). Le traitement définitif dépend de la nature exacte des lésions, mais celles-ci sont difficiles à apprécier dans l'immédiat, l'examen initial étant difficile du fait de la douleur et de l'œdème, et donc peu concluant.

Dans la grande majorité des cas, la présomption initiale de gravité repose sur deux signes, si on a la chance que le patient les apporte :

- Sensation de craquement au moment de l'accident
- Développement rapide d'un petit hématome malléolaire en "œuf de pigeon"

Mais, la plupart du temps, le patient se contente de dire qu'il a mal.

L'œdème et la douleur rendent la palpation des faisceaux impossible. Par contre, on peut examiner les repères osseux (malléole et base du 5ème métatarsien) et éliminer une présomption de fracture.

Il vaut mieux éviter la recherche des mouvements anormaux, car dangereuse et pouvant aggraver une éventuelle fracture... et d'ailleurs le malade ne le permet pas, tellement il souffre !

**Le traitement initial immédiat est le même quelle que soit la gravité de l'entorse**

Dès les premiers instants, il faut instaurer un traitement symptomatique local et général.

### 1/ Le traitement local

Il repose sur 4 gestes principaux qu'on peut regrouper dans "GREC" :

- **G**laçage immédiat et répété en prenant la précaution d'interposer un linge entre le sac de plastique rempli de glaçons et la peau afin d'éviter de le léser: effet antalgique et anti-œdémateux remarquable.
- **R**epos et décharge,
- **E**lévation du membre pour permettre le drainage,
- **C**ompression souple qui a un

effet spectaculaire sur la résorption de l'œdème, par des bandes souples et élastiques, autocollantes, faciles à enlever ; et que l'on peut repositionner au fur et à mesure de la guérison et de l'évolution de cet œdème.

On peut associer des antalgiques et des anti-inflammatoires par voie locale.

### 2/ Le traitement général

- Antalgiques et anti-inflammatoires.

Ce traitement initial a un effet de soulagement par diminution de l'œdème et des phénomènes inflammatoires.

Au bout de 3 à 4 jours, on réévalue la situation

L'examen est facile sur une cheville calmée et dégonflée par le traitement.

- Il recherchera les signes de gravité à type d'ecchymose qui, si la lésion est grave va s'étaler vers les arêtes et remonter le long de la jambe signant alors une grosse déchirure.
- On pourra palper malléole et faisceaux,
- On pourra constater une bascule anormale avec une saillie en dedans par exemple,
- Rechercher un "tiroir" en comparant avec la cheville saine,
- Finalement, rechercher des signes dynamiques d'instabilité à l'examen radiologique à type de tiroir antérieur, de varus par bâillement externe ; et même mesurer les angles (il existe des tables pouvant renseigner sur l'atteinte d'un faisceau ou plus)
- Tout récemment, l'échographie,

grâce à des petites sondes permet de suivre le trajet des faisceaux, et supplantera le classique examen radiologique avec manœuvres de recherche dynamique d'instabilité.

### Classement de l'entorse et traitement

Au terme du traitement initial et de ce 2<sup>ème</sup> examen, on pourra procéder au classement de l'entorse et proposer un traitement.

#### ENTORSE BENIGNE

(distension du faisceau antérieur): la moitié des entorses

- Absence de signes de gravité
- Régression notable de la douleur et de l'œdème.
- Traitement : "GREC" + physiothérapie et rééducation

#### ENTORSE DE MOYENNE GRAVITE (rupture isolée du FA)

- Notion de craquement et œuf de pigeon
- Point douloureux au niveau du faisceau antérieur (lors du second examen)
- Tests d'instabilité (clinique et radiologique) modérément positifs
- Traitement propose 2 solutions :

- Soit contention souple (strapping),
- Soit contention rigide (plâtre), relayée par une contention souple
- Continuer le traitement symptomatique initial

#### ENTORSE GRAVE

- Notion de craquement + œuf de pigeon,
- Ecchymose étendue,
- Point douloureux (lors du 2ème examen) sur FA+FM + ou - FP,
- Tests radiologiques très positifs.
- Traitement :
  - contention rigide ou
  - réparation chirurgicale (préférée par les sportifs car permet de gagner du temps et commencer la rééducation plus tôt)
  - traitement symptomatique, physiothérapie + rééducation.

# L'oreille, ça se lave, mais... prudence, c'est fragile

Dr. A. CHIEB

## Indications

Principale :  
bouchons de cérumen.  
Accessoirement :  
corps étranger  
(insecte par exemple !)

## Conditions préalables :

d'abord, ne pas nuire !

- Bien examiner l'oreille pour affirmer l'existence du bouchon
- Éliminer une pathologie (infection aiguë ou chronique, tumeur) (par l'interrogatoire et par l'examen otoscopique (indispensable)).
- État des tympans : le bouchon est un obstacle à l'examen du tympan.

Il faut donc un interrogatoire "appuyé" pour éliminer un antécédent de perforation : otite suppurée, traumatisme etc.

Dans la grande majorité des cas, l'histoire du malade est rassurante.

- Ne pas procéder au lavage s'il y a la moindre douleur.

## Préparation

Il faut ramollir le bouchon !

- faire un bain d'oreille avec de l'eau oxygénée ou du Mercryl Laurylé pendant une dizaine de minutes.
- Sinon, prescrire un solvant de cérumen (Otoralgy!, Otipax!, Audispray!) à raison de 3 gouttes 3 fois par jour pendant deux ou trois jours.

**Matériel :** de l'eau tiède (37°), de quoi la propulser, un récipient de recueil et de quoi couvrir l'épaule

- l'idéal est une poire en caoutchouc avec une canule et un système de pompage de l'eau (Enema), sinon on



peut utiliser tout ce qu'il a sous la main, mais il faut bien se servir d'une pissette, d'une seringue (moins confortable quand même !).

- De l'eau tiède (l'eau froide peut donner des vertiges) : vérifier sur le dos de la main. Si on ne sent rien, c'est 37° !

- Un haricot à placer sous l'oreille du malade.

- Un linge imperméable sur son épaule.

## Technique

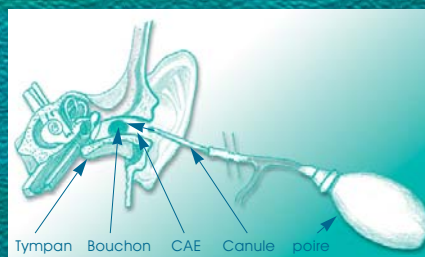
- Il faut tirer le pavillon de l'oreille vers le haut et en arrière pour mettre le conduit en rectitude.

- Le jet d'eau est dirigé vers la partie postérieure et supérieure du conduit.

Ce jet va se réfléchir sur le tympan et refouler le bouchon vers l'extérieur.

## Conseils supplémentaires :

- Prévenir le patient du déroulement de l'opération
- Ne pas forcer le jet et s'enquérir sur les sensations ressenties par le malade (douleurs, vertiges etc.)
- Suivre la progression du lavage par examen otoscopique
- Vérifier l'état du tympan à la fin du lavage



## AINS ET GASTRO TOXITÉ

Dr. J. ALAMI

Gastro-entérologue, secteur libéral Rabat



Les AINS classiques posent un réel problème de santé publique du fait de leur large prescription, de la fréquence et la gravité de leurs effets indésirables.

Des études américaines et anglaises ont révélé que la gastropathie aux AINS était l'effet médicamenteux indésirable le plus fréquent aux USA et en Grande Bretagne (1)

### PHYSIOPATHOLOGIE

Les AINS ont en commun d'inhiber la synthèse des prostaglandines. Ils semblent faire intervenir :

- 1/ Un effet sur la perméabilité membranaire, favorisé par la captation ionique, entraînant une rétro-diffusion d'ions H<sup>+</sup> et partant une agression par la pepsine.
- 2/ L'inhibition de la synthèse des prostaglandines.

La toxicité des AINS est commune à toutes les formes galéniques.

### DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE

- 1/ Il n'y a pas de parallélisme entre la symptomatologie et l'importance des lésions.
- 2/ Il existe des lésions asymptomatiques.
- 3/ Les complications mineures sont les plus fréquemment observées. Ce sont :
  - Les érosions aiguës gastriques volontiers multiples, de siège antral et labiles ; qui disparaissent spontanément à l'arrêt de l'AINS,
  - Les lésions duodénales, moins fréquentes, mais pouvant révéler un ulcère ulcère ulcère ancien,
  - L'existence d'ulcérations chroniques sous AINS est rapportée uniquement en ce qui concerne la localisation gastrique.

- Le risque relatif d'ulcère gastrique est multiplié par 5 chez les sujets prenant des AINS,

- La prise d'AINS est associée à un risque accru d'hémorragies digestives,

- Il existe une augmentation significative de la mortalité par complications graves de la maladie ulcéreuse (hémorragies digestives, perforations) chez les malades traités par AINS.

### MANIFESTATIONS CLINIQUES

Peuvent être d'intensité variable, à type d'épigastralgies, de nausées, vomissements, dyspepsie, douleur abdominale atypique.

Parfois une complication peut être le symptôme inaugural :

- Hémorragie digestive haute
- Perforation.

Ces complications sont imprévisibles et redoutables

Il faut toujours rechercher par l'interrogatoire la prise d'AINS.

Parfois c'est l'aspect endoscopique et les caractéristiques des lésions qui orientent vers l'origine iatrogène des lésions.

