



SOMMAIRE

Editorial	1
Exercice médical : actualités	
- Le bulletin	2
- La chronique	2
Patrimoine de l'Ordre	
- Les acquis	3
- La maison du médecin	4
Activités de l'Ordre	
- Recouvrement des cotisations	5
- Protection sociale du médecin libéral : propositions de l'Ordre, pour lancer le débat	6
- Action sociale de l'Ordre (années 2009/2010)	6
- Comités, commissions	7
- Plaintes, litiges, discipline	9
- L'ouverture d'un cabinet médical, états des lieux, recommandations	10
Lois, décret, circulaires : les nouveautés	
- Décret n° 2010-2200 du 6 septembre 2010	11
- Circulaire du ministère de la santé publique relative aux fonctions du chef de service hospitalier (extraits)	11
Projets de textes de loi	
- Code de déontologie médicale	12
- Dossier médical	14
- Exercice à distance de la médecine	14
- Intermédiaires entre médecin et patient	14
Informations diverses	
- Recommandations de l'Ordre aux médecins « visiteurs » en Libye	15
Ethique médicale	
- Les conflits d'intérêts en pratique médicale	15
- Charte « non merci » 2010	17
- Fonctionnement du comité technique des spécialités pharmaceutiques	17
Spécial SIDA	
- Programme d'appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH SIDA en Tunisie 2007-2012	18
Dossier : spécial cancer	
- Les registres du cancer : aspects méthodologiques et situation en Tunisie	20
- Analyse coût efficacité des stratégies du dépistage du cancer du col utérin en Tunisie	21
Démographie Médicale	
- Reconnaissance de qualification au cours de la période 2009/2010	22
- Reconnaissance de qualification au cours de la période 2009/2010 répartition par spécialité	23
- Démographie Médicale	24
Points de vue	
- Conventionnement entre médecins anesthésistes réanimateurs et cliniques privées	33
- Exercice de l'anesthésie réanimation	34
Identités	35
Elections, cotisations	36

Directeur de la publication
Taoufik NACEF

Comité de rédaction
Mohamed ALOULOU
Mohamed Féthi DEROUICHE
Mohamed JOUINI
Slim BEN SALAH
Nabil BEN ZINEB
Amen Allah MESSADI
Mohamed AYED
Lotfi BEN HASSINE
Abdelhamid BOUATTOUR

Mohamed Néjib CHAABOUNI
Najeh CHENITI
Rafik GHARBI
Rachid KAMOUN
Youssef LETAIEF
Mounir Youssef MAKNI

Collaborateurs
Mme Henda Zidi Chtioui
Mme Saliha Oubeidallah

ADRESSE

CNOMT, 16, Rue de Touraine 1002 Tunis
Tél: 216 71 792 736 - 71 799 041
Fax: 216 71 788 729 -
E-mail: cnom@planet.tn
Site: www.ordre-médecins.org.tn

EDITORIAL

RÉUNIONS DE COORDINATION

Les réunions de coordination regroupent tous les conseillers ordinaires ; soit 64 participants (16 conseillers nationaux, 48 régionaux). Elles ont été tenues au rythme de deux au moins par année.

Ces regroupements dont l'ordre du jour est préparé après une concertation entre le président du conseil national et les présidents des conseils régionaux, sont une occasion pour débattre des problèmes et difficultés de la profession, pour échanger des informations, confronter les points de vue et pour faire vivre la convivialité et l'esprit de camaraderie (carabin ?).

Parmi les thèmes ayant fait l'objet de débats et pour certains de recommandations, ou de mises au point publiés dans le Bulletin et sur le portail Internet, citons :

- L'assurance maladie à l'ère de la CNAM ;
- La révision du code de déontologie médicale ainsi que celle du règlement intérieur de l'Ordre ;
- L'installation du médecin libéral : un guide a été édité à cet effet qui propose des solutions aux situations courantes ; d'autres situations sont étudiées, au cas par cas, tant elles sont rendues complexes par l'enchevêtrement des problèmes humains et des statuts (jurisprudence à constituer) ;
- L'exercice de l'imagerie médicale ;
- L'exercice de l'anesthésie réanimation ;
- La retraite et la couverture sociale du médecin libéral (CNSS, CNAM, Capitalisation, Assurances complémentaires) ;
- L'organisation des services aux patients non résidents particulièrement le rôle et la place des «intermédiaires» dans le réseau ;
- L'ordonnance sur requête ;
- Le conventionnement des médecins (médecine du travail, de contrôle...) ;
- Les rapports entre médecins et médias, et les «frontières» entre communication personnelle et nécessaire éducation pour la santé.

Pour terminer, nous invitons les confrères à alimenter par leurs contributions personnelles (articles, «cas» déontologiques et éthiques...) la réflexion collective sur la vie et sur l'avenir de notre corporation. Tout comme nous les incitons à être présents aux échéances électorales en faisant acte de candidature et en votant ; la date du prochain rendez-vous (pour le renouvellement de la moitié du bureau national) est fixée au **8 janvier 2011**.

(M.Y.M, T.N)

LE BULLETIN

Une nouvelle jaquette (plus attrayante ?) est proposée. Le Bulletin est distribué, gratuitement, à tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre.

Le milieu médical a connu au cours des dernières années une activité intense dont le Bulletin a tenté de rendre compte. Toutefois, notre regret est que, malgré nos appels, nous n'ayons pas réussi à éveiller chez nos lecteurs le désir de contribuer - par des écrits - à enrichir le contenu de notre publication.

Pour assurer la pérennité du Bulletin, pour augmenter la fréquence de sa parution (actuellement deux fois l'an) nous lançons un appel à tous les confrères pour qu'ils nous envoient des articles exprimant des opinions, ou relatant un vécu en rapport avec l'exercice professionnel, la qualité des soins, la déontologie, l'éthique...

LA CHRONIQUE

1. Des patients nous rapportent que les sommes qu'ils ont déboursées pour des prestations de soins (consultation, interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, actes d'imagerie médicale) sont supérieures aux tarifs conventionnels, parfois même aux honoraires de la fourchette ordino-syndicale. Ils sont souvent différents de ceux que le médecin (conventionné) a consigné sur la feuille de soins¹.

Rappelons que outre les considérations d'ordre éthique et moral, la relation médecin/malade est régie par le code de déontologie et par l'engagement (qui a valeur de parole donnée) qui lie le praticien aux organismes d'assurance maladie légaux. Ces derniers doivent quant à eux veiller, à respecter le calendrier fixé pour la révision périodique et l'actualisation des coûts des actes médicaux.

2. Suite à la dénonciation d'un médecin pour «activités commerciales sans rapport avec la médecine», l'Ordre appelle les confrères à ne pas dégrader l'image du médecin en s'impliquant de façon «voyante» (par exemple en aidant les clients à repérer leurs courses dans les rayons, ou en tenant le tiroir caisse...) dans une entreprise dont ils seraient actionnaires et/ou qui serait la propriété d'un proche parent.

3. Les «intermédiaires» foisonnent, prospèrent et aspirent à la maîtrise du «marché» et des circuits de prestations de santé ; certains bénéficieraient de la bienveillance (intéressée !) de praticiens.

L'Ordre des médecins met une fois de plus en garde contre ces pratiques illégales qui polluent la relation médecin/malade et bafouent la confraternité. Elles sont encore plus condamnables quand elles sont exercées par des médecins, qui perçoivent une rémunération uniquement pour des services de conseil, orientation et suivi au bénéfice de tiers non résidents en Tunisie.

D'autant qu'il peut arriver que ces tiers - le plus souvent

parents des malades avec lesquels le praticien aurait noué des relations d'intimité (?) - dénoncent, devant toutes sortes d'instances, article du code de déontologie à l'appui, une fois le commissionnement arrivé à son terme, le comportement - qualifié par eux de «deshonorant pour la profession» - et l'abus d'honoraires dont le confrère se serait rendu coupable.

4. La CNAM (avec laquelle l'Ordre a tenu une réunion de travail le 14 octobre 2010) nous fait part de sa consternation concernant le comportement de confrères qui demandent le remboursement de frais de consultation faites à leur propre personne et à leur très proche famille (épouse, enfants, père et mère)

A différentes reprises, l'Ordre a pris position sur ce sujet, pour recommander aux médecins un comportement honorable.

5. Le CNOM a été l'invité de la Banque Africaine de Développement (BAD), pour un dialogue avec les responsables de cette institution en charge du «social» ainsi qu'avec les représentants des affiliés et de leurs familles (près de 4500 personnes couvertes par une compagnie d'assurances privée étrangère²). La séance a été consacrée à la présentation du système de santé tunisien et de l'«offre» médicale ; à la réponse à toutes sortes de questionnements (formulés de façon explicite ou sous-entendue) sur le fonctionnement du système et les supposés dérives. Impression d'ensemble : d'une telle confrontation, on sort renforcé dans la conviction que, quoique nous ayons l'impression de faire, nous ne parlons pas (suffisamment) au malade/avec le malade pour que notre message soit pleinement entendu. Engagement a été pris, au nom de la profession que nous ferons de notre mieux pour satisfaire le droit à l'information et à un traitement équitable de tous nos patients, les «banquiers» comme les autres citoyens !

¹ : D'où le (surprenant et peu flatteur) rapprochement fait par un de nos visiteurs (à la rue de Touraine) entre le siège du conseil et «Wall Street», entre tarification médicale et spéculation boursière.

² La Banque est le propre assureur de ses employés ; elle délègue la gestion des prises en charge et des remboursements des frais de soins à une compagnie d'assurance privée domiciliée à l'étranger.



6. Une consoeur a eu il y a plus de dix ans à répondre devant la justice de notre pays pour des accusations (négligence présumée dans la procédure du constat d'un décès qui aurait été d'origine criminelle) dont elle a été totalement disculpée. Elle est récemment contactée par le collaborateur d'une entreprise de communication télévisuelle qui lui propose la participation (dont il lui souligne les avantages en terme de «promotion de son image») à une reconstitution de ce fait divers, demeuré mystérieux à certains égards.

Devant le refus ferme du médecin, le «journaliste» après avoir filmé l'entrée du cabinet (sans y avoir été autorisé), la menace du pire traitement médiatique si elle n'obtempère pas à son invitation (et à bon entendre, salut!). Fort heureusement, l'intervention énergique de la collègue auprès de la direction a mis un terme au processus ; le «journaliste» a été désavoué.

Le conseil de l'Ordre félicite le Dr S... pour son attitude «digne» qui fait honneur à notre corporation.

Une pièce de plus à verser au contentieux des rapports «ambivalents» entre la presse et les médecins ! Il est à espérer que le récent colloque «Médecins et médias» organisé par le Comité National d'Ethique Médicale auquel les représentants de la presse ont été conviés ait contribué à les assainir et à préciser les rôles : au journaliste, le scénario et la dramaturgie ; au médecin la pédagogie³ au service du savoir approprié, et la latitude de récuser toute offre qui ne serait pas conforme à sa déontologie.

7. Stationnement urbain : mise au point (suite à des contacts avec les autorités). Devant le foisonnement des caducées, la difficulté pour les agents qui patrouillent

dans la rue de reconnaître celui délivré par l'Ordre des médecins et de distinguer le caractère «du service médical et de l'urgence» d'autres usages de ce «droit» ; comment trouver la voie de la solution qui préserve l'intérêt du malade et permet au médecin en service de stationner en toute sérénité sans crainte de l'épée de Damocles que représente le remorqueur de la compagnie privée concessionnaire de cette activité.

D'autres professionnels – il est vrai moins nombreux, moins exposés médiatiquement, plus proches d'une «autorité» d'Etat - bénéficient du privilège du stationnement illimité, en tous emplacements libres. La proposition que l'Ordre pourrait négocier, avec les autorités pourrait être la suivante :

- affichage sur le pare-brise de la voiture du caducée ainsi que d'un disque (comme celui utilisé avant l'avènement des horodateurs) indiquant des plages horaires, d'une durée d'une heure chacune (temps nécessaire à la prestation du médecin) ; tous deux porteraient l'estampille de l'Ordre des médecins.
- le médecin bénéficiaire prend l'engagement de :
 - ne pas entraver la fluidité du trafic (choix de l'emplacement)
 - utiliser cette facilité uniquement pour les interventions urgentes.

8. Les accidents de la route font de nombreuses victimes dans le monde de la santé (celui survenu récemment à Gabès a fait de nombreuses victimes ; Sadok Attallah, premier ingénieur sanitaire tunisien et pionnier de l'Hygiène, notamment hospitalière est mort sur la route de Kairouan). Alors prudence et bonne et longue route sans accident !

(Med J,M.Y.M., T.N)

³ Et pourquoi pas (un peu de) la verve, et (de) l'humour du populaire consultant juridique de la radio nationale.

Patrimoine de l'Ordre



LES ACQUIS

En 2010 a été signé l'acte de vente d'un appartement flambant neuf au profil de l'Ordre des médecins de Tunisie et qui abritera dorénavant le conseil régional de l'Ordre des médecins de Gabès. Ce nouveau siège est situé dans l'immeuble Sidi Boulbeba, App C, 1er étage Mtorech- 6000 GABES, Téléphone : 75 293 155, Fax :75 297 158.