La symptomatologie commence parfois dès le début de la prise de l'AINS sans signe annonciateur (2); mais le plus souvent vers le 3ème-4ème jour.

D'autres fois elle est plus tardive, et se manifeste plusieurs jours après l'arrêt du traitement.

### ACCIDENTS GRAVES DUS AUX AINS

- 1/ Les hémorragies digestives, (risque multiplié par 2 par rapport à des patients non traités par les AINS) (3)
- 2/ Les perforations gastro-duodénales, (risque 2 à 3 fois plus élevé que celui d'hémorragies digestives) (4)
- 3/ Les médiastinites,
- 4/ Les pancréatites aiguës,
- 5/ Des sténoses intestinales ont été rapportées par certains auteurs.

Ces accidents engagent le pronostic vital.

Tout le tractus digestif peut être exposé aux accidents des AINS.

### LES FACTEURS DE RISQUE

Certains paramètres sont à prendre en considération, car ils augmentent le risque d'accidents gastro-toxiques. Ce sont :

- 1/ La dose du traitement,
- 2/ La durée du traitement : le risque est plus élevé au cours des 3 premiers mois d'un traitement par AINS (5)
- 3/ L'association à d'autres AINS, aux corticoïdes, et aux anti-coagulants
- 4/ Le terrain, facteur de risque prépondérant :

- Les personnes âgées : le risque de présenter des effets indésirables gastro-intestinaux est 3 fois plus élevé que chez une population de jeunes (6)

- Les opérés,
- Les personnes alitées,
- Les antécédents d'ulcère gastro-duodéal.

### LES CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES A L'UTILISATION DES AINS

- L'ulcère gastro-duodéal,
- L'insuffisance hépato-cellulaire,
- Les syndromes hémorragiques,

### QUELQUES RECOMMANDATIONS SUR LE PLAN PRATIQUE

- 1/ Ne prescrire d'AINS qu'en cas d'indication impérative à sa prescription.
- 2/ Le traitement doit être de courte durée et à dose optimale.
- 3/ Pas d'association à d'autres AINS ni aux corticoïdes.

- 4/ En cas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal, il faut poser l'indication d'un examen endoscopique avant toute prescription d'AINS.
- 5/ Quand il existe une symptomatologie digestive haute même minime lors de la prescription d'un AINS, il faut poser l'indication d'une exploration digestive haute pour deux raisons :
  - L'absence de parallélisme

entre la symptomatologie digestive et l'importance des lésions

- L'existence de lésions gastriques latentes qui vont s'exprimer lors de la prise d'AINS.
- 6/ L'exploration endoscopique de la sphère digestive haute n'est pas justifiée en l'absence d'antécédents
  - 7/ Eviter l'exploration endoscopique chez le cirrhotique.

## GASTROPATHIE ASSOCIEE AUX AINS : MORBIDITE, MORTALITE, COÛTS ; A PROPOS D'UNE ETUDE REALISEE AUX USA (7)

Estimations par année

Diagnostic	Nombre exposé	Hospitalisation	Décès
(AR)Arthrite Rhumatoïde	2.000 000	30.000	4.400
AR probable*	3.000 000	21.000	3.300
Arthrose(A)	8.000 000	56.000	8.800
Total	13.000 000	107.000	16.5000

Coûts annuels estimés (12.500 dollars US/ hospitalisation) : 1.337.500.000 dollars US

### PREVENTION ET TRAITEMENT DES LESIONS DUES AUX AINS

La toxicité gastro-intestinale des AINS est connue depuis longtemps .Elle est imprévisible, et parfois redoutable. Elle pose un problème médical du fait de la lourde morbidité et de la mortalité liées à cette toxicité. Elle pose également un problème économique lié au coût du traitement.

### TRAITEMENT CURATIF

Avec arrêt de l'AINS incriminé : Les ulcères gastriques ou duodénaux cicatrisent dans les délais habituels.

Avec poursuite de l'AINS :

S'il y a une indication impérative à poursuivre le traitement anti-inflammatoire, les antisécrétoires peuvent être prescrits en association.Ils font cicatriser les lésions induites par les AINS dans un délai de 4 semaines. L'emploi des antisécrétoires doit être suffisamment prolongé après l'arrêt des AINS.

La topographie et la taille de l'ulcère constituent 2 facteurs prédictifs essentiels de cicatrisation.

Le Sucralfate a prouvé son efficacité dans la cicatrisation des ulcères duodénaux.

Le Misoprostol a montré une efficacité supérieure dans la cicatrisation des ulcères gastriques et duodénaux.

Les IPP ont également prouvé leur efficacité tant au niveau gastrique que duodénal, en matière de cicatrisation des ulcères induits par les AINS même quand l'usage de ces derniers est poursuivi.

Les inhibiteurs de la pompe à protons apparaissent donc comme étant le traitement de choix des lésions gastro-duodénales induites par les AINS.

### PREVENTION

Les médecins généralistes sont de très loin les premiers prescripteurs des AINS. Ils doivent être les acteurs privilégiés de la prévention. ils doivent donc :

- 1/ Respecter l'indication
  - Limiter la prescription aux indications reconnues,
  - Eviter l'utilisation des AINS comme antalgiques,
  - Respecter les contre-indications.

- 2/ Eviter les associations avec d'autres médicaments gastrototoxiques et éviter les trop fortes doses.

- 3/ Informer de façon systématique les patients quant aux risques des AINS et combattre l'automédication.

- 4/ Préciser les conditions de prise :

- Les AINS ne doivent pas être administrés à jeun ou avant un décubitus prolongé.

- La prise d'alcool doit être proscrite pendant le traitement .

- 5/ Choix de la molécule

Il n'y a pas d'AINS non gastro-toxiques. Toutefois, certaines molécules épargnant les sécrétions des prostaglandines semblent être moins gastro-toxiques. Il s'agit des anti Cox 2.

### Références

- (1) : Fries et al.Gastroenterology 1989,96 (suppl pt 2) p. 647- 656-Comity on Safety of Medicines
- (2) : Gabriel et al. Ann Inter Med.1991. p.115, 787 - 796
- (3) : Gabriel et al. Ann Inter Med p. 789-790
- (4) : Gabriel p. 790
- (5) : Gabriel p. 792
- (6) : Gabriel et al. Ann Intern Med 1991 p. 115, 787 - 796
- (7) : Drumond et al. J Rheumatol. 1995 p. 22 (suppl 7) p 1408-1411.

## LA TROUSSE D'URGENCE

Dr. N. IZOUAR - KÉNITRA



Dans sa pratique quotidienne, le médecin généraliste est souvent confronté à des situations d'urgence diverses.

La possession d'une trousse d'urgence permet de démarrer efficacement le traitement en attendant les secours spécialisés.

### PRINCIPES GÉNÉRAUX

Bien qu'il n'existe aucune disposition légale définissant les moyens dont doit disposer le médecin face à l'urgence, le médecin doit tout mettre en œuvre pour donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et éclairés, conformes aux données actuelles de la science" (code de déontologie)

Pour être efficace, l'organisation de la trousse d'urgence doit répondre à certains impératifs :

- Simplicité d'emploi,
- Facilité de transport,
- Contenu facilement repérable et accessible,
- Choix de médicaments connus, présentant le minimum d'effets secondaires et de risques, et dont on connaît bien les contre-indications
- Etre régulièrement entretenue en remplaçant les produits utilisés et en renouvelant les produits périmés.
- Respect des règles de conservation des produits lesquels peuvent être altérés par :
  - La température : la conservation doit se faire autant que possible entre 15 et 25°, l'idéal serait d'utiliser une mallette ou coffret isotherme dans les régions chaudes.
  - La lumière (ex : adrénaline altérée par la lumière)
  - L'humidité
  - Les vibrations
- Il est conseillé de relever sur une feuille annexe la date

de péremption, et la posologie des médicaments. Tous les médicaments devraient être renouvelés au moins une fois par an, même si leur date de péremption n'est pas atteinte, les ampoules deux fois par an dans les régions tempérées.

### CONTENU D'UNE TROUSSE D'URGENCE

#### 1 – Matériel

##### Non consommable :

- stéthoscope
- tensiomètre
- otoscope
- marteau à réflexes
- support lumineux
- thermomètres
- garrots
- Electrocardiographe
- Canules de Guedel
- Trousse à sutures (pince, ciseaux porte aiguille)
- Lecteur de glycémie

##### Consommable :

- Abaisse-langues
- Paires de gants stériles
- Compresses stériles
- Pansements
- Fils
- Lames de bistouri
- Un jeu de champs stériles
- Sparadrap
- 2 cathéters intra-veineux G16 G14
- Une épicrotène.
- Perfuseurs à 3 voies
- Un jeu de seringues stériles à usage unique
- Un jeu d'aiguilles pour injection IV, IM, S/C
- Un antiseptique et des tampons alcoolisés

- Des bandes à gaze
- Flacons pour prélèvements sanguin et bactéri
- Peak flow (débimètre de pointe)
- Sonde nasale à oxygène
- 2 sondes urinaires G16 G14 + Bandelette urinaires + gel anesthésiant pour sondage
- Bandelettes à glycémie
- Atelles gonflables ou rigides pour la contention
- Des tampons nasaux pour épistaxis
- Sonde gastrique + seringue 50ml
- Spéculum vaginaux jetables

##### Autre matériel utile :

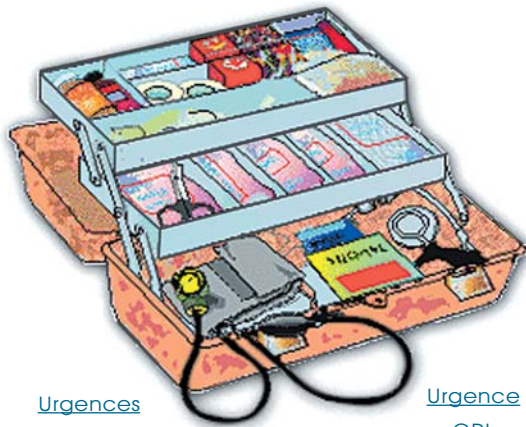
- chambre d'inhalation
- oxygène + masques
- trousse pour accouchements (rural)

#### 2 - Médicaments

##### Urgences cardio-vasculaires

- Adrénaline 0,25 et 1 mg / ml
- Atropine 0,25 et 0,5 mg/ml
- Lasilix 20mg/ml
- Cédilanide 0,4 /2ml
- Aspirine injectable 0,5g et per os
- HBPM (ex : Fraxiparine)
- Heptamyl
- Trinitrine (Natispray)





Urgences respiratoires

- 8 mimétiques : Ventoline spray - Bricanyl S/C
- Corticoïdes : Solumedrol (20mg, 40mg, 120mg), Céléstène 4et8mg

Urgences en gastro-entérologie

- antiémétique (Pimpéran injectable)
- anti diarrhéique (Immodium en gélules)
- AntiH2 en injectable (ex : Azantac)

Urgence neuro-psychiatrique

- Anticonvulsivants : Diazépam (Valium®) : amp 10mg/2ml + canule rectale Ou à défaut Hypnovel
- Anxiété : Lysanxia en sublingual
- Etats d'agitation : Equanil injectable, Dogmatil inj, larcattil inj

Douleurs

- Imigran
- Spasfon® IV .....
- Viscéralgine forte® (Perfusion IV lente)
- Profenid® IV/IM
- Pro-Dafalgan®
- Morphine et dérivés

Urgence Ophtalmo

- Novésine (antalgique)
- Fluorescéine(diagnostic)
- Antiglaucomateux (Pilocarpine)

Urgence ORL

- Kit pour mèche nasale
- Coalgan

Urgence Infectieuse

- Rocephine

Autres

- Glucosé 30% et glucagons (pour hypoglycémie)
- Naloxone 0.4mg/ml (antidote de morphine)
- Lidocaïne 2% pour anesthésie, et 100mg/5 ml pour troubles du rythme card
- Solutions pour perfusion : glucosé 5%, Salé iso, Plasmion

**3 - Documents**

Ordonnances - Enveloppes

Répertoire téléphonique avec les numéros des services d'urgences hospitaliers, de correspondants Spécialistes, Protection Civile, Police secours, Gendarmerie, Sapeurs pompiers, Centre antipoison.

Documents aide-mémoire : manuels d'urgences, guide des médicaments.



**COMMENTAIRES :**

Face à l'urgence, l'idéal est de disposer de tous les moyens nécessaires pour faire face à la détresse du malade et de savoir les utiliser. Cependant, la plupart des médecins avouent ne pas disposer d'une trousse performante, et ce pour plusieurs raisons : coût du matériel, manque de formation à la manipulation de certains produits etc..

La trousse d'urgence décrite ci dessus est une trousse idéale, plus ou moins complète dont on doit disposer dans certaines conditions (campagnes éloignées, expéditions en montagne, dans le désert etc.). C'est également une trousse dont peut disposer en commun un groupe de médecins faisant la garde à tour de rôle. Elle doit être adaptée et complétée en fonction des conditions d'exercice (disposer de sérum anti-scorpionique dans la campagne, de sérum anti-venin de serpent dans le désert etc..).

En pratique de ville individuelle, la proximité de centres hospitaliers peut permettre de différer certains gestes, d'où la tendance à négliger certaines composantes de la trousse.

Cependant, il est du devoir de chacun de s'équiper au mieux pour faire face dans les meilleures conditions aux situations les plus courantes (douleurs, vomissements, accidents coronariens, hémorragies etc.), et aux situations plus ou moins prévisibles (ex : un choc anaphylactique) et d'adapter sa trousse à la réalité de son exercice. C'est une obligation morale pour le médecin, mais aussi une obligation légale, bien que le contenu de cette dernière soit difficile à définir avec précision pour le médecin généraliste libéral.

## LES HANDICAPES PEUVENT SOURIRE

Appel d'un lecteur aux ministres de l'Entraide et de la Solidarité, au Ministre de la Santé, et à ses confrères médecins.

Par : Dr. My A. IDRISSE  
Kénitra



Les maladies neurologiques et neuromusculaires, dont la sournoise myasthenia gravis sont lourdes et sombres dans leurs évolutions.

La myasthénie grave est toujours fortement handicapante. Cette affection spontanée réduit l'espérance de vie et nécessite pour sa relative prise en charge, des soins réguliers et constants, lesquels iront en augmentant.

Nul ne sait quand, lui ou les siens ni comment il peut contracter cette terrible maladie. Le patient est rapidement réduit à l'état d'infirme ! Il vit ou végète, à l'état de pleine conscience, son amoindrissement progressif. Le myasthénique constate la faillite de son organisme, il voit son humeur déprimer et sa marginalisation s'accuser, le confiant à un meuble de lit.

Il périclite avec la fonte de ses muscles vitaux et celle de ses organes de relation qu'il sent rétrograder. Peu à peu, il devient tributaire d'autrui et dépasse les possibilités de soins et de patiente de sa famille.

Actuellement notre pays réserve peu de moyens et de rares techniques à ces concitoyens amoindris. Une chirurgie lourde consiste à faire l'ablation du thymus. La glande thoracique, où siège parfois la tumeur responsable du syndrome myasthénique est extirpée par thoracotomie large.

Il reste les corticoïdes, qui sont prescrits, avec leurs dangers, à vie ! Associés ou pas aux immunosuppresseurs, avec les risques patents que ceux-ci ont de l'usage des antimitotiques.

Dans tous les cas, le patient prendra, à vie, des comprimés dont paradoxalement, une forme seule est introduite au Maroc. Ce produit, le Mestinon, fait souvent défaut dans les étalages des pharmaciens. Ces absences (deux longues en un an) sont gravement coupables, puisque cette spécialité est le seul anticholinestérasique du marché ! Ce produit est régi en situation de monopole dans notre pays.

Devenues fréquentes, ces absences prolongées, éprouvent, par leurs répétitions incohérentes et sans conscience, les responsables des neurologues traitants ! Ces failles terrorisent les patients qu'ils surprennent et entraînent dans l'épouvante des crises de paralysies diverses.

Des complications préjudiciables sont provoquées par de simples déficiences. Celles du seul marché du médicament, qui mènent certains malades à des situations bêtement tragiques !

Ces tableaux désespérants sont faits "d'insuffisances respiratoires" brutales, de "dysphagies" sévères avec les "troubles de la déglutition" et leurs immanquables "fausses routes" alimentaires.

Ces crises sont parfois dramatiques et peuvent être fatales, si elles ne sont pas secourues rapidement et aussi immédiatement reconnues par les médecins. D'autant qu'il faut des moyens techniques adéquats, lesquels, dyspnées sournoisées ou accidentelles, si elles ne sont pas assistées à temps, achèvent le malade. Puisqu'il faut des muscles pour respirer, comme pour boire ou manger, et que cette substance permet de contrôler l'usage de ces fonctions vitales. Les absences en médicaments incontournables, tels le Mestinon, (dont il faut introduire la forme retard), doivent pousser les responsables de la Santé à convaincre le Laboratoire Sanofi à introduire son Mytélase sur le marché.

Juste équilibre entre deux produits pour juguler les absences et éviter aux malades de subir l'absence néfaste de l'un d'entre eux. Faut-il hospitaliser les patients en Service de Réanimation, dès que le produit est manquant ? J'en connais qui hospitalisent, ces malades fragiles, rein que pour délivrer les rares comprimés qu'ils ont su engranger pour palier aux "manque". Merci à eux...

Bien entendu, ces failles burlesques grèvent l'action des médecins. Confrontés au peu de civisme et au manque de responsabilité qui les entourent, les médecins perdent

patience et voient leur enthousiasme s'effriter avec les dérapages "réguliers" du marché du médicament.

Paradoxe d'un pays éminemment proche de l'Europe et qui entre dans la mondialisation, ces absences prolongées poussent les familles à agir et s'approvisionner, pour les plus nantis d'entre elles, comme au temps des colons, par des voies parallèles, détournées et retorses.

Notre Roi, Sidi Mohammed VI, que Dieu le Protège, a su redonner espoir et dignité aux handicapés. Aussi, tout en demandant aux autorités et cadres responsables de se saisir avec passion de ce problème banal, nous invitons toutes les personnes, ayant senti les leçons du cour, telles que prodiguées par Sidna, d'avoir des pensées identiques à son bel exemple et de soutenir leurs frères Marocains diminués, dans la quête de leur santé.

A votre tour de vous manifester pour créer une association de défense des myasthéniques du Maroc, pour servir d'exemple dans la région. Bien des associations de ce type existent dans les pays du Nord. Il est temps de nous réveiller de notre morosité pathétique pour encadrer et servir nos myasthéniques humiliés et de leur apporter, vivement, en plus du réconfort moral, les médicaments idoines et les techniques de pointe, en usage ailleurs.