Suite à cette nouvelle acquisition, cinq conseils régionaux sur les six occupent désormais des locaux appartenant à l'Ordre. Pour le conseil régional de Béja, la prospection est en cours et la concrétisation de l'acquisition d'un appartement pourrait se réaliser dans un proche avenir. Quant à la construction de la nouvelle Maison du Médecin à El Manar, les études sont déjà achevées et le premier coup de pioche pourrait être donné au cours du premier trimestre de 2011 ; l'achèvement des travaux est prévu courant de l'année 2012. Incha Allah.



LA MAISON DU MEDECIN

1. La décision de Monsieur le Président de la République signifiant l'attribution à l'Ordre des médecins du lot n° CN19 (situé au quartier C à El Manar I), d'une superficie de près de 1600m² est transmise au conseil national de l'Ordre des médecins par Monsieur le Ministre de la Santé Publique : 19/2/2009

2. Suite à cette décision, des démarches sont entreprises auprès de la Municipalité de Tunis pour qu'elle fournisse à l'Ordre les données urbanistiques du lot (plan du lotissement, COS, CUS, cahier de charges...).

Parallèlement des contacts sont pris avec diverses administrations (notamment la Direction du Bâtiment du Ministère de la Santé Publique, le Président de la Municipalité de l'Ariana et ses services techniques), des bureaux d'étude, des architectes, des promoteurs immobiliers, des techniciens, des anciens de l'Ordre des médecins, en vue de nous informer sur les procédures permettant de mener à bon port un projet de cette importance.

Des démarches préliminaires sont entreprises auprès de différentes banques de la place pour nous informer sur les facilités de prêt, et ce en vue du bouclage du schéma de financement du projet.

Une commission – «Maître de l'ouvrage délégué» - est constitué au sein du conseil national, chargée d'assurer la mise au point et le suivi du projet. En font partie les membres du conseil national actuel suivants : T. Nacef, F. Derouiche, M. Jouini, N. Ben Zineb, A. Messaadi, S. Ben Salah, M. Ayed, R. Gharbi et M.Y. Makni. Les docteurs A Hachicha, M. Ben Slama, S. Chtourou ont participé seulement aux premières réunions.

La commission a régulièrement rendu compte au conseil des résultats de ses travaux et a sollicité ses avis et son approbation. En plus des ordinaux énumérés plus haut, la commission et Maître de l'ouvrage délégué a bénéficié de l'assistance de deux conseillers techniques du Ministère de la Santé Publique (un architecte général Mr. Nejib Kouraichi, parti en coopération en août 2010 et un ingénieur général Mr. Hafedh Bouzaidi) ainsi que d'un conseiller spécialiste des problèmes fonciers, Mr Abderrazak Chtioui.

Tableau des surfaces (autre le sous-sol)

Désignation	Superficie en m ²
Espace administratif (CNOM)	
Réception//Accueil/attente	123,4
Salle du Conseil (capacité : 30)	59,5
Salle de réunion (capacité : 15)	39,8
Secrétariat, bureau d'ordre, salle de repos/ vestiaire (Bureaux : 5)	95,8
Présidence	59,5
Secrétaire Général	44,5
Trésorier	26,6
Rédaction du Bulletin/formation continue	20,35
administration du site/médias	31,8
Discipline/relation avec les médecins	26,7
Sanitaires	52,85
Archives	
Total 1	580,8
Parking	
Espace administratif (STSM)	
Bureau Président	49,65
Salle de réunion	26
Rédaction Revue	18,75
Secrétariat	11,9
Archives	13,8
Total 2	120,1
Espace socioculturel	
Médiathèque	47,8
Espace polyvalent	120
Cafétéria	33
Annexes et dépôt	12,5
Total 3	213,3
Espace de «Congrès» séminaires	
Hall de réception	17,65
Salle de séminaire (80 places)	106,75
Sanitaires	14,65
Total 4	139,05
Parking (découvert)	
Chaufferie	
Total	1053,25
Taux d'appoint (circulation + murs)	397
Surface totale	1450,25



3. Evolution du projet de septembre 2009 à septembre 2010.

- Mise au point du programme fonctionnel (besoins en locaux, superficie, accès, gestion de l'espace...) et des choix architecturaux par la «commission» maître d'ouvrage délégué et des bureaux d'architectes.

- levée topographique et étude géotechnique réalisées par des bureaux sélectionnés par consultation ; rapports remis en juillet et septembre 2009.

- Sélection par appel d'offre, auquel ont répondu plus de 20 candidats, du groupe d'architectes (A. Bouaziz et Chouchene) qui sera le «maître de l'œuvre». Les architectes ont présenté à la commission et au conseil plusieurs esquisses (avant projet sommaire, APS). L'avant projet détaillé a été approuvé fin juin 2010 et le coût du projet était estimé à 1,2 MD. Le dossier d'autorisation de bâtir a été déposé au mois de juin auprès de la municipalité pour l'obtention du permis.

- Désignation par consensus entre le maître d'ouvrage délégué et le maître d'œuvre des bureaux d'études spécialisés intervenant sur le projet : structure et VRD, électricité et sécurité incendie, fluides.

Les résultats de ces études ont été présentés en septembre 2010 et approuvés par le maître d'ouvrage délégué et le maître d'œuvre.

- Désignation du bureau de contrôle (Med control) en septembre 2010. il est chargé de contrôler et d'approuver toutes les études (VRD, structure, fluides, électricité, sécurité) qui lui ont été soumises et ce avant le démarrage des travaux prévue pour janvier 2011.

Cette date est également conditionnée par l'obtention de

toutes les autres autorisations (avis STEG, SONEDE, ONAS, Télécom), la durée des travaux projetée est de trente mois.

4. Le financement du projet a été débattu. Le schéma retenu est le suivant :

- apport de l'Ordre à hauteur de 40-45% du coût estimé.
- prêt bancaire dont les conditions, la durée, le calendrier de déblocage des fonds et l'échéancier du remboursement sont négociés avec le banquier de l'ordre

- A l'approche de la fin des travaux, le conseil en accord avec la Société Tunisienne des Sciences Médicales et copropriétaire du siège actuel, procédera à la vente de ces locaux (rue de Touraine) par A.O public.

5. La Société des Sciences Médicales a été associée aux différentes étapes de l'élaboration du projet. Un espace comprenant des bureaux, salles de réunion, archives... répondant à ses besoins spécifiques et à ceux des sociétés savantes de spécialités qui l'ont demandé, lui a été réservé. Les autres locaux (salle polyvalente et médiathèque) seront utilisés en commun par les deux partenaires. Cette «association» fera l'objet d'une convention qui définira les engagements des deux parties.

6. Les démarches en vue de l'obtention du titre de propriété du terrain suivent un cours normal (novembre 2010).

ACTIVITÉS DE L'ORDRE

RECOUVREMENT DES COTISATIONS

Nous constatons avec regret que plus du tiers des médecins exerçant dans le secteur public et parapublic et le quart des médecins libéraux n'ont pas payé leurs cotisations à l'ordre pendant une période supérieure ou égale à 2 ans et ce malgré les différentes campagnes de sensibilisation et d'incitation.

L'Ordre a eu jusque là des scrupules à mettre en œuvre la procédure prévue par l'article 120 du code de déontologie médicale et qui prévoit la radiation du tableau de l'ordre pour les retardataires. La résolution de cette situation à l'amiable avec l'appui de Monsieur le Ministre de la Santé Publique (circulaire datée du 20 février 2010) a été privilégiée. Malgré toutes les démarches entreprises auprès des intéressés et des organismes et administrations, les résultats sont en deçà des attentes. En conséquence le conseil national de l'Ordre des médecins se voit dans l'obligation, de mettre en œuvre les procédures contraignantes prévues par la loi.

Mode d'exercice	Total Médecins	Dont médecins en retard de paiement	
		Nombre	%
Ministère de la Santé Publique	6217	2245	36
Ministère des affaires sociales et de la solidarité et des tunisiens à l'étranger	431	165	38
Ministère de la défense Nationale	167	51	31
Ministère de l'intérieur et du développement local	122	37	30
Autres Ministères	46	18	39
Libre pratique	5851	1426	24
Délégué médical	167	44	26
Contractuel	35	14	40
Salarié	42	19	45
A l'étranger	407	189	46
Sans activité déclarée	2351	1065	45
Total	15836	5273	33



PROTECTION SOCIALE DU MEDECIN LIBERAL PROPOSITIONS DE L'ORDRE, POUR LANCER LE DEBAT

1. LE CONSTAT :

En cas d'arrêt du travail pour maladie, le médecin du secteur public perçoit le plein salaire pendant une durée de trois ans ; puis la moitié de ce salaire les deux années suivantes. Le médecin libéral quant à lui perçoit de la CNAM une indemnité journalière de maladie, de l'ordre de 12D pendant une durée maximale de 180 jours ; somme insuffisante pour subvenir aux besoins de sa famille, au salaire de sa secrétaire et souvent au loyer de son cabinet sans oublier qu'il doit s'acquitter d'une partie de sa cotisation trimestrielle à la CNSS. Le recours de la quasi-totalité des confrères libéraux au remplacement (souvent sans véritable avantage, les malades refusant bien souvent les services du remplaçant) est nécessaire pour maintenir le lien avec la patientèle.

2. LIMITES DE L'INTERVENTION DE L'ORDRE

L'ordre est fréquemment sollicité pour soutenir des médecins en difficulté – actifs ou retraités – suite à la survenue d'une incapacité de travail, d'une maladie ou d'un accident. Ces confrères exercent le plus souvent dans le secteur libéral.

Ces demandes sont formulées par le confrère lui-même ou par son conjoint (notamment en cas de décès).

Toutes les demandes qui nous sont parvenues ont été étudiées ; toutefois l'institution dont les moyens sont limités, a seulement la capacité de répondre aux situations d'urgence. (Tableau 1)

ACTION SOCIALE DE L'ORDRE (ANNEES 2009/2010)

Une assistance financière accordée à trois médecins, frappés par une maladie invalidante, ou victime de catastrophe naturelle (inondations), pour un montant global de huit mille dinars.

Subvention au croissant rouge tunisien de 2500 DT en moyenne par an ; subvention au fonds national de solidarité (2010) 1000 DT.

Une cellule de réflexion a été donc constituée afin de réfléchir à la création de mécanismes d'entraide et de solidarité.

3. PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

3.1. L'assurance sociale du médecin libéral et des ayants droits

Le régime actuel de sécurité sociale du médecin libéral, dont la référence – en l'absence d'un «système d'information crédible – est le SMIG, a fait son temps ; il doit, notamment avec l'avènement de la CNAM, être révisé¹.

La cascade des effets d'une telle réforme sont difficiles à imaginer ; mais on peut penser que au bout de la chaîne, l'impact porterait sur la qualité des soins, des rapports médecins/patients et entre confrères, de la vie et de la sécurité (sérénité) des praticiens ; l'intégration (l'accueil) des jeunes dans la vie active en serait facilitée.

3.2. Lancement d'une étude (scénarios) pour la mise en place de systèmes d'assurances complémentaires valides couvrant :

- l'assurance RETRAITE ;
- l'assurance INDIVIDUELLE ACCIDENT : simple accident, incapacité ou décès (non maladie, capital fixe) ;
- l'assurance VIE (rente viagère ou capital décès)
- l'assurance MALADIE

Le promoteur de l'étude serait le CNOM (lancement par appel d'offre aux compagnies d'assurances par exemple) ; un jury d'experts, présidé et animé par le CNOM serait constitué pour mettre au point les termes de l'appel d'offres, puis d'évaluer les propositions et promouvoir l'option (les options) choisie(s) auprès des confrères. Tout comme il assurerait le suivi du système et l'arbitrage en cas de litiges.

¹ La solution qui vient, spontanément à l'esprit serait de prendre pour «référence» le régime des médecins du secteur public – y compris pour l'âge auquel le médecin prend obligatoirement sa retraite. Cette solution a été adoptée précédemment pour la fixation du taux d'imposition.



3.3. Création d'un organisme d'entraide et de solidarité

L'entraide ordinaire consiste en toute action d'aide confraternelle de l'Ordre à des confrères ou familles de confrères en difficulté.

Elle peut prendre la forme d'une aide financière ponctuelle ou pérenne, mais aussi d'une aide morale par le soutien, les conseils ou même l'accompagnement social.

La gestion d'un tel service serait assurée par un organisme national, largement décentralisé.

L'éventail des prestations offertes pourrait consister en :

- la mise en place d'un réseau de soins (médicaux et paramédicaux) et d'accompagnement à domicile ;
- la prise en charge du complément de dépenses pour les prothèses, les lunettes et autres appareillages ;
- la prise en charge en maison de retraite ;
- l'aide pour le conjoint ou l'enfant à charge ou handicapé

Le financement de l'entraide serait assuré par un «timbre ordinal de solidarité» ; ce timbre, d'une valeur de cinq dinars, serait obligatoire et affranchi sur toute attestation délivrée par l'Ordre.

(mise au point de N. CHE.)

COMITES, COMMISSIONS

En sa qualité de représentant des médecins et de défenseur de leurs intérêts moraux, le conseil de l'Ordre «étudie les questions entrant dans le cadre de ses attributions et de ses compétences et qui lui sont soumises par le Ministère de la Santé Publique». De ce fait il est appelé à faire partie de commissions pour exposer et argumenter (verbalement et/ou par des rapports écrits) le point de vue de la profession.

Ci-dessous une liste (non exhaustive) des comités dont l'Ordre national est membre, avec indication du nombre de réunions au cours de l'année 2009 et le nom du représentant.