Parce que ces handicapés peuvent encore sourire, parfois bouger et peut-être, parfois, utiles. Ils attendent le soutien de leurs concitoyens. Vous ! Aux cadres responsables, aux intellectuels, aux personnes qui peuvent encore marcher, et donner, de leur manifester leur amicale solidarité !

Merci de joindre, dès aujourd'hui, les médecins et les pharmaciens de votre ville pour manifester votre disponibilité agissante ou votre simple sympathie envers ces handicapés qui nous rassemblent. Que Dieu vous protège, vous et les vôtres !

## BULLETIN D'ADHESION OUVERT A TOUTES LES BONNES VOLONTES

(A découper pour l'adresser)

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Adresse : .....  
 Pays Ville Phone : .....

Je suis intéressé(e) par "l'Association des Amis des Myasthéniques du Maroc" et je veux y adhérer ou participer comme membre :

- Fondateur
- Honoraire
- Donateur
- Actif
- Correspondant
  - Régional, à : .....
  - Etranger, à : .....
- Conseiller
- Je suis parent d'un malade neurologique de
  - Nom et prénom : .....
  - Age : .....
  - Il est myasthénique :  oui  non
  - Il est porteur d'une autre déficience :
- Je suis moi-même atteint d'une autre myopathie : depuis 19, et suivi par le Dr. .... à .....

Je vous adresse :

- Ma photo pour figurer dans le Bureau comme membre actif
- Avec mon N° de carte d'identité :
- Je vous adresse, à titre de participation initiale, un chèque de : ..... dirhams
- Ma société vous propose une aide consistant en :
- Je vous promets une aide de : .....
- J'en parlerai au responsable, M : ..... (Téléphonez, SVP, si c'est confidentiel)
- Je veux recevoir des informations complémentaires, en voici le genre : .....
- Je vous adresse les suggestions et conseils suivants et vous demande d'agir : .....
- Je vous rapporte le problème suivant : .....

Date.....Signature

A adresser au : 112, Avenue Med Diouri, Kénitra, Maroc  
 Tél., Fax : 00212 037 37 63 30  
 Ou Dr. IDRISSE M A : Mایدoc2@caramail.com - c2@caramail.com

## ESQUISSE ANTHROPOLOGIQUE (ANTHROPOLOGIE MEDICALE)

Dr. A. BOUZID - TAZA (Oued Amlil)

C'est parce que la maladie est à la fois un état et une représentation, que le recours à la seule bio médecine ne saurait être la seule et unique réponse à la demande de celui qui en est atteint.

La maladie est une entité multidisciplinaire qui affecte des champs multiples et divers : idéologique, sociologique, émotionnel et physique .

Agir sur elle, et sur le corps est certes la tâche qui requiert le plus le médecin (et là où il doit exceller en tout cas), mais pour le malade, cela ne constitue en définitive qu'une partie du chemin à faire .

Mal à l'aise et insatisfait alors de cette approche réductionniste, le malade aspire à une prise en charge holiste, globale et souhaiterait que, non seulement on le soigne, mais et surtout qu'on prenne soin de lui .

Se déclenche alors chez lui le processus de quête et de recherche de soins, à travers tout un système de recours complexe et contradictoire, confectionnant des itinéraires diagnostiques et thérapeutiques qu'on appelle pluralisme médical.

La maladie, au même titre que le mal et le malheur, fait partie de ce lot d'infortunes qui affecte l'homme aussi bien dans sa santé que dans ses biens .

Sur le plan émotionnel, elle est vécue dans l'angoisse et la souffrance et suscite beaucoup d'interrogations et de questionnements : pourquoi moi ? comment est ce arrivé ? Est ce mon sort ? La fatalité ?

Le thérapeute (tradipraticien, religieux ..) bien imprégné par la culture locale détient un savoir ésotérique qui lui permet d'agir de manière plus efficace et ce, à moindre frais et sans appareillage lourd et impressionnant. Il a tout simplement besoin d'une bonne écoute de ses "malades", de quelques plantes

médicinales, d'une ambiance de rituel. pour que se produise le "miracle".

Ce phénomène culturel bien présent et ancré dans les sociétés, trouve son explication dans le domaine des sciences sociales. L'anthropologie médicale est donc cette autre façon d'aborder les problèmes de santé. C'est un autre regard, d'une autre posture, de celui du traducteur culturel qui contribue à éclater la "part manquante" de la médecine moderne . Dans le contexte actuel et en matière d'écologie humaine, les sciences sociales sont devenues de plus en plus pertinentes, car les objets qui les intéressent sont tout aussi bien la société que la santé. Le SIDA offre l'occasion parfaite de s'y rendre compte.

L'épidémiologie socioculturelle s'inspirant dans sa démarche du paradigme scientifique, met en évidence les mécanismes des états de santé et /ou morbides qui résultent du comportement de l'individu et /ou de la collectivité.

L'ethnomédecine qui étudie l'ensemble des croyances et des pratiques relatives à la maladie dans chaque société (Genest 1978) est le savoir pratique populaire à partir duquel les maladies sont interprétées, conçues et ont un sens . Il s'agit d'une médecine empirique, archaïque qui privilégie les causes surnaturelles. A cet égard, la transgression des interdits magico-religieux ainsi que les conflits individuels et /ou avec la société constituent tout aussi bien des supports étiologiques que des arguments d'interprétation et d'exégèse.

Ce bref développement est bien nécessaire pour comprendre le bien fondé des choses ; et qui plus est d'un grand intérêt pratique.

Non pas que je cherche à faire le plaidoyer de la médecine traditionnelle, tout particulièrement dans notre contexte, ni à pallier au manque ou peu d'information réservée à celle ci,

mais, on peut toujours montrer qu'il existe une grande complémentarité entre cette dernière et la médecine moderne..

De toute manière, la bio médecine n'a jamais pu régner en maître absolu dans le champ médical. Il a toujours été question d'une autre médecine, une médecine parallèle ou une médecine traditionnelle.

En outre, l'être humain ne peut être réduit à une simple addition d'organes, et encore moins à un bel assemblage de ceux ci, qu'on peut plier docilement à la rigueur des lois de la biophysique. Il en est de même pour l'état de santé qu'on ne peut représenter par l'addition d'un certain nombre d'examen électriques, radiologiques et biologiques normaux.

l'homme vivant est l'homme souffrant, l'homme pensant.

Même à travers un effort d'humanisme ou une certaine forme d'empathie, le médecin ne peut accéder à la personne. Notre seule force est la parfaite maîtrise de notre art qui nous permet de bien soigner nos malades. Il vaudrait mieux alors laisser aux autres la réponse à la demande de salut.

### Bibliographie

- 1 – Marc Augé .C .Herzlich : le sens du mal – Anthropologie – Histoire – Sociologie de la maladie . Ed. Archives contemporaines 1991
- 2 – P.Cathébras : Le Champ de l'anthropologie médicale. Ed Acte de la journée scientifique d'Anthropologie médicale. St Etienne le 11- 3 -1989 PP 13-22.
- 3 – J.P Escande : Mirages de la médecine . Ed Albin Michel 1987
- 4 – Joseph Lévy : Entretien avec J. Benoist – ntre les corps et les Dieux .Itinéraires anthropologiques .Ed Liber de vive voix 2000
- 5 – JP Lévy : Le pouvoir de guérir. Une histoire de l'idée de maladie . Ed. Odile et Jacob 1991.
- 6 – Dr. J .Michaud : Pour une médecine autre .Ed J 'ai lu 1971.

# POUR VOTRE AGENDA

## 7-9 Mars 2002 à Rabat

Deuxième Congrès National de Néphrologie  
Cont. : LA SOCIÉTÉ MAROCAINE DE NEPHROLOGIE  
Tél. & Fax : 022 48 70 59

## 18-20 Février 2002 à Marrakech

Congrès de Psychiatrie  
Thème Principal : Psychiatries 2002 : Nouvelles approches cliniques et transculturelles, réalité pratiques.  
Contacter : L'ASSOCIATION MAROCAINE DES PSYCHIATRES D'EXERCICE PRIVE (A.M.P.E.P)  
Tél. & Fax : 022 49 12 29

## 8-10 Mars 2002 à Casablanca

XVIIème Congrès Marocain des Maladies Respiratoires  
Thème Principal : L'EDUCATION POUR LA SANTE RESPIRATOIRE  
Contacter : LA SOCIÉTÉ MAROCAINE DES MALADIES RESPIRATOIRES  
Tél. : 037 29 70 70 / Fax : 037 29 71 71

## 10,11,12 et 13 Avril 2002

XXIIèmes Journées Scientifiques de l'Internat du CHU Ibn Rochd de Casablanca

### Séances interactives III : 1 dossier par service

- S.A.U ; Service des urgences pédiatriques ; Réanimation médicale ; Gynécologie- Obstétrique.