Intitulé de la commission : objet	Nombre de réunions en 2009	Représentants du CNOM
ETHIQUE MEDICALE		
- Comité national d'éthique médicale	4	Dr CHAABOUNI
EXERCICE MEDICAL		
- Campagne nationale de lutte contre le tabac	1	
- La télémédecine	2	Dr BEN SALAH
- Check liste en milieu chirurgical	1	Dr JOUINI
- Médecine spécialisée dans les régions prioritaires	1	Dr JOUINI
- Exportation des services (offre de prestations médicales à des non résidents cadre de cet exercice, promotion, évaluation des compétences des intervenants)	7	Dr BEN SALAH
- Ministère du commerce et de l'artisanat : réunion du conseil national des services	1	Dr DEROUCHE
- Réunion ayant pour objet "تشجيع الاستثمار في المجال الصحي بالمناطق ذات الأولوية"	1	Dr JOUINI
- Commission de la nomenclature des actes médicaux	1	Dr MAKNI
- Commission nationale des établissements sanitaires privés (agrément pour l'installation des équipements lourds)	4	Dr KAMOUN
- Commission technique de biologie médicale (révision de la législation, agrément des laboratoires privés)	5	Dr MAKNI
SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT		
- Commission nationale chargée du suivi du dossier «périnatalité»	2	Dr MAKNI
- Commission nationale pour la promotion de l'alimentation du nourrisson	1	Dr BEN SALAH



- Commission technique consultative de vaccination	1	
- Réunion de réflexion sur les opportunités de partenariat entre le secteur privé et public pour la santé de la mère et de promotion l'enfant.	1	
CNAM		
- Commission nationale du contrôle médical	2	Dr JOUINI
- Commission nationale sectorielle des médecins libéraux	2	Dr DEROUCHE
QUALIFICATION DES MEDECINS		
commission des spécialités/compétences	8	Dr JOUINI Dr BEN ZINEB Dr DEROUCHE
Commission des équivalences (Ministère de l'Enseignement Supérieur)	8	Dr GHARBI Dr JOUINI
MEDICAMENTS		
- Comité technique des spécialités pharmaceutiques (Synthèse et audit des travaux des commissions spécialisées).	10	Dr KAMOUM Dr MESSADI
- Commission spécialisée de carcinologie et d'hématologie	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée de dermatologie	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée de pneumologie et d'allergologie	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée de Radiologie	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée des antibiotiques, antifongiques et antiparasitaires	1	Dr KAMOUM
- Commission spécialisée des médicaments correcteurs des troubles cardio-vasculaires et du rein	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée des médicaments utilisés en anesthésie réanimation et nutrition	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée des médicaments utilisés en gastro-entérologie	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée des médicaments utilisés en ophtalmologie.	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée des médicaments utilisés en ORL et stomatologie	1	Dr MESSADI
- Médicaments biologiques : sérums, vaccins et dérivés sanguins.	1	Dr MESSADI
- Commission sectorielle d'information, d'instruction et de communication.	2	Dr GHARBI
- Commission spécialisée de phytothérapie et des techniques thérapeutiques alternatives	1	Dr MESSADI
- Commission spécialisée des médicaments utilisés en endocrinologie et métabolisme	2	Dr MESSADI
- Commission sur l'insuffisance rénale chronique	1	Dr CHABBOUH
- Commission technique chargée de la situation épidémique des diabètes type 2		Dr DEROUCHE
- Comité de la bioéquivalence	1	Dr KAMOUM
- Comité de suivi de l'observatoire des médicaments	2	Dr KAMOUM
- Comité technique des spécialités pharmaceutiques sur la révision de la nomenclature hospitalière.	1	Dr MESSADI
- Commission de contrôle de la publicité pour les médicaments destinés à la médecine humaine	1	Dr MESSADI
- Révision de la loi n°54-1969 du 26 juillet 1969 relative aux produits toxiques	1	Dr NACEF
DIVERS		
- Commission de recours des décisions de la commission de qualification du CNOM	2	Drs JOUINI, Dr AYED, Dr NACEF
- Conseil d'administration de l'Institut Salah Azaiez	2	Dr CHABBOUH
- Réunion à propos de la loi relative à la prise en charge de la douleur.	1	Dr BEN SALAH
- Réunion concernant le cahier des charges relatif à la profession d'esthéticienne	2	Dr JOUINI
- Réunion de la CCM (اللجنة الوطنية المتعددة الأطراف)	3	Dr GHARBI

PLAINTES, LITIGES, DISCIPLINE

Du 1er janvier 2009 au 30 octobre 2010, 130 plaintes ont été reçues et étudiées par le conseil de l'Ordre. Les médecins mis en cause sont en majorité : de sexe masculin (73%), exerçant dans le secteur libéral, dans le district de Tunis (75%). Il s'agit pour les deux tiers, de spécialistes ; toutes les spécialités sont représentées quelles soient médicales ou chirurgicales, mais aussi l'imagerie médicale, la biologie et la médecine du travail.

Dans près de la moitié des cas (44%) la plainte émane d'un citoyen ; dans 28% il s'agit de conflits entre médecins et pour le quart restant la plainte provient d'administrations et d'entreprises publiques ou privées (CNAM, MSP etc).

Les griefs invoqués par les plaignants se répartissent comme suit :

Objet de la plainte	%
• Conflits interpersonnels (avec collègues, avec d'autres professionnels de santé, avec des patients, avec des voisins)	28%
• Délivrance d'un certificat médical (arrêt de travail, CMI, expertise) qualifié de complaisant ou de partial, favorable à la partie adverse	26%
• Contestation par le patient des techniques de soins, des prescriptions ; des résultats de soins, jugés insuffisants	17%
• Refus par le médecin de donner des soins	5%
• Honoraires des prestations non conformes à la «convention» avec inscription sur le bulletin de soins de chiffres différents de ceux qui ont été réellement perçus	10%
• Entrave à la réglementation en vigueur et au code de déontologie médicale : signalisation et libellé de plaques non conformes, remplacement non autorisé, rabattage	9%
• Prescriptions abusives de psychotropes	3%

Toutes les plaintes ont été étudiées par le conseil de l'ordre. Plusieurs ont été jugées non recevables, les autres ont été instruites et pour la majorité d'entre elles, le dossier a été classé sans suite pour absence de preuves tangibles corroborant le bien fondé et l'objectivité de l'accusation. Toutefois et à titre informatif, le conseil de l'ordre a souvent rappelé aux confrères les règles déontologiques relatives au comportement présumé fautif.

Quant au conseil de discipline, il s'est réuni à trois reprises pour examiner et juger des plaintes à l'encontre de huit collègues.

Par ailleurs, le conseil national a accepté les demandes d'assistance juridique par l'avocat du conseil à cinq confrères, qui faisaient l'objet de poursuites judiciaires devant les tribunaux.

Enfin, une plainte en justice a été déposée contre deux citoyens dont les annonces publicitaires dans les journaux nationaux constituent non seulement une usurpation de la qualité du médecin (exercice illégal ?) mais aussi la diffusion d'informations scientifiquement infondées (charlatanisme). En outre l'Ordre est intervenu à différentes reprises auprès des autorités et des responsables des médias pour demander à ce que la publicité des «guérisseurs» soit réglementée... à travers le filtre de la vérité scientifique et de la morale.

ملفات الأطباء المحالين على مجلس التأديب سنة 2010

المخالفات	قرار المجلس
م - ل - م - طب عام - سوسة الفضول : * 4 - 12 - 22 - 34 الفصل 7 من الأمر عدد 1156	تأجيل القرار الأديبي (في انتظار قرار المحكمة)
ح - ق - طب اختصاص أمراض الرئة - القيروان الفضول : * 2 - 22 - 31 - 33 القانون عدد 52 لسنة 1992 "المخدرات"	الإنذار
ر - ع - طب اقتدار : أمراض مهنية - سوسة الفضول : * 2 - 22 - 31 - 33 القانون عدد 52 لسنة 1992 "المخدرات"	التوبيخ مع الترسيم بالملف
ش - د - طب عام - سوسة الفضول : * 2 - 22 - 31 - 33 القانون عدد 52 لسنة 1992 "المخدرات"	التوبيخ مع الترسيم بالملف الإنذار
ع - س - طب اختصاص : النساء والتوليد - تونس الفضول : * 3 - 17 - 19 50	التوبيخ مع الترسيم بالملف
ف - ن - طب اختصاص : جراحة عامة - تونس الفضول : * 16 - 23 - 74 أحكام القانون عدد 61 لسنة 199 "الخبراء العدليين"	تأجيل القرار الأديبي (في انتظار قرار المحكمة)
ف - ح - طب اختصاص : النساء والتوليد - تونس الفضول : * 12 - 46	الإنذار
م - ل - ع - طب عام - تونس الفضول : * 15 - 16 - 17 - 22 - 31 - 33	التحجير لممارسة مهنة الطب لمدة 6 أشهر مع التنفيذ الفوري
م - ع - ب - طب اختصاص : جراحة العظام والكولوميات - تونس الفضول : * 22 - 23 - 24 - 57 - 86	حفظ الملف
م - د طب عام - تونس الفضول : * 13 - 16 - 22 - 26 - 31 - 32	الشطب
هـ - ف - اختصاص : جراحة المسالك البولية - سوسة الفضول : أحكام الفصل 36 من القانون عدد 21 لسنة 199	الشطب
ر - ب - اختصاص : أمراض النساء والتوليد - سوسة الفضول : * 22 أحكام الفقرة 1 و 2 من الفصل 11 من القانون عدد 21 لسنة 199	الشطب
خ - ف - اختصاص : طب نفساني - تونس الفضول : * 20 - 22	
م - ب - طب عام - سوسة الفضول : * 115 و 13 - 15 - 22 - 23 - 24 - 65 - 82 - 87 - 94 الفضول 41 - 40 : و 59 من القانون عدد 63 لسنة 199	التحجير لمدة 3 اشهر

*مجلة واجبات الطبيب

صدر عن صحيفة ليبية تحت عنوان " جرائم الدكتور (الاسم) ضد الليبيين.....! تعددت

الضحايا .. والموت واحد " وهذه الفقرة الخاتمة

"صحيفة "أويا" ستقوم بفتح ملف العلاج في الخارج الذي سيبين لقاء وبالوثائق أن الطب في ليبيا

بخير وان أطبائنا يتمتعون بكفاءة عالية رغم كل الأخطاء التي تحدث وهي قليلة قياسا الى بقية

الأقطار الأخرى".

L'article a été communiqué du Dr S....., pour complément d'information (à l'Ordre) et pour « organiser » sa défense par les moyens légitimes.



L'OUVERTURE D'UN CABINET MEDICAL ETAT DES LIEUX, RECOMMANDATIONS

(CROM Tunis, Dr R. Dhaoui)

1. SITUATION ACTUELLE :

Jusqu'à ce jour le conseil régional de l'ordre des médecins délivre au vu du bail et d'un plan (voire d'un croquis à la main) l'autorisation d'ouverture de cabinet sans contrôle préalable des locaux, faisant confiance au bon sens et à l'éthique du confrère ; les formalités sont simples, le traitement des dossiers rapide.

Tout au plus pour attirer davantage son attention sur la nécessité de se conformer à la législation en matière de salubrité et de sécurité (incendie), le conseil régional de l'ordre des médecins de Tunis rajoute sur le formulaire de demande d'autorisation paraphé par le demandeur les mentions suivantes : « je certifie que les locaux sont conformes aux normes actuelles de salubrité et de sécurité incendie. Le conseil de l'ordre se réserve le droit de contrôler ou de faire contrôler le local par les autorités compétentes ».

Malheureusement le choix du local est souvent fait à la hâte sans concertation avec les voisins ; il génère des conflits surtout quand il s'agit d'un centre de diagnostic, d'un cabinet de radiologie ou d'un laboratoire. Par ailleurs, il peut arriver que la transformation d'un local à usage d'habitation en cabinet médical fasse l'objet de plainte du voisinage et aboutir auprès d'un tribunal, sans recours pour le praticien qui aura perdu son investissement et beaucoup de temps.

2. CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE

Avant de porter son choix sur le local devant servir de cabinet de consultation médicale, il faut vérifier :

- l'architecture, le nombre et l'agencement des pièces ; les espaces de rangement ; la qualité des matériaux (murs et sols) ; l'emplacement des points d'eau ; la présence des toilettes ;
- l'accessibilité à ce local (portes extérieures et couloirs) notamment pour les personnes porteuses d'handicap ;
- le franchissement (relief, changement de niveau, escaliers) et toute dénivellation qui peut poser problème ;
- l'état des installations d'électricité, d'eau, de gaz et leur conformité (certains cabinets se sont avérés sans eau courante).

Il convient également de prévoir les moyens de prévention et de lutte contre le risque d'incendie ; le cabinet médical, lieu public, comporte des produits inflammables (alcool) et même explosifs (éther) et d'autres dangereux qui posent un problème de stockage et lors de leur usage.

Par ailleurs, le cabinet médical va générer des déchets qui constituent des sources de risque notamment les matériaux piquants ou coupants destinés à être jetés, des produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ; des déchets anatomiques, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

3. PERSPECTIVES

Il n'existe à l'heure actuelle ni de recommandations, ni un cahier des charges spécifiques à la salubrité et à la sécurité pour l'ouverture d'un cabinet médical. Cette lacune doit être comblée, sachant que ce document doit énoncer des principes et des règles générales tant la diversité des situations est grande.