Atelier 2 : Les gestes d'urgences  
Table ronde 1: L'insuffisance rénale aiguë ;  
Table ronde 2: Chirurgie des cancers digestifs méastatiques

### Séances interactives II : 1 dossier par services

- Médecine Interne ; Psychiatrie ; Endocrinologie ; Dermatologie ; Neurologie ; Hématologie

Atelier 1: Interprétation de l'ECG

### Séance Interactive I :

- Ophtalmologie : 2 dossiers ; ORL : 2 dossiers ; Neuro-chirurgie : 2 dossiers

## Le 19 et 20 Avril 2002, à Kénitra (Hôtel Maamora)

L'amicale des médecins de Kénitra organise Les XIèmes Journées Médico-chirurgicales du Gharb  
Thème principal : Andropause  
Tables rondes : place de la chirurgie dans les métastases hépatiques, Maladie de Behcet  
CAT devant un œil rouge , dermatophyties

## 20-21 Avril 2002

Congrès de Pneumologie et d'Allergologie Pédiatrique  
1er Séminaire – atelier : Allergies alimentaires  
Contacter : L'ASSOCIATION MAROCAINE DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE PÉDIATRIQUE (AMPAP)  
Tél. : 022 47 35 95 / 022 47 36 82

## 4 Mai 2002 à Rabat

Journée de Printemps: Journée Bouzekri sur la tuberculose  
Etat actuel de la tuberculose dans les pays du Maghreb et perspective d'avenir  
Cont.: LA SOCIÉTÉ MAROCAINE DES MALADIES RESPIRATOIRES  
Tél. : 037 29 70 70 / Fax : 037 29 71 71

## Le Samedi 18 Mai 2002

l'amicale des médecins généralistes privés de la wilaya de Tanger organise sa 2ème journée médicale au Palais de Moulay Hafid de Tanger.

## 31.05.2002 et 1er Juin 2002 Casablanca

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MAROCAINE SUR L'ETUDE DE LA MENOPAUSE  
Tél. : 022 39 39 20 / Fax : 022 94 42 12

## 3-6 Octobre 2002

26<sup>ème</sup> Congrès Annuel d'Endocrinologie Diabétologie et maladies nutritionnelles

Thèmes principaux :

I - Actualités thérapeutiques du diabète Type 2 :  
● Diététique, Mono thérapie & thérapeutiques combinées  
● Insulinothérapie (Diabète type 2), Thérapeutiques préventives, Antiagrégants plaquettaires, Hypolipémiants  
● Antihypertenseurs, Stérilité Endocrinienne de la femme

II - Ateliers : Pied diabétique, Prise en charge des cancers de la thyroïde

III - Communications libres.

Cont.: LA SOCIÉTÉ MAROCAINE D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGI ET MALADIES NUTRITIONNELLES (SMEDIAN)  
Tél. & Fax : 037 77 24 36

## 25,26 et 27 Octobre 2002

Congrès de Néonatalogie  
Thème principal : - Urgences néonatales  
Autres thèmes : - Nutrition

- Techniques chirurgicales infantiles  
- Symposium nutrition

Cont.: LA SOCIÉTÉ MAROCAINE DE NEONATOLOGIE  
Tél. : 037 68 05 61 / 72 62 16 / Fax : 037 75 69 59

## 14 Décembre 2002 à Ouarzazate

Journée Scientifique de la Société Marocaine des Maladies Respiratoires

Thèmes principaux :

- Prévalence de la bronchite chronique au Maroc
- Exacerbations des BPCO, Facteurs déclenchant et traitement
- Ateliers

Cont.: LA SOCIÉTÉ MAROCAINE DES MALADIES RESPIRATOIRES  
Tél. : 037 29 70 70 / Fax : 037 29 71 71

## ECHOS DE FRANCE

Le mouvement de protestation des généralistes français s'est terminé le 24 décembre par la signature d'un accord entre le gouvernement et MG France, le principal syndicat des généralistes français. Nous reproduisons ci-dessous le communiqué de presse de MG France. Au-delà des revalorisations des actes de médecine générale obtenues par les confrères français sur les quels tous les syndicats ne sont pas d'accord, c'est surtout la reconnaissance de la mission de service public qui attire l'attention de nous autres généralistes privés marocains, considérés comme "secteur lucratif", à 80 ou 100 DH la consultation (8Euros !). Le forfait pour les astreintes, l'aide à l'installation ou au regroupement professionnel, l'aide à l'informatisation, les journées indemnisées offertes pour formation continue sont des acquis qui nous laissent rêveurs.

### Communiqué de Presse du 24 janvier 2002

Plusieurs semaines de mobilisation exceptionnelle des médecins généralistes ont permis d'imposer une négociation sur le fond du malaise professionnel et d'atteindre des résultats à la hauteur de l'engagement d'un très grand nombre de confrères.

Après une semaine de contacts tendus et une nuit complète de négociation, cette mobilisation a permis d'obtenir un résultat sans précédent inscrit dans un protocole d'accord entre les trois caisses nationales d'assurance maladie et le syndicat des médecins généralistes MG France le 24 janvier 2002.

Ce sont plus de 2 Milliards de francs (305 millions d'Euros) qui viennent d'être obtenus en valorisation d'honoraires pour l'année 2002 pour les généralistes, ce qui correspond à trois fois la revalorisation annuelle usuelle des années passées.

Au-delà de ces annonces chiffrées, pour la première fois, les généralistes obtiennent la reconnaissance de la mission de service public qu'ils assument sous forme de garde ou de permanen-

ce de soins pour la population. Cette reconnaissance trouve une valorisation nouvelle par la création d'un Forfait d'astreinte pour la nuit et les WE, fixé à 50 euros (328 F) par tranches de 12 Heures. De la même manière, la pénibilité de l'exercice dans ce contexte de garde est valorisée par une majoration de 19,05 Euros, soit 125 F (la MD) pour tous les actes effectués le samedi après midi en consultation, et par une augmentation de la majoration des actes de nuit qui passe de 25.15 Euros (165 F) à 30 Euros (230 F) de 20 H à 24H et de 06 H à 08H et de 25.15 Euros (165 F) à 45 Euros (262 F) entre 00H et 06H. Enfin des masses financières sont allouées au niveau de chaque région pour organiser la régulation des appels, par les libéraux.

En ce qui concerne les actes, la reconnaissance de la spécialité Médecine Générale est clairement affirmée, avec refonte en une seule classification unique des actes cliniques des médecins en ce qui concerne le C, (dont l'unification avec le V est programmée). A l'orée d'une année ne subsistera qu'une seule classification, identique pour tous les médecins, quelle que soit leur spécialité. Dans l'immédiat, la valeur de la consultation est portée à 18,5 euros (121.35 F) au premier février, et il est créé une valeur de Consultation nouvelle, dans un premier temps utilisable pour les patients en ALD lors d'un bilan annuel, et fixée à la valeur actuelle du CS, soit 23 euros (150.87 francs).

Pour répondre à la demande forte de réforme et de valorisation des soins effectués à domicile, et en attente de la refonte dans une classification unique de l'ensemble des actes cliniques, le champ d'application de la "visite à 30 euros" (29,73 euros ou 31,25 sur PLM) est immédiatement étendu à plusieurs catégories de patients (Allocation tierce personne, APA exo TM, Suite de KCC supérieurs à 150, HAD) avec extension avant le 01 Juillet à tous les patients en perte d'autonomie durable. Par ailleurs seront mises en oeuvre "des actions pédagogiques en direction des patients afin de leur permettre de disposer

de repères établis pour l'usage de soins à domicile justifiés."

Les difficultés grandissantes des exercices, tant dans les zones isolées rurales que dans les zones urbaines dites sensibles, (remplacement, congés, retraites, sécurité) sont identifiées et trouvent une première réponse dans la mise en oeuvre de mesures nouvelles d'aide à l'installation ou d'aide au regroupement professionnels, fixées à 13 000 euros. Des mesures pérennes, destinées à faciliter l'exercice en groupe médical ou les regroupements inter-professionnels seront élaborées dans le cadre de la nouvelle architecture conventionnelle.

Afin de permettre aux médecins de se consacrer essentiellement à leur activité médicale, l'informatisation et le développement des échanges électroniques seront améliorés. En attente de l'intégration de ces échanges dans un dispositif conventionnel reconnu par une rémunération forfaitaire, une aide de 100 euros sera versée aux médecins pour la mise à jour des lecteurs de carte Vitales effectuée dans le courant de l'année 2002.

Enfin, afin de favoriser la participation à des actions de formation continue, le nombre de journées indemnisées offertes à chaque médecin sera augmentée de 4 journées, soit une rémunération supplémentaire possible de 1110 euro par année par médecin.

Au vu de ces mesures, et considérant qu'elles sont de nature à répondre aux attentes des généralistes exprimées sous forme de forte revendication de valorisation tarifaire et des conditions de travail exprimés dans le mouvement des deux derniers mois, MG France.

- Lève son mot d'ordre de Boycott de la télétransmission des feuilles de soins électroniques
- Appelle les syndicats départementaux à transformer le service minimum des gardes de nuit et WE sur réquisition en organisation nouvelle de la permanence de soins dans le nouveau cadre ainsi négocié.
- Convoque un Comité Directeur pour les 2 et 3 février 2002.

## REGARDS D'UN CONFRÈRE FRANÇAIS SUR SA PROFESSION EN CES TEMPS DE REVENDEICATIONS

Bruno Lopez M.G.  
Fonsorbes, France

### Vous avez dit " honoraires " ?

Je comprends que dans un univers de prestation de services, le service rendu ne le soit qu'au fait d'un calcul économique non "sentimental".

Une prestation = un prix. Cassé, bradé, remisé, mais un prix. Peut être que les soignants ont trop longtemps entretenu le mythe du service rendu au lieu de l'estimation de la prestation exécutée.

L'estime ou lieu de l'estimation. Lendemain de guerre, il fallait relever le pays. Les médecins ne se sont pas rendus assez vite compte du déclin de leur position sociale.

Nous avions des "honoraires"; nous réclamons désormais des "tarifs" décents.