Par ailleurs du fait de la démographie médicale sans cesse croissante et de la médiatisation des thèmes médicaux, le médecin aura de plus en plus de difficultés à s'installer en zone d'habitation en changeant la vocation d'un logement.

En conséquence, particulièrement en zone urbaine dense, l'installation du médecin devrait se faire dans des locaux prévus pour cet usage et construits selon des normes préétablies. Pour compenser l'augmentation prévisible du coût de l'installation, il serait nécessaire de promulguer une législation protégeant le bail du médecin qui sera ainsi plus enclin à faire les travaux nécessaires d'aménagement.

TEXTES DE LOI : LES NOUVEAUTES

Décret n° 2010-2200 du 6 septembre 2010, modifiant et complétant le décret n° 93-1915 du 31 août 1993, fixant les structures et les spécialités ainsi que les normes en capacité, locaux, équipements et personnels des établissements sanitaires privés. (Publié au JORT n° 74 du 14 septembre 2010, 2534 -2536)

Parmi les nouveautés introduites par ce décret, nous relevons un allègement des normes en personnel et en équipement pour les hôpitaux privés par rapport aux normes de 1993 ; les nouvelles normes sont calquées sur celles des cliniques pluridisciplinaires. Par ailleurs, est autorisé le recours par l'hôpital privé aux services de médecins et biologistes de libre pratique pour dispenser des prestations aux malades hospitalisés avec une rémunération à l'acte (article 9).

L'article 25 (nouveau) met l'accent sur les limites des prestations effectuées par les laboratoires de biologie médicale et les services d'imagerie médicale des cliniques ; toutefois ces restrictions ne s'appliquent pas aux hôpitaux privés.

Article 25 (nouveau) - A l'exception des cas d'urgence et les prestations utilisant des équipements matériels lourds,

le service de laboratoire d'analyses de biologie médicale et le service d'imagerie médicale des établissements sanitaires privés assurent leurs prestations exclusivement aux malades hospitalisés.

Quant à l'article 27 bis il concerne l'exercice des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR)

Article 27 (bis) – Les actes d'anesthésie pratiqués au sein des cliniques privées ayant une activité chirurgicale, doivent être effectués par des médecins spécialistes en anesthésie réanimation et sous leur responsabilité et ce dans le cadre du conventionnement.

Les prestations d'anesthésie réanimation doivent être assurées de manière continue.

Reste, maintenant que l'obligation de la pratique de l'AR par des médecins qualifiés est édictée, à en préciser les modalités : notamment le nombre de MAR par établissement sanitaire privé en fonction du nombre de salles d'opération, du nombre d'actes pratiqués (interventions chirurgicales, accouchements, ...) ainsi que les modalités pratiques permettant d'assurer la continuité des soins et la sécurité des patients.

CIRCULAIRE N° 44 / 2010 DU MSP DU 4 JUIN 2010 RELATIVE AUX FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE HOSPITALIER (extraits)

“ Le chef de service hospitalier est un cadre technico-administratif hautement qualifié dont le rôle est d'animer l'équipe d'un service hospitalier ; la mission de ce service comprend les fonctions suivantes:

- une fonction d'accueil et de communication ;
- une fonction de prestations de soins ;
- une fonction de relation avec les autorités sanitaires locales, régionales et centrales ;
- une fonction de gestion des ressources humaines et matérielles mises à sa disposition ;
- une fonction de promotion de la santé ;
- une fonction de formation, d'encadrement et de recherche ;
- une fonction de promotion de la qualité... “

“ ... Dans son action, le chef de service hospitalier est en permanence guidé par le souci de :

- garantir aux utilisateurs du service qu'il dirige des prestations efficaces, sécurisées et humanisées en tenant compte des progrès de la science, des coûts les plus rationnels et des moyens mis à sa disposition.
- diriger, d'une façon générale, le service avec sérieux, efficacité et un sens aigu des responsabilités inhérentes au bon fonctionnement du service public.”

(L'analyse de ces fonctions est détaillée dans la circulaire).



CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

La révision du code de déontologie médicale de 1993, a été initiée par l'ordre des médecins en 2007 ; le processus a duré plus de deux ans. Le but visé était d'en rénover la forme et le contenu et de le mettre au diapason du progrès des techniques et des technologies médicales et de la communication ainsi que des évolutions sociales et sociétales. Le texte a été proposé aux services compétents du Ministère de la Santé Publique ; la concertation avec l'Unité Juridique et du Contentieux a abouti à un accord sur un projet de décret. Le processus en vue de la promulgation de ce code suit actuellement son cours normal.

Article 10 : [(nouveau) :] **Le médecin est autorisé à utiliser tous les documents relatifs à la maladie de son patient à des fins de publication scientifique ou d'enseignement à la condition que l'identification de ce dernier ne soit pas possible ou, à défaut, d'obtenir son accord.**

Article 15 : [Article 14 (modifié) :] **Afin d'assurer à ses patients des prestations conformes aux données récentes de la science et aux règles de bonne pratique médicale, le médecin a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses savoirs. Il est recommandé à tout médecin de participer à tout programme d'évaluation de ses pratiques médicales et de s'associer aux études et enquêtes particulièrement sur des domaines se rapportant à la recherche appliquée clinique et épidémiologique.**

Article 17 : [Article 16 (modifié) :] **La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de propagande et de publicité sont interdits au médecin. Il doit notamment se garder de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.**

Il doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins de promotion de leur image ou son nom ou son activité professionnelle.

Article 18 : [Article (nouveau) :] **Appelé à émettre publiquement un avis sur un sujet en rapport avec le domaine de la santé, le médecin doit veiller à ce que l'information donnée soit d'ordre général, conforme aux données scientifiques les plus récentes, objective, pertinente, vérifiable et claire et ne portant préjudice ni à la santé publique ni à l'intérêt général.**

Article 19 : [Article (nouveau) :] **Toute collaboration régulière entre un médecin praticien et un organisme de presse ou avec un site web délivrant au grand public des informations dans le domaine de la santé doit être régie par un contrat écrit, visé par le conseil régional de l'Ordre des médecins.**

Article 23 : [Article (nouveau) :] **Le médecin doit s'interdire, la participation, sous quelque forme que ce soit, à des activités visant à l'amélioration des capacités physiologiques et de la performance sportive par des**

procédés illicites. Il est de son devoir de collaborer aux programmes de prévention et de lutte contre l'usage des produits dopants par les sportifs.

Article 28 : [Article 23 (modifié) :] **Les indications qu'un médecin peut mentionner sur les feuilles d'ordonnance, les cartes de visite et les annuaires – y compris ceux utilisant un support électronique - sont :**

- 1) Celles qui facilitent ses relations avec ses patients: nom, prénom, adresse, numéro du téléphone, et de télécopie, adresse électronique, adresse de courrier et heures de consultation.
- 2) La qualification qui lui a été reconnue par le conseil national de l'ordre des médecins selon la formulation suivante et selon le cas : médecin généraliste (médecin de famille) ou médecin spécialiste en... (faire suivre de l'intitulé de la spécialité), médecin compétent en ... (suivi de l'intitulé de la compétence).
- 3) Les titres et fonctions universitaires et hospitalières qui doivent préciser la faculté ou l'hôpital dont il s'agit.
- 4) Sa situation vis-à-vis de la caisse nationale d'assurance maladie (conventionné ou non conventionné)

Article 29 : [Article (nouveau) :] **Le médecin peut être autorisé à insérer sur son site électronique, et sur les cartes de visites outre les indications énumérées à l'article 28 :**

1. Une photo d'identité datant de moins de 5 ans ;
2. Un plan permettant de faciliter l'accès de la clientèle à son cabinet;
3. Une information générale relative à son activité et dont le texte est soumis préalablement au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.
4. Les dates des congés ainsi que les modalités du remplacement ;

Article 31 : [Article (nouveau) :] **Lorsque la disposition des lieux et la complexité d'accès au cabinet médical l'imposent, une signalisation intermédiaire peut être autorisée par le conseil régional de l'Ordre des médecins. Cette plaque indicative doit être conçue et présentée avec discrétion.**

Article 32 : [Article (nouveau) :] **Les enseignes et plaques signalétiques et/ou indicatives des groupements médicaux sont interdites aux médecins dès lors qu'elles font référence à une appellation dérivée des mots médecine et médical.**

L'appellation centre médical est strictement réservée aux centres médico-sociaux d'organismes publics ou aux centres d'explorations spécialisés agréés par l'autorité de tutelle.

Article 40 : [Article 32 (modifié) :] **En vue de l'élaboration du diagnostic et de l'instauration du traitement, le médecin procède avec la plus grande attention et s'il y a lieu en s'aidant ou en se faisant aider, dans toute la mesure du possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées.**

Article 41 : [Article (nouveau) :] **Une consultation**



médicale exige l'examen d'un malade. Toute information ou conseil en ligne ou par tout autre moyen délivré par un médecin sans l'examen du malade ne constitue pas une consultation médicale.

Article 42 : [Article (nouveau) :] L'exercice médical utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication (télémédecine) conformément à la législation en vigueur, se doit de respecter les principes et les règles de la déontologie médicale, relatifs au secret professionnel, à la qualité des soins, à la relation entre le médecin et le patient et à la relation entre les confrères.

Article 44 : [Article (nouveau) :] Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne où qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Il veille à la compréhension de ses prescriptions par le patient et, le cas échéant par son entourage.

Article 45 : [Article (nouveau) :] Aucune intervention grave mutilante ou exposant à un risque vital ne peut être pratiquée sans motif médical sérieux, sans information de l'intéressé et sans son consentement éclairé ou celui de son tuteur légal, hormis les situations particulières ou d'urgence incompatibles avec l'obtention de ce consentement.

Article 48 : [Article (nouveau) :] Sauf cas de détresse vitale, le médecin n'est pas autorisé à soigner un malade contre le consentement de ce dernier.

Lorsque le malade est en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin a le devoir de respecter ce refus après l'avoir informé des conséquences possibles sur son état de santé

Article 54 : [Article (nouveau) :] Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son tuteur.

Article 55 : [Article (nouveau) :] Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Article 56 : [Article (nouveau) :] S'il s'agit de mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique le médecin doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article 57 : [Article (nouveau) :] Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.

Il lui est interdit de provoquer délibérément la mort.

Article 58 : [Article (nouveau) :] En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances physiques et morales de son malade. Il lui doit l'assistance et les soins appropriés à son état de santé sans obstination dans les investigations ou la thérapeutique.

Article 60 : [Article (nouveau) :] Quelque soit son mode d'exercice, le médecin doit tenir pour chaque patient un dossier médical qui lui est personnel. Ce dossier est confidentiel et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Article 61 : [Article 78 (modifié) :] le contenu du dossier médical établi par le médecin salarié, ne peut en aucune façon être communiqué à l'administration ou à une personne non soumise au secret médical mais peut l'être au médecin responsable du service médical.

Article 65 : [Article (nouveau) :] Le médecin, lorsqu'il l'estime utile ou lorsque le malade lui en fait la demande, doit remettre au patient, dans la mesure où son intérêt l'exige, les éléments objectifs du dossier médical, tels que les radiographies et les résultats d'examens.

Article 70 : [Article (nouveau) :] L'interruption de grossesse doit se faire dans des conditions garantissant la sécurité et la continuité des soins ainsi qu'un soutien psychologique adéquat

L'utilisation du produit de l'avortement à des fins scientifiques ou thérapeutiques doit avoir été soumise à un comité d'éthique médicale. Elle ne peut en aucun cas conditionner ni le moment ni la technique ni les modalités générales de l'intervention.

Article 71 : [Article (nouveau) :] Le médecin ne peut pratiquer un acte d'assistance médicale à la procréation que dans le cas et les conditions prévus par la loi.

Le médecin doit donner une information complète et détaillée aux personnes et aux couples qui désirent recourir à une procréation assistée pour leur permettre de faire des choix éclairés, conscients et bien réfléchis.

Article 72 : [Article (nouveau) :] La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiquées que dans le cas et les conditions définis par la loi.

Article 73 : [Article 42 (modifié) :] Le médecin doit toujours établir lui-même sa note d'honoraires avec tact et mesure, en tenant compte :

- De la fourchette des honoraires établie et révisée périodiquement par le conseil national de l'ordre des médecins sur proposition des syndicats de médecins.
- Des honoraires conventionnels conclus entre les organismes professionnels et la caisse nationale d'assurance maladie conformément à la législation et à la réglementation en vigueur
- Des circonstances particulières dont la situation du patient, la complexité et la difficulté de l'acte.

Le fait de calomnier un confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos et de commentaires susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession constitue une faute grave.

A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme (public) décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux indispensables.

Article 98 : [Article (nouveau) :] Lorsque plusieurs médecins collaborent aux soins d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles en ce qui le concerne et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

Article 106 : [Article 72 (modifié) :] Nul ne peut être à la

fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.

Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise s'il juge que certains éléments sont de nature à entraver l'accomplissement normal de l'expertise quand ses propres intérêts, les intérêts d'un ami, d'un proche, d'un patient ou d'un organisme faisant appel à ses services sont en jeu.

L'expert doit accomplir sa mission en toute indépendance, il doit être objectif et ses conclusions doivent être en conformité avec les données scientifiques de la période concernée par l'affaire expertisée.