Juste pour que le dévouement ne soit plus pris pour de la naïveté et l'amour du métier pour de la sottise.

Les temps ont changé, les médecins aussi. Je crois que les jours où les soignés auront compris que leur médecin doit se porter au moins aussi bien qu'eux alors tomberont tous les clichés actuels défendus dans votre salon comme dans la plupart des familles.

Ils tomberont non pas par retour au respect, mais par retour au "besoin".

Ce qui est déjà "gagné" c'est la fin de la concurrence entre les médecins. C'est, par exemple, la "revalorisation" de la visite à domicile par sa quasi disparition. Les médecins n'auront plus le temps de se déplacer.

La "revalorisation" du dialogue avec son patient passera, elle aussi, par sa disparition. Les honoraires actuels, avec 48% de charges n'autorisent plus qu'au déshabillage du corps, l'habillage de l'esprit n'est plus compris.

Nos semblables auront droit à la chirurgie lourde et aux anesthésies générales et à une plus légère médecine faite à la hâte. A moins de payer plus, de la main à la main.

Il ne se passe plus un jour de consultation sans que ces petits téléphones portables idiots viennent sonner durant mes consultations. Jusqu'à l'année passée, les appelés disaient aux appelants: "je suis chez le docteur", ce qui aboutissait à la suspension de l'échange. Cette année, la phrase magique ne fonctionne plus systématiquement.

Les "confrères" de téléphonie portable continuent leur verbiage devant un médecin dépité.

### Emulation et concurrence

Dans une profession sanitaire, je pense que l'émulation dans la compétition à mieux soigner vaut toujours mieux que la "concurrence".

Si nous en sommes là, à nous "marquer à la culotte" pour ces histoires de tactiques guerrières sur les visites à domicile, de tours de gardes inefficaces, de tarifs massacrés, et surtout de patients insupportables, c'est probablement parce que nous avons beaucoup trop supporté "de peur" que les autres ne supportent plus que nous et détournent nos clients. Et c'est sûrement AUSSI à force de peur de perdre les clients que nous avons transformé les malades en clients et les médecins en "chiens" de garde.

Le fait que plus personne, y compris les médecins, ne supporte plus rien, dans un monde marchand pur et dur, va sûrement venir à bout de tout ou d'une partie de cette "concurrence", qui avait autant à voir avec le libéralisme que le mot libéralisme a désormais à voir avec "liberté".

La liberté dans un libéralisme, moins l'impact désastreux de la concurrence.

Une réforme rendue possible par l'impéritie de nos gouvernants à prévoir l'équation de l'offre et de la demande.

Le cadeau inespéré de nos présumés ennemis pour nous prémunir contre nous mêmes.

# La Santé sur Le Net

Malgré la présence courageuse de quelques sites «grand public» et de quelques sites médicaux sur le net marocain, la fracture numérique dans notre pays est loin d'être virtuelle. Elle est réelle. Ceci peut s'expliquer peut-être par le faible «bassin» de la population générale et médicale en particulier, possédant l'outil informatique et connectée à Internet.

Nous avons visité pour vous quelques sites dignes d'intérêt pour la population médicale :

[www.kaloon.com](http://www.kaloon.com)

Hébergé sur un site gratuit (geocities.com).

Site perso du Dr Kahtoun, lequel est présent à tous les coins et recoins du site. Envahi par la pub. Renvoie souvent à «yahoo» quand il traite de sujets médicaux. A le mérite d'être un des premiers sites médicaux marocains. Présente la particularité d'offrir une section en arabe(dermatoses professionnelles)

[www.medicina.ma](http://www.medicina.ma)

Hébergé par [www.adria.com](http://www.adria.com)

Offre :

- Un annuaire des professionnels
- Un annuaire des fournisseurs de produits et services médicaux
- Des livres médicaux en langue française
- Essai de référencer les principaux sites médicaux.

[www.webmed.ma](http://www.webmed.ma)

Organisé en cinq grandes sections :

- 1- Grand public : non accessible
- 2- Etudiants : idem
- 3- Industrie pharmaceutique : liste et adresse des labos et grossistères.
- 4- Equipement médical : de la simple béquille à l'IRM, mais qui laisse malheureusement le visiteur sur sa faim.
- 5- Professionnels : il faut s'enregistrer pour y accéder

Offre :

- des tables rondes (inactives pour le moment)
- des cas cliniques marocains
- un forum de discussions (activité encore timide)
- des liens avec d'autres sites médicaux
- un annuaire

Il propose également

- un agenda , mais les dates des manifestations( congrès) ne sont pas retrouvées malgré 2-3 tentatives de recherches , contrairement à [www.shall.net](http://www.shall.net) qui lui leur consacre 2 pages .
- une section e.business : impossible d'y accéder pendant notre consultation du site (problème de mise hors service temporaire possible).
- une section formation même problème.

En conclusion : site en cours de finition , utilisant des ressources locales (comité scientifique casablancais à près de 100%), mais qui tient la route. Seul handicap à notre avis : la lenteur du moteur de recherches.

[www.marocsanté.com](http://www.marocsanté.com)

• Conçu par des MRE résidant au Canada en collaboration avec des médecins et des informaticiens au Maroc, il est hébergé au Canada et possède son propre serveur.

- Il présente l'ergonomie des grands portails avec de multiples rubriques articulées autour d'un puissant moteur de recherches ; et qui renvoient pour la plupart à des sites internationaux.
- Il répond aux critères des grands portails internationaux ,et adhère d'ailleurs à la charte de la HON (Health On the Net de Genève).
- Le comité scientifique est composé de professeurs du CHU de Rabat, mais aussi de médecins libéraux. La médecine générale y est également bien représentée.

Il offre :

- 1- En plus d'un espace thématique dédié aux professionnels ,un espace grand public qui répond à une grande variété de demandes d'information .
- 2- Un «Centre Pédagogique »( véritable portail dans le portail) destiné au « e-learning», renvoyant à des sites canadiens et français .
- 3- La possibilité de consulter directement les moteurs de recherche des sites plus prestigieux tels ceux du CHU de Rouen ou de Medline (plus de 4000 liens anglais-français)
- 4- Un espace consacré à la «production» médicale marocaine : «Les Editions marocsanté»
- 5- Des utilitaires variés : atlas, journaux du Maroc et du monde, radios, télévisions, annuaires (encore incomplet), dictionnaires, météo, change, etc..

[www.shall.net.ma](http://www.shall.net.ma)

• Présente l'ergonomie des sites français, et offre d'ailleurs en première page des actualités pour la plupart reprises de sites français ([www.caducée.net](http://www.caducée.net), [www.quotimed.com](http://www.quotimed.com), [www.santemagazine.fr](http://www.santemagazine.fr))

• Site qui se veut «fédérateur de tous les professionnels de la santé» (médecins, pharmaciens ,chirurgiens dentistes, vétérinaires, laboratoires..)

• Activité principale : la promotion et la distribution de produits (médicaments et autres) par Internet.

Offre :

- Des espaces dédiés par catégorie de professionnels . L'accès à un espace nécessite une inscription , laquelle donne droit uniquement à l'espace demandé. Pour passer d'un espace à l'autre ,il faut une demande spéciale
- Une section formation impossible à ouvrir pendant notre consultation.
- Un agenda des événements et différentes manifestations de l'année 2002.
- Un annuaire des professionnels, encore très incomplet concernant les médecins.
- Le forum «médecins» que nous avons visité ne semble pas animé
- Des annonces pour achat et vente de particulier à particulier.

Pour conclure, quelques chiffres:

Le Québec: 8 millions d'habitants, plus de 1600 sites, dont près du tiers dédié à la santé.  
Le Maghreb: près de 100 millions d'âmes, et moins de 10 sites médicaux !  
C'est dire l'urgence à combler le fossé numérique !!!

## L'AMO

### QUELLE PLACE POUR LA MEDECINE GENERALE ?

REUNION DE CASA AVEC LES EXPERTS DE LA CNSS FRANCAISE

Dr. R. CHOUKRI

Le 31 janvier 2002, une rencontre à l'initiative de la CNSS (la première du genre) a réuni à son siège à Casablanca :

- Des représentants de la CNSS,
- Des experts de l'Agence pour Le Développement et le Coordonnement des Relations Internationales (ADECRI-France),
- Des représentants du Collège des Médecins Généralistes Privés de Casablanca ;
- Le Président et le Secrétaire Général de la FNAMEGPM

Cette réunion rentrait dans le cadre de l'étude menée par la CNSS marocaine, en collaboration avec les experts de l'ADECRI, pour apprécier les conditions techniques, matérielles et financières devant lui permettre d'assurer la gestion de la couverture médicale généralisée de base.

Le porte-parole de la CNSS a ouvert le débat pour exposer les principes de base du projet ; à savoir la gestion bipolaire de l'AMO par la CNSS et la CNOPS, coiffées par une Agence Nationale. La couverture des prestations, envisagée se limiterait au gros risque.

Il a ensuite expliqué le rôle du comité d'experts dans l'analyse du contenu du projet ; et exposé la mise en place des mécanismes d'application de cette AMO.

Le Président du comité d'experts français a ensuite pris la parole pour souligner qu'il n'entendait pas interférer dans les débats ; mais qu'il souhaitait surtout connaître l'avis des généralistes sur ce projet d'Assurance Maladie Obligatoire.

Les représentants du Collège des Médecins Généralistes Privés de Casablanca ont intervenu à tour de rôle pour exposer leur vision de la future AMO.

Nous retiendrons de leurs interventions les points forts suivants :

- Aucune mise en place d'une assurance maladie pertinente ne peut avoir lieu sans une restructuration du système de soins.

- Ce système doit avoir pour priorité les soins de santé primaires, la prévention et le traitement de toutes les pathologies qui peuvent affecter l'individu, l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens..

- La dépense de santé doit être régulée de façon régionale avec généralisation de la carte de santé, codage des actes, informatisation des professionnels.

- Privilégier une filière de soins verticale avec le généraliste comme porte d'entrée et de sortie, seule façon d'optimiser la qualité des soins et de maîtriser les coûts.

Les représentants de la Fédération ont axé leurs interventions sur deux points essentiels aux yeux de la Médecine Générale :

**Le premier point concerne le «RAMED»**  
(Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis)

En effet le projet d'AMO présenté au gouvernement prévoit la prise en charge financière de cette tranche de la population essentiellement par l'Etat (les communes), avec la participation des bénéficiaires, des produits financiers, des dons et legs...etc. L'article 124 du projet de loi envisage la dispense des soins dans les structures publiques (CHU et dispensaires).

Or chacun sait que c'est justement cette tranche de la population qui constitue le gros de la clientèle qui consulte dans les cabinets de médecine libérale. En «dirigeant» ces patients vers la médecine publique, ce projet d'AMO fait fi du principe sacrosaint de l'équité et de l'égalité devant la maladie, prône le dirigisme, et pénalise d'avantage une médecine libérale déjà lourdement sanctionnée par la conjoncture entre autres.

La Médecine Générale consciente de son rôle citoyen et social, propose la prise en charge de cette tranche de la population, soit

- Dans les cabinets privés, moyennant un forfait,

- Soit dans les dispensaires et hôpitaux publics dans le cadre d'un partenariat public-privé qui à notre avis va résoudre nombre de problèmes de santé à moindre coût.

**Le second point concerne «les gardes-fous» et la «porte d'entrée» de l'AMO**

La Fédération consciente du rôle que devra assumer le médecin généraliste dans le paysage sanitaire marocain n'a pas attendu que ce fameux projet d'Assurance maladie obligatoire voit le jour, pour commencer à s'organiser sur le plan professionnel.

La Fédération a entrepris un long travail de réflexion, puis d'étude afin de repositionner le médecin généraliste actuel sinon en médecin de famille, du moins en médecin de proximité compétent capable de proposer une médecine de qualité à un coût raisonnable à une population aux moyens limités.

La Fédération a démarré avec ses partenaires (M.S, FMOQ canadienne, OMS, CMS) la mise en place d'une série d'actions visant à redonner davantage de crédibilité au médecin généraliste, en proposant une stratégie de repositionnement de cet omnipraticien via une formation médicale continue de qualité, souple et adaptée (voir recommandations de «l'atelier de Marrakech»).

En insistant sur ces deux points, nous avons voulu démontrer que la Fédération Nationale des Médecins Généralistes Privés du Maroc entendait non seulement participer activement à la mise en place de cette couverture médicale qu'elle juge pour le moment trop « étroite » pour tous les partenaires de la profession ; mais qu'elle avait des propositions concrètes pour assurer la réussite technique et la pérennité financière de ce projet. La santé n'a pas de prix certes, mais elle doit être de qualité pour prétendre avoir un coût... à la portée de toutes les bourses, y compris celles des organismes payeurs !

**FNAMGPM**  
Fédération Nationale des Associations  
des Médecins Généralistes Privés du Maroc  
4, Angle rues Attoute – Attoutah. Secteur 10, Hay Riad. Rabat  
Tél. : 037.71.33.55 / 037.71.37.37  
GSM: 061.37.19.47 E.mail : rchoukri@wanadoo.net.ma

### A l'ensemble des Médecins Généralistes Privés du Maroc

**Objet :** L'EXERCICE DE LA MEDECINE EN CABINET DE GROUPE

Chère consœur, cher confrère,

Le secteur de la santé connaît des mutations profondes : réformes hospitalières, mise en place de la couverture médicale obligatoire (AMO) pour une plus grande frange de la population, restructuration du Conseil de l'Ordre des Médecins, etc...

Pour ce qui concerne la médecine générale privée au Maroc, les problèmes sont multiformes et nécessitent par conséquent un ensemble de mesures d'accompagnement, dans le but de promouvoir les prestations de services offertes par le médecin généraliste.

Le médecin généraliste est perçu aussi bien par le public que par les autres composantes du secteur de la médecine comme un acteur de santé de second plan, alors qu'il doit être considéré comme la pièce maîtresse de ce système de santé, notamment dans la perspective d'une couverture médicale plus élargie et obligatoire.

Il semble aussi que le médecin généraliste marocain ne peut s'épanouir dans son rôle, car il est confronté au quotidien à un certain nombre de difficultés notamment :

- L'augmentation soutenue des charges qui grèvent les rentrées de son cabinet ;
- L'isolement quasi-total dans lequel il vit ;
- Le fait qu'il ne soit pas consulté en première intention par la population.

Dans le cadre d'un protocole d'accord signé entre l'USAID et le Ministère de la Santé, et qui vise l'augmentation des prestations de santé familiale au niveau du secteur privé, le projet "CMS" a inscrit dans son plan d'action 2002 des activités visant à repositionner le médecin généraliste en médecin de famille.

Ces mesures peuvent être résumées comme suit :

- L'encouragement et l'accompagnement de la constitution des premiers cabinets de groupe qui opéreront dans un contexte de médecine de famille.
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un cursus de formation continue en médecine de famille adapté aux réalités quotidiennes de l'exercice de la médecine privée.
- L'instauration du concept qualité dans l'exercice de la médecine privée

Depuis deux années, le Ministère de la Santé et l'USAID ont initié le projet CMS (Commercial Market Strategies) qui vise un meilleur accès aux soins de santé reproductive et infantile du secteur privé et une utilisation optimale de ces services ; permettant la diversification des ressources et allégeant ainsi la charge du secteur public.

Dans cette stratégie, la part des prestations délivrées par le secteur privé (notamment la médecine générale) dans le système national devrait augmenter.

Face à ces données, la FNAMGPM a décidé d'opérer une mise à niveau sur le plan organisationnel, pour relever le défi qui consiste à repositionner le médecin généraliste actuel sinon en médecin de famille (à l'image de ses confrères européens ou nord-américains), du moins en médecin de première ligne capable d'offrir un "bouquet" de prestations de qualité à un coût raisonnable ; et le proposer comme éventuelle porte d'entrée et ordonnateur de cette fameuse AMO que nous attendons tous avec impatience.

Cette lettre d'information de la Fédération à ses membres est aussi un appel à candidature. En effet, tout médecin généraliste privé au Maroc qui serait intéressé par ce projet pilote d'exercice de la médecine en cabinet de groupe est invité à se faire connaître auprès de la FNAMGPM, en renvoyant la fiche ci-jointe dûment remplie ; et cela avant le 30 avril 2002. Il est à noter que seuls les pionniers pourront bénéficier du soutien de ce projet.

Avec mes cordiales salutations.

Dr Rachid Choukri  
Président de la FNAMGPM

### COUPON REPONSE

Dr. (Nom, Prénom) : .....

Adresse du cabinet : .....

.....

.....

Tel.: ..... Fax: ..... GSM: ..... E.mail: .....

Informe le Comité de la Fédération qu'il est désireux de participer au projet pilote relatif à l'exercice en groupe de la médecine (cabinet de groupe) qui est initié par le projet CMS en partenariat avec la FNAMGPM

Signature: .....

PS / A retourner avant le 30 mars à l'adresse de la FNAMGPM. Merci .

**ROYAUME DU MAROC**  
**CENTRE ANTI POISON ET DE PHARMACOVIGILANCE DU MAROC**  
**CELLULE DE COMMUNICATION INFORMATION**

# QUESTIONNAIRE

Province : .....

Médecin généraliste  Spécialiste  en .....

Exercice : Privé  Public : hôpital  centre de santé

Avez vous à traiter des intoxications ? oui  non

Si oui lesquelles : Médicaments  Produits domestiques   
Aliments  Scorpion   
Pesticides  Autres (à préciser)

Par quelle fréquence : .....

Par semaine  Par mois  Par an

Que faites vous dans ces cas ?

Recours à votre expérience professionnelle   
Recours à une documentation personnelle   
Téléphoner (préciser à qui)   
Transfert à l'hôpital d'emblée

Connaissez vous le Centre Anti Poison du Maroc (CAPM)? oui  non

En connaissez vous le numéro de téléphone ? oui  non

Si oui, inscrivez le : .....

Avez vous déjà fait appel aux services du CAPM ? oui  non

Si oui, êtes vous satisfaits des services qui vous ont été offerts ?

Oui  non  partiellement

Si non, décrivez en quelques lignes les raisons de votre insatisfactions ?

.....

Vos suggestions et vos attentes concernant les prestations du CAPM

.....  
.....  
.....

*A renvoyer au siège de la FNAMGPM : Angle Rue Attoute et Attouffah, secteur 10 Hay Riad - Rabat*



Dr. M. GUESSOUS

### LE MEDECIN EST LA ?

Le médecin est là ? Question habituelle souvent entendue dès qu'un consultant franchit le seuil de la porte d'un cabinet médical . Oui, le médecin est toujours là, patient, inébranlable, prêt à exercer son art. C'est plutôt le malade qui se fait attendre .