Article 108 : [Article 74 (modifié) :] Le médecin expert doit se récuser, s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères aux techniques proprement médicales, ou n'entrant pas dans le cadre de ses compétences. Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé. Tout en s'efforçant à être objectif, il veille à ce que ses constatations et avis soient formulés avec la retenue et la mesure nécessaires.

Hors de ces limites, le médecin expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

La mise en commun des honoraires n'est autorisée qu'en cas de constitution de société civile professionnelle de médecine ou d'un cabinet de groupe mono disciplinaire. **Le partage des honoraires peut se faire selon une convention établie entre les associés et visée par l'ordre des médecins.**

Article 134 : [Article 103 (modifié) :] Au cours du traitement, le médecin doit pouvoir recourir à une nouvelle méthode thérapeutique, s'il juge que sur la base de données scientifiques, qu'elle offre un espoir appréciable de sauver la vie, rétablir la santé ou de soulager les souffrances du malade.

Il est requis d'obtenir le consentement libre et éclairé du malade; en cas d'incapacité juridique de ce dernier, celui du représentant légal suffit.

Article 146 : [Article (nouveau) :] Le médecin inscrit au tableau de l'ordre est tenu d'informer dans les plus brefs délais le conseil régional de l'ordre des médecins de tout changement intervenu dans les données le concernant : état civil, qualifications, promotion, adresse.

Dossier médical

Un projet de loi sur le dossier médical nous a été soumis par le Ministère de la Santé Publique pour avis. Il concerne notamment la tenue du dossier, son archivage, sa circulation au sein des établissements de soins publics et privés et le droit du malade à l'information.

Exercice à distance de la médecine

مشروع قانون يتعلق بإتمام القانون عدد 21 لسنة 1991 المؤرخ في 13 مارس 1991، المتعلق بممارسة مهنتي الطب وطب الأسنان

فصل وحيد، يضاف إلى أحكام القانون عدد 21 لسنة 1991 المؤرخ في 13 مارس 1991، المتعلق بممارسة مهنتي الطب وطب الأسنان فصل (23 مكرر) كما يلي نصه:

الفصل (23 مكرر) : يمكن أن يمارس الطبيب أو طبيب الأسنان مهنته في إطار الطب عن بعد. ويقصد بالطب عن بعد على معنى هذا القانون ممارسة مهنة الطب أو طب الأسنان باستعمال تكنولوجيات الاتصال لربط الصلة بين مريض وطبيب أو عدد من الأطباء أو بين أطباء فيما بينهم وذلك للقيام عن بعد بتشخيص مرض أو للحصول على رأي اختصاصي أو لاتخاذ قرار علاجي وتنفيذه أو لمراقبة حالة مريض أو لوصف أدوية أو القيام بأعمال طبية.

وتضبط قائمة الأعمال الداخلة في نطاق ممارسة الطب عن بعد وشروط القيام بها وتعريفاتها بمقتضى قرار من الوزير المكلف بالصحة العمومية. ويمكن عند الاقتضاء ماثلة هذه الأعمال بأعمال من نفس القيمة مدرجة بالمصنف العام للأعمال المهنية التي يقوم بها الأطباء والبيولوجيون وأطباء الأسنان والأخصائيون النفسانيون السريرتون والقوابل ومساعدو الأطباء.

وتخضع ممارسة الطب عن بعد لأحكام الفصل 22 من هذا القانون.

Intermédiaires entre médecin et patient

Un projet de décret du Ministère de la Santé Publique visant à encadrer les pratiques des «intermédiaires», (notamment pour de services médicaux rendus à des non-résidents) et à définir les limites de leurs activités, est proposé. L'Ordre a donné un avis motivé sur ce texte, avis qu'on peut résumer ainsi : « à chaque partenaire (médecin traitant, clinique, agence de voyage), son cœur de métier ; à chaque partenaire sa déontologie» ; le respect des bonnes pratiques (concernant notamment la relation médecin/patient et secret médical) est impératif ; la coordination est nécessaire».



RECOMMANDATIONS DE L'ORDRE AUX MEDECINS «VISITEURS» EN LIBYE

Suite à la réunion de la commission mixte Tuniso-libyenne, qui s'est tenue à Tunis le 21 octobre 2010 au siège du Ministère de la Santé Publique, le conseil national de l'Ordre des médecins recommande ce qui suit :

1. Missions de médecins tunisiens en Libye :

Les médecins tunisiens qui se rendent en Libye pour une période de temps limitée, à l'invitation de confrères ou d'institutions de soins de ce pays, doivent se présenter au conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie, munis de l'invitation. Ils se verront délivrer une attestation mentionnant notamment leur inscription au tableau de l'Ordre des médecins de Tunisie, leur spécialité et l'absence d'antécédents de sanctions disciplinaires ou judiciaires.

Cette attestation devra être communiquée par les intéressés à l'instance ordinale libyenne qui délivrera à son tour l'autorisation d'exercice – temporaire - en Libye précisant le lieu et la période.

Nous recommandons à ces collègues de prendre soin de contracter une assurance en responsabilité civile et professionnelle couvrant leurs activités à l'étranger auprès d'une compagnie d'assurance solvable.

2. Prestations de soins à des malades libyens en Tunisie

A leur sortie de l'établissement de soins, les malades se verront obligatoirement délivrer par leur médecin traitant un compte rendu détaillé de leur séjour. Le résumé de sortie comportera notamment une synthèse de l'anamnèse et de l'examen clinique, les résultats des tests biologiques et des explorations, les traitements administrés pendant le séjour et éventuellement le compte rendu opératoire ; les modalités du traitement et du suivi ambulatoire.

Le médecin directeur de la clinique ou le médecin chef d'un service hospitalier veillera à la tenue du dossier médical (une copie du rapport de sortie y figurera) et à sa conservation dans les conditions définies par la loi tunisienne.

3. Par ailleurs, il a été envisagé la création d'une commission mixte tuniso-libyenne, composée de représentants des deux conseils de l'Ordre, des ministères de la santé (inspection générale, direction des hôpitaux), et du syndicat des cliniques. Cette commission sera chargée de l'étude des plaintes présentées par les malades libyens ou leurs ayants droits, soignés en Tunisie ou en Libye et qui posent un problème médical ou financier. Cette commission aura pour prérogative de régler les litiges à l'amiable avant tout recours à la procédure disciplinaire ou judiciaire.

(Mise au point de Sl. BS et de F. De)

ETHIQUE MÉDICALE

Les Conflits d'Intérêts en pratique médicale

Les conflits d'intérêts constituent dans le domaine de la santé un problème majeur.

Définition des situations de conflit d'intérêt dans le domaine de la santé

Il y a conflit d'intérêt lorsque le jugement d'un professionnel sur un sujet d'intérêt principal (démarche diagnostique, utilisation d'une thérapeutique...) est influencé et/ou altéré par un intérêt secondaire (gain financier, rivalité de personne, carrière...)

Le conflit d'intérêt en santé est la situation dans laquelle le professionnel n'agit pas en fonction des intérêts qu'il est censé défendre ou prendre en charge, mais dans le but d'en avantager un autre : le sien ou celui d'un tiers.

L'indépendance et l'intégrité sont des valeurs éthiques fondamentales qui guident le médecin dans l'exercice de son art ; la liberté de prescrire s'impose au médecin qui ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Cette indépendance est acquise quand ses actes professionnels sont déterminés uniquement par le jugement de sa conscience et la référence à des connaissances scientifiques validées.

Position du problème

1. L'industrie pharmaceutique contribue à la recherche médicale, notamment à travers le développement de nouveaux médicaments ; les phases de test par lesquelles passent ce développement nécessitent la participation active de professionnels scientifiques, directement rémunérés pour ces services et/ou bénéficiant de subvention du laboratoire pour leurs recherches propres. Rappelons que dix années de recherche et de développement, et près d'un milliard d'euros sont nécessaires pour parvenir à la création d'une molécule à visée thérapeutique et à sa mise sur le marché sous forme de médicament.

Lorsqu'un médicament est commercialisé, il importe de le faire connaître aux prescripteurs potentiels. Ceux-ci doivent



maîtriser les données qui le concernent, mode d'action, indications, posologies, durée de traitement, effets indésirables... A la légitimité déontologique des opérations de marketing et de promotion – informer le médecin pour lui permettre de prescrire correctement – s'ajoute, une légitimité économique : les laboratoires pharmaceutiques doivent assurer la rentabilité de l'effort consenti en recherche et développement, ne serait-ce que pour assurer leur survie et leur capacité à poursuivre leur quête de nouvelles voies thérapeutiques. D'autant que la protection conférée par un brevet est limitée dans le temps.

C'est ainsi que des sommes importantes sont investies dans le marketing à la recherche d'un volume élevé de prescription. En France les dépenses publicitaires ont atteint 2,8 milliards d'euros en 2008, soit 25.000 euros par médecin, par an. En Tunisie 900 professionnels de l'information exercent dans le marketing pharmaceutique. Ils assurent un maillage de tout le territoire avec une obligation de résultat et des objectifs de productivité.

Les liens qui lient les firmes avec les praticiens influencent considérablement le volume des prescriptions, et par conséquent, les coûts de la santé.

Quant aux sociétés savantes dont les manifestations et congrès qu'elles organisent ainsi que leurs publications sont largement sponsorisés par les laboratoires.

2. Par ailleurs, les laboratoires pharmaceutiques participent ou organisent des sessions de formation médicale continue (FMC). Cette FMC est en grande partie destinée à promouvoir le produit du sponsor et à en augmenter le taux de prescription.

Il est évident que **RIEN N'EST GRATUIT...** : le coût des voyages/repas/cadeaux /indemnités/conférences (...) proposés par l'industrie sont «ajoutés» au prix des médicaments.

3. Quant aux revues professionnelles, elles sont pour une large part subventionnées par l'industrie pharmaceutique. Conséquence : les conclusions d'études financées par les firmes sont plus souvent favorables à leurs produits que celles des études indépendantes ; les études en faveur d'un produit sont plus facilement publiées que celles qui émettent un avis critique, voire nuancé (risque de retrait du support publicitaire). Richard Smith, ancien éditorialiste du British Medical Journal, affirme que de plus en plus d'études publiées sont fraudées. Des signataires d'articles sont ce qu'il est convenu d'appeler des «auteurs fantômes» et signent des articles auxquels ils n'ont contribué d'aucune façon. L'industrie pharmaceutique camoufle les messages publicitaires derrière une pseudo démarche scientifique et abuse de la crédibilité de la communauté avec la complicité des acteurs du système.

4. L'omniprésence des conflits d'intérêts décrédibilise l'information médicale, la formation des médecins et en corollaire les soins médicaux eux-mêmes. Dans le meilleur des cas ces conflits ne génèrent qu'un surcoût pour la collectivité ; au pire ils mettent en danger la vie des patients.

La gestion des conflits d'intérêt

Pour le *médecin prescripteur* la maîtrise des conflits d'intérêt passe par une prise de conscience lucide, sans être obsessionnelle, du phénomène potentiel ou constitué : et le respect de certains principes de précaution tel que le recours à différentes sources de savoir, la lecture (et l'écoute) critique des publications/conférences ; le respect des bonnes pratiques de prescription (prescrire «global», les seuls médicaments (2-3 max.) utiles, pour optimiser l'adhérence du malade et contrôler les effets secondaires).

Pour le *chercheur, l'expert, le rédacteur d'une revue*, il existe des procédés d'encadrement ou de sanction, pour accompagner la recherche biomédicale, les essais médicamenteux, les missions d'expertise, les publications médicales, l'activité de formation continue (déclaration d'intérêts) : type «d'auto-régulation» (éthique personnelle), ou de recommandations de bonne conduite (codes, chartes, déclaration de conflit d'intérêts¹...), voire des textes de loi.

A titre d'exemple, la réforme du système de santé portée par Barack Obama préconise qu'à partir de 2013, toute somme ou tout cadeau dont la valeur dépasse 10 dollars donné par les laboratoires pharmaceutiques à des médecins et à des institutions médicales (de formation et/ou de soins) devra être déclaré sur un site web consultable par tous.

Ces mesures sont-elles suffisantes, sachant que nous sommes pris entre les contraintes du progrès, la pression des grands intérêts commerciaux et certains effets pervers du néolibéralisme économique dans une logique de globalisation ?

(Synthèse proposée par M. N. Chaabouni,
d'un colloque organisé par le Comité national d'éthique médicale),
«conflits d'intérêt en santé» 24/25 septembre 2010.

¹Voir ci-après Charte «non merci»... de la revue **Prescrire**



CHARTRE «NON MERCI» ... 2010 (EXTRAITS)

Les signataires de cette charte, soucieux de fonder l'activité et les décisions des professionnels de santé sur le seul intérêt des patients..... s'engagent à œuvrer pour des soins de qualité et à agir pour :

- refuser toute prise d'intérêts directs en contradiction avec cet objectif, tout particulièrement en rapport avec des firmes intervenant dans le domaine de la santé ;
- refuser les avantages en nature, dons et subventions de firmes intervenants dans le domaine de la santé ou d'autres organismes susceptibles de poursuivre d'autres intérêts que ceux des patients, à titre personnel ou pour des associations professionnelles qu'ils animent ;
- adopter une attitude critique vis-à-vis de l'information promotionnelle des firmes (publicité, visite médicale, «leaders» d'opinion, etc.) afin de l'écartier, ou au moins de la confronter à des sources d'information indépendantes ;
- choisir des sources d'information indépendantes et privilégier l'information comparative ;
- choisir, chaque fois que possible, des formations professionnelles, initiales et permanentes, indépendantes de toute aide de firmes intervenant dans le domaine de la santé ou d'autres organismes susceptibles de poursuivre d'autres intérêts que ceux des patients ;
- diffuser aux patients des informations puisées à des sources fiables de qualité, afin de partager les décisions avec eux sur des bases solides.

(Source : Association mieux prescrire ; Site Internet : www.prescrire.org)

FONCTIONNEMENT DU COMITÉ TECHNIQUE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Les membres des commissions spécialisées ne doivent pas avoir aucun intérêt personnel direct ou indirect dans des établissements liés à la fabrication, la distribution ou promotion des produits pharmaceutiques et de façon générale tout intérêt dans la commercialisation des médicaments sur lesquels ils sont appelés à donner leurs avis. Ils doivent déclarer sur l'honneur selon un modèle établi à cet effet par le ministère de la santé publique, leur engagement de respecter scrupuleusement les termes de charte d'éthique fixée par décision du ministre de la santé publique.

Arrêté du Ministère de la Santé Publique du 24/10/2010 : (extraits)



PROGRAMME D'« APPUI AU PARTENARIAT ET AU RENFORCEMENT DE LA RIPOSTE A LA MENACE D'EXTENSION DU VIH SIDA EN TUNISIE» 2007-2012

A l'instar de la communauté internationale la Tunisie a lancé depuis 1985 un programme national de lutte contre le sida (PNLS) qui a été progressivement intégré dans les activités de soins de santé de base.

Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé en 2002 afin de collecter, gérer et distribuer des ressources destinées à financer les stratégies nationales de lutte contre ces trois pandémies ; bien qu'étant évitables et accessibles à des traitements efficaces, ces maladies n'en continuent pas moins à être responsables de 6 millions de décès par an.

L'épidémie mondiale du Sida.

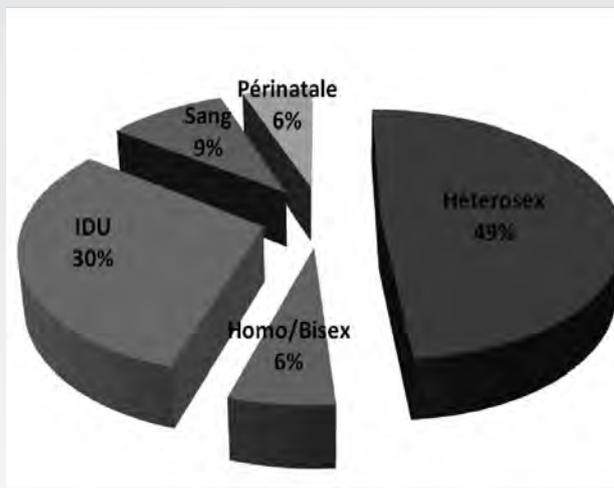
Depuis le début de l'épidémie, près de 60 millions de personnes ont été infectés par le VIH dont 25 millions sont décédés. Il existe actuellement de part le monde environ 35 millions de personnes vivants avec le VIH ; on enregistre annuellement 2.7 millions nouvelles infections et 2 millions de décès. L'Afrique Sub-saharienne est la région la plus touchée avec 67% des cas.

La région du Moyen Orient et de l'Afrique du nord est considérée parmi les régions à faible prévalence, à l'exception du Soudan et de Djibouti. On y enregistre 310 millions de personnes vivants avec le VIH. Cette région est caractérisée par la concentration de l'épidémie parmi les populations à comportements à haut risque tels que les consommateurs de drogue injectable (11.8% en Oman, 6.5% au Maroc, 2.6% en Egypte et en Turquie), les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (9% au Soudan, 6.3% en Egypte, 4% au Maroc), et les professionnelles du sexe (26% à Djibouti, autour de 5% au Yémen).

Le sida en Tunisie

Depuis la déclaration du 1er cas en 1985 l'effectif cumulé des cas notifiés depuis 1987 jusqu'à fin octobre 2010 est de 1620 cas. Le nombre actuel de personnes connues vivant avec le VIH est de 1109 cas ; le nombre de cas dépistés au cours d'une année est en moyenne de 70.

Les principaux modes de transmission (Source : Direction des soins de santé de base- Décembre 2010) seraient répartis comme indiqué sur le tableau 1 :



Bien qu'on ne dispose pas de données épidémiologiques basées sur des enquêtes auprès de la population générale, le programme commun des Nations Unies sur le VIH Sida (ONUSIDA) estime que dans nos régions il y aurait deux séropositifs méconnus pour un séropositif connu ; ainsi la prévalence «estimée» serait de 0.3 pour mille habitants.

Le programme d'appui au Fonds Mondial à la stratégie nationale

En 2007 la Tunisie a signé un accord de subvention du programme «Appui au partenariat et au renforcement de la riposte à la menace d'extension du VIH Sida en Tunisie», approuvé lors du 6ème round du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour la période 2007- 2012. Ce programme d'une durée de cinq ans, vise à :

- réduire les risques de transmission du VIH et des IST parmi les groupes à comportement à haut risque ;
- renforcer la prévention de VIH et des IST parmi les groupes vulnérables ;
- améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de leurs familles par un meilleur accès à une prise en charge globale et adaptée ;
- mettre en place un système national de suivi/évaluation relatif aux IST et VIH Sida.

L'Office National de la famille et de la Population (ONFP) sélectionné en tant que bénéficiaire principal assure la gestion du programme en partenariat avec plusieurs organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.

Durant la première phase du programme (2007-2009), plusieurs partenaires ont contribué à la mise en oeuvre d'activités se rapportant essentiellement à l'éducation et



à l'information des jeunes et des populations à haut risque ; à la mobilisation des leaders politiques, religieux et des médias ; à la promotion de la distribution des préservatifs, au renforcement de la prise en charge des IST et du VIH et enfin au développement de la recherche par la réalisation d'enquêtes séro-comportementales auprès des jeunes et des populations à haut risque (tableau I).

Les résultats de ces enquêtes indiquent les priorités vers les quelles doit s'orienter notre stratégie pour la période 2011-2015 qui devrait concentrer son intervention sur les populations à comportements à haut risque.

Deux actions prioritaires.

1. L'accessibilité au préservatif est l'une des stratégies retenues. Plus de 13 millions de préservatifs ont été distribués gratuitement au cours des deux premières années. Des quantités importantes sont disponibles gratuitement auprès des délégations régionales de l'ONFP et des ONG impliquées dans le programme.

Le rôle du médecin de libre pratique étant primordial dans l'éducation sexuelle des patients, le programme compte, en collaboration avec le conseil national de l'Ordre des médecins, sur leur implication dans les activités du programme afin de promouvoir auprès de notre jeunesse le recours, en cas de besoin, au préservatif.

-Les délégations régionales de l'ONFP ont été sensibilisées afin de mettre à la disposition des médecins de libre pratique gratuitement, des préservatifs qui pourraient être fournis à titre d'échantillon aux patients.

2. En Tunisie, 19 centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit, répartis sur 14 gouvernorats, sont fonctionnels. Deux arrêtés du ministre de la santé publique (datés du 18 novembre 2008 et du 4 septembre 2009) ont fixé la liste des centres et établissements sanitaires dans lesquels le dépistage des infections par VIH Sida est effectué de façon volontaire, gratuite et anonyme. Un numéro vert gratuit «80 10 12 12» est mis en service pour indiquer les adresses de ces centres.

Qui mieux que le médecin peut proposer un test de dépistage. Les patients suivis pour IST et les populations à comportements à risque pourront profiter de ce service gratuit et anonyme afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge précoce du VIH.

(Mise au point de Kh. Khaled)

Tableau 1 : Principaux résultats des enquêtes séro-comportementales (2009)

	Effectif des populations enquêtées	Taux d'utilisation du préservatif	Pourcentage d'infection à VIH	Pourcentage d'infection VHC
Enquête nationale sur les comportements à risque auprès des jeunes non scolarisés en Tunisie.	1200	31%	0,0024%	-
Enquête nationale de séro-comportementale du VIH et des hépatites virales auprès des usagers de drogues injectables en Tunisie.	700	30%	3,1%	29,1%
Enquête séro-comportementale auprès des professionnelles de sexe clandestines en Tunisie.	700	23,7 %	0,43%	0,43%
Enquête séro-comportementale auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes en Tunisie.	1200	11,8 %	4,9%	1,1%



LES REGISTRES DU CANCER ASPECTS METHODOLOGIQUES ET SITUATION EN TUNISIE

M. Hessairi (INSP)

Les registres du cancer constituent une part essentielle de tout programme de lutte contre le cancer. A l'origine, l'objectif visé à travers les registres de morbidité était limité à la description de la situation épidémiologique, à l'étude des tendances et de la répartition géographique des cas. Par la suite d'autres domaines d'utilisation des registres ont été identifiés, en particulier:

- la contribution à l'étude de l'histoire naturelle de la maladie, à travers les variations d'incidence au cours du temps.
- la contribution à la recherche étiologique
- l'aide à la recherche clinique sur le plan pronostique.
- l'aide à l'identification des besoins, à la planification sanitaire et à l'élaboration des stratégies de prévention.

ASPECTS METHODOLOGIQUES

Un certain nombre d'étapes doivent être franchies pour rendre le registre opérationnel.

Recueil des données

Recherche de cas :

Tous les cas considérés comme malins doivent être mentionnés au registre à savoir tous les cas de carcinomes et de sarcomes ainsi que tous les cas considérés comme malins (ref : chapitre Morphologie de la CIM-O). Cette recherche de cas doit se faire auprès de toutes les sources de données potentielles dans les deux secteurs public et privé ainsi qu'auprès de la sécurité sociale.

Les principales sources de données sont les laboratoires d'anatomo-pathologie, les centres anticancéreux et les services hospitaliers assurant le diagnostic et la prise en charge des cancers. Les données de mortalité constituent également une source importante de données.

Nature des données à recueillir :

Les données à recueillir sont relatives aux caractéristiques sociodémographiques (lieu de résidence, sexe, date de naissance, état civil, activité professionnelle) et aux caractéristiques de la tumeur. Il s'agit de :

- la date de diagnostic : Il n'y a pas un consensus sur la façon de déterminer cette donnée : date de début des symptômes? ou date de la première consultation? ou encore date à laquelle le diagnostic de cancer a finalement été posé ? C'est cette dernière date qui est souvent retenue.
- les modalités du diagnostic : le diagnostic a-t-il été confirmé par l'histologie ou par la cytologie ? ou bien s'agit-il d'un diagnostic de présomption sur la base d'arguments cliniques ou para-cliniques (imagerie, biologie.....).

- la nature de la tumeur : siège et type histologique, différenciation.....

On s'intéressera également au traitement prescrit (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie....) et au suivi des patients.

La qualité de recueil des données est tributaire de l'adhésion du corps médical. L'accès aux dossiers médicaux doit être aisé pour les médecins chargés de la collecte des informations. Il est de même indispensable d'accéder aux certificats de décès et d'obtenir rapidement des renseignements relatifs aux malades décédés auprès des médecins traitants. Dans tous les cas le personnel du registre doit se déplacer de façon périodique, pour collecter et/ou vérifier et/ou compléter sur place les informations.

Saisie et analyse des données :

Avant de commencer l'analyse des données proprement dite, il faut procéder à une recherche des doublons, des données manquantes, ou aberrantes ou incohérentes (tumeur de l'ovaire chez un homme.....). Par la suite, on calculera l'incidence pour chaque site et la distribution de l'incidence selon les principaux facteurs (lieu, temps, caractéristiques des personnes tels que âge, sexe....).

La comparaison avec les données d'autres pays nécessite de pratiquer au préalable une standardisation directe pour éliminer l'influence des différences liés à la structure par âge des populations de référence. On utilisera de préférence comme population type la population mondiale.

Contrôle de qualité des données enregistrées

En raison de l'intérêt des données du registre du cancer dans tout programme de lutte contre le cancer, il est nécessaire que ces données atteignent un maximum de précision notamment au niveau de l'exhaustivité.

L'exhaustivité de l'enregistrement peut être définie par le fait que tous les cancers incidents diagnostiqués dans la population cible sont inclus dans la base de données du registre. Le plus souvent, les problèmes de non exhaustivité de l'enregistrement sont liés à l'impossibilité d'identifier et d'inclure tous les cancers incidents. C'est ainsi que :

- Il peut arriver qu'un individu porteur d'un cancer ne rencontre jamais le système de soins ; le sous diagnostic peut être particulièrement fréquent aux âges extrêmes de la vie dans les pays en développement.
- Plus souvent, la non exhaustivité est liée à l'omission de certaines sources de données, principalement pour les cas de cancer qui n'ont pas pu avoir une confirmation histologique. Pour cette raison, on conseille de consulter le maximum de sources.

Certains indicateurs permettent de juger de l'exhaustivité des données, ainsi pour le nombre de



sources par cas : plus ce nombre est important, meilleure est l'exhaustivité.

- La proportion de cas rapportés pour la première fois au registre par un moyen autre que le certificat de décès ; plus cette proportion augmente, plus l'exhaustivité est meilleure.
- Le pourcentage de cas enregistrés pour lesquels le diagnostic a été fait par l'histologie ; l'exhaustivité serait meilleure si ce pourcentage s'écarte de 100%, notamment dans les pays en développement.
- La stabilité temporelle du taux d'incidence constitue également un élément en faveur de l'exhaustivité de l'enregistrement
- La comparabilité de l'incidence parmi différentes populations.