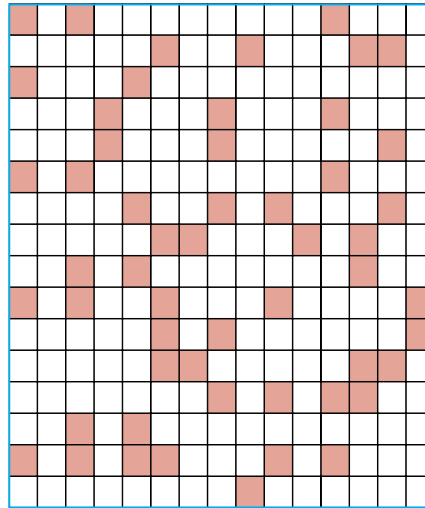
- Oui monsieur, il est là, répond la secrétaire.
- La salle d'attente est vide ! Ce toubib est bien ?
- Oui monsieur, c'est un bon médecin .
- A t - il l'échographe? insiste le patient.
- Oui monsieur, il a tout ce qu'il faut.

Après cet "interrogatoire", le patient consent à se faire admettre en salle d'examen.

- Bonjour ! Voulez vous me dire ce qui ne vas pas ? demande le médecin.
- Docteur, je veux "faire" l'échographie.
- Oui , mais décrivez moi d'abord ce que vous ressentez.
- J'ai mal partout, j'ai acheté un tas de médicaments, j'ai fait toutes les analyses sans résultats. Je vous demande de m'envoyer faire un scanner.

Le médecin, visiblement contrarié arrive quand même à souférer quelques réponses à son patient, il fait son examen complet et conclut : "Rassurez vous monsieur, vous êtes en bonne santé. Seulement, vous êtes un peu anxieux et cela entretient vos ennuis digestifs. Vous avez aussi un problème de poids; je vais vous donner quelques conseils diététiques, faites un peu d'exercice physique, prenez ces quelques médicaments et ... revenez me voir à la fin du traitement".

A votre avis, notre malade fera t-il confiance à son médecin ? Cessera t-il de confondre médecin et outils diagnostiques ? Notre médecin relèvera t-il le défi de reconquérir la place qui lui revient dans une société où les rôles sont d'autant plus brouillés que les moyens techniques se perfectionnent et se multiplient ?



#### Horizontalement :

- 1- harmonie- névrose 2- blémir - nous-mêmes - écrivain
- 3- abri de volatiles - analyse 4- mamelle- arthrite - parti de Prion- drogue 5- rhumatisme - L entre deux consonnes - babine
- 6- nuisible-vieux 7- issue épidermique - terminaison-résonance
- 8- benêt-serpent vénereux - de pic 9- possessif - fédération - négation. 10- travaux pratiques- entourée de flots- particules
- 11- constellation - connaissance 12- déjection- satire
- 13- enviro- note 14- nazi - imprégnation 15- suffixe d'infamiation - cantique 16- prétendus, simulés- mictions.

#### Verticalement :

- I- ponction-mamelle- monosaccharides. II- psychotique.
- III- fest-gloussé-personnel, IV- diabète - science de l'éthique
- V-terminaison-jacasseuse-télégramme. VI-pavage-moitié de lime
- VII- arbre fruitier-démentit-compagne. VIII- renouveau-souvent - masque-diplôme. IX- gros viscère. X- interventi-
- assemblées-tableau. XI - préjudiciables - découvreur.
- XII- puis - Interpénétration fluïdique - partie d'intestin.
- XIII- négation-anion. XIV- carcasse, partie d'intestin, vogue, style. XV-dermatose-déliçates

### Blagues

Le médecin, très content de lui :

- Eh bien madame, j'ai une bonne nouvelle à vous annoncer

La patiente :

- Mademoiselle s'il vous plaît

Le médecin se reprend :

- Dans ce cas mademoiselle, j'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer nouvelle

...

- J'ai mal à la tête, tu connais un bon médecin? demande quelqu'un à son copain.

- Bof, tu n'as pas besoin d'un médecin, il y a un ordinateur chez le pharmacien du coin qui te fait tous les diagnostics que tu veux; il suffit de lui filer un peu de ton urine Le type va dans la pharmacie, met son échantillon d'urine là où il faut et attend. La machine vibre un peu, s'allume et délivre un bout de papier sur lequel on peut lire: "vous avez une migraine, prenez un antalgique type paracétamol, évitez le bruit et la lumière et surtout reposez vos méninges, ça devrait aller mieux dans peu de temps" Comme notre ami est du genre incrédule, il décide de tester les performances de la machine. Il mélange de l'eau du robinet, avec l'urine de son chien, celle de sa femme et celle de sa fille. Il retourne à la pharmacie et sert son cocktail à la machine.

La machine entre en transe, s'allume de partout et sort un long papier : " Votre eau du robinet est trop dure, faites installer un filtre, votre chien a des taenia, déparasitez le, votre fille se drogue à l'héroïne, il faut envisager une cure de désintoxication. enfin, votre femme est enceinte mais l'enfant n'est pas de vous, vous devriez prendre un bon avocat "

...

Un patient explique son problème au médecin : "Ecoutez Docteur, moi mon problème, c'est que j'oublie rapidement. Je vous dis une chose, et deux minutes après, je ne me souviens plus de rien, je pose quelque chose sur la table et deux minutes après, je ne sais plus où je l'ai posée...". Le médecin l'interrompt "Ecoutez, Monsieur , avant d'aller plus loin, réglez moi d'abord s'il vous plaît".

### Solution Mots Fléchés

S	N	I	R	S	E	G	E	F	E	V		
D	O	E	E	I	I	I	I	I	I	I		
N	O	I	L	I	B	I	M	B	I	G	S	S
I	M	N	L	V	V	L	O	S	S	S	E	E
F	E	L	E	F	A	V	N	E	S	E	L	E
I	E	I	S	O	N	G	V	N	O	I	O	R
S	N	O	I	L	E	I	P	A	S	E	S	E
E	N	M	G	P	M	V	N	E	N	E	S	E
S	S	V	A	B	O	R	T	O	I	D	I	D
O	N	O	S	N	E	R	E	R	P	O	P	O
L	O	E	R	E	T	E	T	E	C	D	R	E
I	O	R	R	E	L	I	L	I	V	V	V	R
N	O	I	L	E	V	R	E	I	S	S	S	I
D	S	D	P	R	I	P	A	R	P	A	R	P
N	O	I	L	E	S	S	I	I	D	D	I	N
A	V	L	R	O	N	O	N	O	L	I	T	R
C	T	O	N	O	N	A	V	A	L	P	A	V

DETENTE

## REJOIGNEZ NOUS !

*Salut les "généralos" ! Mefiez vous, cette page est destinée au "recrutement". Seulement, elle ne recrute ni pour une armée, ni pour une clinique de copains, ni pour une étude payée en dollars. Elle recrute pour l'amitié, pour la solidarité, pour l'information et la formation entre généralistes, des valeurs "retrogrades", mais grâce à Dieu encore en cours sur la planète généraliste. Que vous soyez une association bien structurée ou un simple individu "paumé", faites vous connaître. Cette revue est la votre, elle est celle de votre fédération, elle a besoin de tout le monde, même de ceux qui "n'ont besoin de personne". Son ambition: être un espace d'échange et d'information entre les généralistes. A vos stylos !*

### Questionnaire association

Région Economique : .....  
 Nom de l'association locale de médecine générale : .....  
 Provinces et villes représentées : .....  
 Nombre de médecins généralistes de la région : .....  
 Nombre de médecins adhérents : .....  
 Date de création de l'association : .....  
 Composition du bureau actuel :  
 • président : .....  
 • secrétaire général : .....  
 • Trésorier : .....  
 • Autres membres : .....  
 Noms des représentants au sein du Conseil d'administration de la FNAMGPM : .....

### Questionnaire médecin

Région Economique :  
 Commune urbaine  ou rurale  de : .....  
 Nombre d'habitants de la commune : .....  
 Ville : .....  
 Nombre total de médecins privés dans votre commune : .....  
 Nombre de généralistes privés : .....  
 Qui êtes vous ?  
 • Nom prénom : .....  
 • Date de naissance : .....  
 • Date d'obtention du doctorat : .....  
 • Faculté d'origine : .....  
 • Adresse exacte : .....  
 Téléphone : cabinet ..... domicile ..... Gsm : ..... e.mail : .....  
 faites vous partie d'une association ? OUI  NON  SI OUI, laquelle ? .....  
 Avez vous les coordonnées des responsables ? .....  
 Un aperçu de Votre installation dans le privé :  
 • Date d'installation : ..... (1ère installation)  
 • Avez vous déjà déménagé ? OUI  NON   
 • Si oui : Lieu de votre première installation ..... Date du déménagement : .....

### Soutien à la revue\* (1)

Nom , Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ..... E.mail : .....  
 Qualité : Médecin  non médecin   
 Spécialité : généraliste  spécialiste  à préciser .....  
 Je souhaite soutenir la "lettre du médecin généraliste".  
 Je participe avec : .....DH  
 Ci joint mon règlement par : Chèque  Virement bancaire  au nom de la FNAMGPM .  
 A .....le.....  
 Signature et cachet : .....

(1) : Coupon à adresser à \* Lettre du Médecin Généraliste \* : 4, Angle Rues Attoute et Attouffah ,secteur 10 – Hay Riad RABAT