Enregistrement des cancers en Tunisie

Le ministère de la santé a mis en place en 1998 trois registres de cancer, un pour la région du Nord, un pour la région du Centre et un pour la région du Sud. Ces registres sont coordonnés par l'Institut National de la Santé Publique. Dans les régions du Centre et du Sud, à l'exception des gouvernorats chefs lieu (Sfax pour le Sud et Sousse pour le Centre), l'exhaustivité était peu satisfaisante. Il a été ainsi décidé de se limiter à Sfax pour le Sud et à Sousse pour le Centre.

Exhaustivité des registres du cancer

Concernant l'exhaustivité des registres, pour la période 2002-2003, le nombre moyen de sources par cas était de 1.2 dans la région du Nord et 2.43 à Sfax. Le pourcentage de confirmation histologique était de 91% dans la région du Nord et 96.9% à Sfax.

INCIDENCE DES CANCERS EN TUNISIE

Le nombre de cancers enregistré au cours des années 2002 et 2003 est de 10 300 (5900 pour le sexe masculin et 4400 pour le sexe féminin), soit 117,9 cas pour 100.000 habitants pour le sexe masculin et 87,6 cas /100 000 pour le sexe féminin ; ce qui place la Tunisie dans une position intermédiaire entre les pays occidentaux pour lesquels le niveau dépasse 300 à 400 nouveaux cas pour 100 000 habitants, et les pays en développement tels que l'Inde, qui enregistrent autour de 80 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Le poumon est de loin la principale localisation chez le sexe masculin (30 nouveaux cas pour 100 000 habitants), suivi de la vessie (15,6 nouveaux cas pour 100 000 habitants) et de la prostate (9,9 nouveaux cas pour 100 000 habitants). Chez le sexe féminin, la localisation au sein occupe la première place (29,4 nouveaux cas pour 100 000 habitants), suivi du colon (5,4 nouveaux cas pour 100 000 habitants) et du col utérin (5.1 nouveaux cas pour 100 000 habitants).

ANALYSE COÛT EFFICACITE DES STRATEGIES DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN EN TUNISIE

Ben Gobrane Hajer (INSP)
Synthèse d'un article à paraître

Le cancer du col de l'utérus se place au 3ème rang des cancers de la femme ; il représente la 3ème cause de morbidité par cancer dans le monde; 80% des cas sont diagnostiqués dans les pays en développement particulièrement ceux d'Amérique centrale et d'Afrique subsaharienne [1].

L'incidence et la mortalité de ce cancer ont été profondément influencées par les programmes structurés de dépistage et de traitement des lésions pré néoplasiques [2]. Le frottis cervical (FC) constitue selon la conférence de consensus de Lille le seul test de dépistage ayant fait la preuve de son efficacité avec une sensibilité et une spécificité pouvant atteindre 85% dans certains pays développés [3]. L'application du FC permet de détecter des lésions dysplasiques dont le traitement évite l'évolution vers un cancer invasif [4].

En Tunisie, l'incidence du cancer du col utérin dans la région du Nord qui totalise près de 50% de la population tunisienne, a été estimée à 5,4/100 000 femmes au cours de la période 1999-2003 [5]. Selon l'enquête nationale Multiple Indicators Cluster Survey 3 (MICS 3-2006) la proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins un frottis cervical en vue du dépistage du cancer

du col utérin est de 12% [6].

Dans le domaine de la santé, le choix d'une stratégie appropriée est généralement soumis à des analyses médico-économiques de type coût/efficacité d'autant que nous vivons une période de récession économique et de multiplication des contraintes budgétaires. La mise en place d'un dépistage de cancer du col utérin malgré son inscription dans le «plan cancer» tunisien 2006-2010 avec une périodicité «tous les 5 ans», se heurte à des difficultés financières. C'est dans ce contexte, qu'une analyse coût/efficacité des différentes périodicités du dépistage du cancer du col utérin par frottis cervical en Tunisie trouve sa justification.

Trois stratégies identifiées selon la périodicité du dépistage sont étudiées (tous les 3 ans=S1, tous les 5 ans=S2 ou tous les 10 ans=S3). L'objectif de l'étude est d'identifier parmi ces stratégies celle qui serait la plus appropriée à la situation épidémiologique en Tunisie, compte tenu du coût du dépistage, de l'incidence de la maladie et de la rentabilité économique. Ces différentes stratégies ont été comparées entre elles, en prenant comme critère principal le coût d'un cas évité.

Pour calculer le coût annuel du dépistage pour chacune



des stratégies, nous avons considéré une cohorte fictive de un million de femmes âgées entre 35 et 39 ans. Nous avons simulé un suivi de 30 ans, soit 10 examens pour la périodicité de 3 ans, 6 examens pour la périodicité de 5ans, et 3 examens pour celle de 10 ans.

La conclusion de cette étude est qu'un dépistage du cancer du col utérin pratiqué tous les 10 ans, à partir de l'âge de 35 ans et ce pendant 30 ans présente le meilleur rapport coût/efficacité en Tunisie. Un frottis réalisé tous les dix ans s'accompagnerait d'une diminution de l'incidence du cancer du col de 33,1% pour une couverture de 60%.

L'investissement dans toute action de dépistage n'est opportun que si l'on peut garantir la qualité du dépistage, une bonne couverture des publics cibles et un dispositif fiable de prise en charge des patients pour lesquelles le diagnostic a été posé. La mise en œuvre du programme inclut la formation des professionnels concernés par cette prestation et la sensibilisation des femmes concernées par l'opération.

REFERENCES

- 1- Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 83(1): 18-29 [published erratum appears in *Int J Cancer* 1999;83:870-873].
- 2- Hakama M. Trends in the incidence of cervical cancer in Nordic countries. In : Magnus K, ed. *Trends in cancer incidence*. Washington, DC, Hemisphere 1982.
- 3- Fédération des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre 1990. *Recommandations. J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1990;19:1-16.
- 4- Soutter WP, Fletcher A. Invasive cancer in women with mild dyskaryosis followed up cytologically; *BMJ* 1994 ; 308(6941):1421-1423.
- 5- (Groupe Registre du cancer du Nord - Incidence des cancers dans la région du Nord pour l'année 1995-1998.).
- 6- Ministère de la Santé Publique – Office National de la Famille et de la Population. *Enquête Multiple Indicators Cluster Survey – Tunisie 2006 Tunis ; ONFP ; 2008 : 110p*

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

RECONNAISSANCE DE QUALIFICATION AU COURS DE LA PERIODE 2009/2010

Spécialités: 836 diplômes validés ; quasi-parité hommes n=439/femmes (n=397).

Arrivent en tête nettement détachés : la gynécologie obstétrique (73) (avec une légère prédominance féminine) et l'imagerie médicale (69) (avec une nette majorité masculine). Ci-après le classement des quinze spécialités qui totalisent un nombre de diplômes ≥ 20 :

1.	Gynécologie obstétrique	73
2.	Imagerie Médicale	69
3.	Pédiatrie	61
4.	Cardiologie	53
5.	Orthopédie et traumatologie	48
6.	Ophthalmologie	47
7.	Anesthésie réanimation	46
8.	Gastro-entérologie	38
9.	O.R.L.	33
10.	Dermatologie	29
11.	Psychiatrie	27
12.	Pneumologie	26
13.	Chirurgie générale	26
14.	Chirurgie Urologique	25
15.	Anatomie et cytologie pathologiques	19
16.	Biologie	19

On peut par ailleurs faire le constat que les spécialités stratégiques du «plateau technique»- groupement au sein duquel nous englobons l'imagerie médicale, l'anesthésie réanimation, la médecine physique, l'anatomie et la cytologie pathologique, la radiothérapie – sont quoique à des rythmes différents, en progrès sensible.

Compétences : 258 diplômes validés ; 6 compétences (30%) du total totalisent plus des 3/4 des diplômes.

Il s'agit de :

- Réparation du dommage corporel (avec 72 diplômes avec 24 généralistes, 48 spécialistes) ; Maladies professionnelles (32), gériatrie (30) pour la quasi-totalité des généralistes ; médecine appliquée au sport (28 dont 12 spécialistes et 16 généralistes)), allergologie (16 dont 14 spécialistes).

RECONNAISSANCE DE QUALIFICATION AU COURS DE LA PÉRIODE 2009/2010 RÉPARTITION PAR SPÉCIALITÉ

Spécialités	Dossiers validés 2009	Dossiers validés 2010	Total
1. Médecine et spécialités médicales			
Médecine interne	6	3	9
Nutrition et maladies nutritionnelles	2	4	6
Hématologie	2	2	4
Endocrinologie	8	9	17
Cardiologie	27	26	53
Néphrologie	7	8	15
Neurologie	11	5	16
Pneumologie	17	9	26
Rhumatologie	9	9	18
Gastro-entérologie	17	21	38
Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	7	6	13
Dermatologie	14	15	29
Pédiatrie	39	22	61
Carcinologie médicale	5	5	10
Médecine d'urgence	2	2	4
Psychiatrie	16	11	27
Pédopsychiatrie	4	2	6
Imagerie Médicale	32	37	69
Radiothérapie carcinologique	1	5	6
Anesthésie réanimation	20	26	46
Réanimation médicale	1	2	3
Médecine légale	2	2	4
Médecine préventive et communautaire	1	2	3
2. Chirurgie et spécialités chirurgicales			0
Chirurgie générale	18	8	26
Chirurgie carcinologique	3	2	5
Chirurgie vasculaire périphérique	1	1	2
Chirurgie Urologique	11	14	25
Chirurgie plastique et esthétique	8	1	9
Orthopédie et traumatologie	29	19	48
Chirurgie pédiatrique	2	2	4
Chirurgie cardiovasculaire	4	3	7
Chirurgie thoracique		2	2
Neurochirurgie	3	1	4
Ophtalmologie	28	19	47
O.R.L.	25	8	33
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	4	4	8
Gynécologie obstétrique	35	38	73
3. Biologie, explorations fonctionnelles			0
Anatomie et cytologie pathologiques	12	7	19
Biologie	7	12	19
Histologie embryologie	4	2	6
Physiologie et explorations fonctionnelles	1	1	2
Biophysique et médecine nucléaire	3	3	6
Pharmacologie	3	4	7
Génétique		3	3
Total	451	387	838



DEMOGRAPHIE MEDICALE

I. Etat au 30/11/2010 (tableau I*)

Les médecins inscrits au tableau de l'Ordre (TOM) sont au nombre de 15991 ; dont 37% de sexe féminin / 63% de sexe masculin.

Age : une faible minorité (moins de mille) a 60 ans et plus ; 72% sont âgés de moins de 50 ans.

Exercice : 38% exercent dans les structures dépendant du Ministère de la Santé Publique ; 5,1% ont été recrutés par d'autres Ministères (défense, intérieur, affaires sociales...).

38% sont dans le secteur privé, la quasi-totalité en tant que praticiens libéraux ; une minorité est salarié (délégués médicaux, centres de thalassothérapie...). Enfin 14 % sont classés dans la catégorie inactifs : dont 80% de médecins généralistes majoritairement (60%) de sexe féminin, et pour la plupart (80%) âgés entre 25 et 40ans.

Médecins exerçant une activité en Tunisie (Tableau II* et III*, IV*, V*, VI*)

Près de 13000 exercent, soit 81% du total des inscrits au TOM.

Globalement 46% sont des spécialistes et 54% des généralistes. Les spécialistes sont majoritaires (53%) dans le secteur de libre pratique ; les généralistes l'emportent (61%) dans le secteur public (tableau II).

Comme attendu les gouvernorats les moins pourvus, aussi bien en généralistes qu'en spécialistes, sont situés à l'ouest du pays et à l'extrême sud (Tataouine, Kébili) tableau III.

Tunis, et à un moindre degré Sousse et Sfax, ont les densités les plus élevées tant en ce qui concerne les généralistes que les spécialistes ; ces derniers sont représentés par une gamme étendue et variée de compétences (tableau IV, V, VI).

II. Estimation des besoins

Selon le rapport préliminaire d'une commission du Ministère de la Santé Publique, chargée de la planification des ressources humaines, les effectifs (besoins) de médecins à l'horizon 2025, estimés selon différentes hypothèses varieraient entre 26000 et 20000 médecins pour une population de 12,3 millions d'habitants ; une ventilation selon les spécialistes a été effectuée.

Sur le tableau VII (extrait de ce rapport) est présenté l'estimation – selon une des approches étudiées – relative à l'offre (entrées attendues) et aux besoins.

Les implications de telles hypothèses, en particulier sur la formation et sur les coûts de la santé ainsi que les conditions de leur faisabilité doivent être envisagées.

III. Aspects qualitatifs

Formation, formation continue

Bechir Z. raconte : Odeurs

L'anecdote est rapportée par la revue «Agora» : un jeune médecin travaillant à «Médecins du Monde» dans un centre de secours social à Paris, entre dans un magasin spécialisé pour acheter un stéthoscope. Le vendeur lui demande «vous voulez un stéthoscope long ou un stéthoscope court ?». «Pourquoi, répond le médecin ?» «Parce que certains préfèrent les stéthoscope long à cause des odeurs...». Par la suite, raconte le jeune médecin, mon expérience m'a appris que plus les odeurs sont fortes, plus le stéthoscope doit être court.

Qualité des soins

Bechir Z. rapporte : Rêve

J'ai fait un rêve. Un jour, une femme se présente à l'entrée d'un hôpital de la capitale pour emmener son enfant en consultation. Au moment où elle franchit la grille de l'établissement, une voiture se présente à l'entrée. Le chargé de la sécurité crie à l'adresse de la femme : «écartez-vous vite, Monsieur le Directeur Général va entrer». «Non rétorqua la femme, c'est à lui de s'écarter pour que nous puissions entrer les premiers».

Cela m'a remis en mémoire un dialogue que j'ai eu avec un ancien représentant de l'OMS en Tunisie. Il me demandait qui était à mon avis le personnage le plus important à l'hôpital..., je lui répondis que c'était l'infirmier. Non, rétorqua-t-il, c'est le malade. Ceci est peut être un «rêve».

Autrement formulé :

La formation médicale "continuée" permet l'acquisition des savoirs scientifiques et cliniques nécessaires ; elle développe chez l'apprenant l'écoute et les facultés d'observation ainsi que la capacité à faire la synthèse de l'information ("poser un problème") pour, parmi les alternatives possibles, choisir la conduite dont le client peut escompter un bon résultat.

Ce dernier – malade, sujet à risque, bien portant – est au centre de la procédure conduite par l'équipe de santé avec l'engagement, l'attention et l'aménité nécessaires.

(H.S., N.A., B.Z., M.J., T.N.)

Note : les tableaux figurent en intercalaire du présent numéro du Bulletin

**Tableau I : Médecins inscrits au Tableau de l'Ordre selon la nationalité,
le secteur d'activité, le statut, le sexe et la catégorie d'âge (au 30/11/2010)**

A. MÉDECINS DE NATIONALITÉ TUNISIENNE (SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC)
A1. Ministère de la Santé Publique

Secteur d'activité	Type d'activité	25-40			41-50			51-60			> = 60 ans			Total Spécialistes	Total Généralistes
		M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total		
<u>Secteur public : Ministère de la Santé Publique</u>	Professeur*				46	33	79	188	53	241	54	20	74	394	
	MCA*	56	54	110	222	146	368	74	18	92	7	2	9	579	
	AHU*	268	324	592	61	69	130	12	6	18	1		1	740	
	Médecin Hôpitaux			3	7	6	13	12	6	18	1		1	35	
	Médecin de la santé publique (spécialiste)	163	245	408	173	186	359	104	60	164	16	8	24	955	
	Médecin de la santé publique (généraliste)	191	383	574	674	681	1355	678	353	1031	29	13	42	3002	
M. administratif							30	6	36	9	1	10	46		
Résident		164	183	347		2	2							349	
Total				2034			2306			1600			160	2703	3397

A2. Secteur Public et parapublic (autres que le MSP)

Ministère de l'intérieur et du développement local	Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des tunisiens à l'Étranger	Ministère de la Défense	Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Education Physique	Autres Départements	Total	25-40			41-50			51-60			> = 60 ans			Total Spécialistes	Total Généralistes
						M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total		
Médecin spécialiste	7	3	10	10	10	9	19	3	1	4	2		2	35					
Médecin généraliste	6	4	10	29	17	46	13	6	19					75					
Médecin de Travail spécialiste	1	1	2	3	3		1	1	1					6					
Médecin de travail généraliste	12	21	33	18	12	30	13	6	19					82					
Médecin conseil spécialiste	3	4	7	14	16	30	7		7	3	5	8	52						
Médecin conseil généraliste	17	41	58	57	65	122	51	48	99					280					
Médecin spécialiste	20	10	30	27	8	35	23	1	24	6				95					
Médecin généraliste	53	19	72	24	7	31	12	1	13	1				117					
Médecin spécialiste	1		1	1	1	1	8	2	10					2					
Médecin généraliste		3	3	12	8	20	8							33					
Médecin spécialiste							4	7	11										
Médecin généraliste	8	3	11	8	8	16	4	7	11	1	1	1	1	39					
Total			237			353			207			19		190	626				

* Sont inclus les médecins « militaires » et ceux exerçant au Ministère de l'Intérieur

Tableau I : Médecins inscrits au tableau de l'Ordre selon la nationalité, le secteur d'activité, le statut, le sexe et la catégorie d'âge - Suite (Tableau I)

A3. Médecins de nationalité Tunisienne (secteur privé)

Type d'activité	25-40			41-50			51-60			> = 60 ans			Tot. Spécialistes	Tot. Généralistes	Total
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total			
Exercice libéral en cabinet															
Médecin spécialiste	485	428	913	810	224	1034	772	94	866	388	18	406	3219		
Médecin généraliste	379	367	746	642	208	850	648	61	709	224	14	238	2543		5762

Médecin Salarié

Spécialiste (entreprises)	1		1	1		1	1		1				3		
Généraliste (entreprises)	2	9	11	6	9	15	3	1	4			1	1		31
Délégué Medical	101	67	168	78	19	97	4	1	5				270		304

Médecin contractuel

Spécialiste	7	9	16			1	1						17		
Généraliste	8	22	30	5	1	6	1	1	2				38		55

A4. Médecins de nationalité Tunisienne : Autres

Médecin sans activité

Médecin spécialiste	169	150	319	27	15	42	24	4	28	4	1	5	394		
Médecin généraliste	486	969	1455	146	149	295	56	14	70	8	4	12	1832		2226

Médecin à l'étranger

Médecin spécialiste	89	29	118	26	16	42	28	2	30	14	3	17	207		
Médecin généraliste	42	35	77	47	15	62	27	9	36	12		12	187		394

Retraité

Médecin spécialiste							2		2	84	19	103	105		
Médecin généraliste							2	2	2	34	11	45	47		152

B. MÉDECINS DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE

Médecin spécialiste	6	3	9	10	2	12	14	8	22	6	16	22	65		
Médecin généraliste	9	7	16	16	13	29	16	24	40	19	12	31	116		181

Tableau II : Médecins en activité par gouvernorat, par région économique, par qualification, par modalité d'exercice au 30/11/2010

CROM	GOUVERNORAT	SECTEUR PUBLIC			SECTEUR LIBERAL			TOTAL MEDECINS
		Généralistes	Spécialistes	Total	Généralistes	Spécialistes	Total	
GRAND TUNIS	Ariana	149	90	239	174	246	420	659
	Ben Arous	149	55	204	221	173	394	598
	Manouba	117	74	191	103	33	136	327
	Tunis	1006	1022	2028	583	1069	1652	3680
	<i>Total</i>	1421	1241	2662	1081	1521	2602	5264
NORD EST	Bizerte	162	84	246	141	123	264	510
	Nabeul	170	87	257	210	204	414	671
	Zaghouan	77	30	107	32	12	44	151
	<i>Total</i>	409	201	610	383	339	722	1332
NORD OUEST	Béjà	97	40	137	40	50	90	227
	Jendouba	101	35	136	51	31	82	218
	Le Kef	83	20	103	35	27	62	165
	Siliana	87	20	107	23	4	27	134
	<i>TOTAL</i>	368	115	483	149	112	261	744
CENTRE EST	Sousse	370	301	671	230	273	503	1174
	Monastir	212	174	386	145	111	256	642
	Mahdia	143	62	205	92	45	137	342
	Sfax	315	318	633	435	563	998	1631
	<i>TOTAL</i>	1040	855	1895	902	992	1894	3789
CENTRE OUEST	Kairouan	136	50	186	82	52	134	320
	Kasserine	112	16	128	42	26	68	196
	Sidi Bouzid	102	23	125	49	17	66	191
	<i>TOTAL</i>	350	89	439	173	95	268	707
SUD-EST	Gabès	105	43	148	60	73	133	281
	Médenine	99	38	137	119	112	231	368
	Tataouine	67	3	70	15	9	24	94
	<i>TOTAL</i>	271	84	355	194	194	388	743
SUD-OUEST	Gafsa	120	29	149	51	38	89	238
	Kébili	56	8	64	19	12	31	95
	Tozeur	54	12	66	13	5	18	84
	<i>TOTAL</i>	230	49	279	83	55	138	417
TOTAL GENERAL		4089	2634	6723	2965	3308	6273	12996

Tableau III : Indice habitants par médecin actif par gouvernorat/qualification au 30 novembre 2010

	GENERALISTES		SPECIALISTES		Total Gén. + Spéc.	Ratio habitant par médecin	Nbre d'habitants
	N	Ratio Hab.médecin	N	Ratio Hab.médecin			
GOUVERNORAT							
Ariana	323	1504	336	1446	659	737	485 800
Ben Arous	370	1531	228	2485	598	947	566 500
Manouba	220	1648	107	3389	327	1109	362 600
Tunis	1589	628	2091	477	3680	271	997 600
TOTAL	2502	964	2762	873	5264	458	2 412 500
NORD EST							
Bizerte	303	1791	207	2622	510	1064	542 700
Nabeul	380	1957	291	2556	671	1108	743 700
Zaghuan	109	1548	42	4017	151	1117	168 700
TOTAL	792	1837	540	2695	1332	1092	1 455 100
NORD OUEST							
Beja	137	2224	90	3386	227	1342	304 700
Jendouba	152	2774	66	6389	218	1934	421 700
Le Kef	118	2171	47	5451	165	1553	256 200
Siliana	110	2119	24	9713	134	1740	233 100
TOTAL	517	2351	227	5356	744	1634	1 215 700
CENTRE EST							
Sousse	600	1002	574	1047	1174	512	601 100
Monastir	357	1413	285	1771	642	786	504 600
Mahdia	235	1670	107	3667	342	1147	392 400
Sfax	750	1223	881	1041	1631	562	917 400
TOTAL	1942	1244	1847	1308	3789	638	2 415 500
CENTRE OUEST							
Kairouan	218	2556	102	5463	320	1741	557 200
Kasserine	154	2780	42	10193	196	2184	428 100
Sidi Bouzid	151	2713	40	10243	191	2145	409 700
TOTAL	523	2667	184	7582	707	1973	1 395 000
SUD-EST							
Gabès	165	2168	116	3084	281	1273	357 800
Medenine	218	2070	150	3009	368	1226	451 300
Tataouine	82	1770	12	12092	94	1544	145 100
TOTAL	465	2052	278	3432	743	1284	954 200
SUD-OUEST							
Gafsa	171	1958	67	4999	238	1407	334 900
Kébil	75	1988	20	7455	95	1569	149 100
Tozeur	67	1525	17	6012	84	1217	102 200
TOTAL	313	1873	104	5637	417	1406	586 200
TOTAL GENERAL	7054	1479	5942	1756	12996	803	10 434 200

Tableau IV : Médecins spécialistes /gouvernorat (médecine et spécialités médicales) 30 novembre 2010

	Médecine et spécialités médicales	Médecine interne	Maladies infectieuses	Carcinologie médicale	Pédiatrie	Nutrition et maladies nutritionnelles	Neurologie	Orthopédie	Hématologie clinique	Endocrinologie	Cardiologie	Néphrologie	Pneumologie	Rhumatologie	Gastro-entérologie	Dermatologie	Psychiatrie	Pédo-psychiatrie	Médecine d'urgence	Total
GRAND TUNIS	Ariana	4		2	38		5	5		5	30	3	32	8	14	11	9			166
	Ben Arous	1	1		33	1	2	6	1	2	9		6	4	9	10	4			89
	Manouba	5			17		4	1		1	2	1	2	1	2	4	37	3		80
	Tunis	49	15	7	174	9	33	46	25	40	113	30	66	52	92	82	53	3	2	891
	Bizerte	3	2		31	2	3	3		1	13	1	10	4	14	6	6			99
NORD EST	Nabeul	5	1		33	1	2	9		5	16	3	16	4	12	12	7			126
	Zaghuan	1			5			1		1	2	1	3	1	2	1	2			20
	Béjà	2	1		9	1	3	2		3	5	1	5	2	6	4	3			47
	Jendouba	2		1	9		1	2		1	4	1	4	1	4	1	2			33
NORD OUEST	Le Kef	2			6			2		1	1	1	3		4	1	1			22
	Siliana				4						2	1	2		3					12
	Sousse	14	4	7	50		10	13	6	14	24	8	18	16	23	27	13			247
CENTRE EST	Monastir	3	4		34		2	4	1	11	13	7	10	9	12	9	6	2		127
	Mahdia	1	1		13		2	6		3	2		5	2	3	4	7		1	50
	Sfax	7	11	10	61		17	29	12	19	34	17	32	21	32	30	27	4		363
	Kairouan	1			12		2	3		2	6	1	5	1	5	4	3			45
CENTRE OUEST	Kasserine	1			7			1			1				3	1	1			15
	Sidi Bouzid	2			7		2			1	2		1	1	3			1		20
	Gabès	1	2	2	10		2	8	1	1	5	1	5	3	4	4	4			53
SUD-EST	Médénine	6			14	1	2	6		1	9	2	8	1	9	6	3			68
	Tataouine				3						1				1					5
	Gafsa	2			5			3		1	4	1	3		2	3				24
SUD-OUEST	Kébili	1			1			2			1									5
	Tozeur				4			1			1						1			7
	Total	113	42	29	580	15	92	153	46	113	300	80	236	131	259	220	189	13	3	2614

**Tableau IV (suite): Médecins spécialistes /gouvernorat
(médecine et spécialités médicales) 30 novembre 2010**

	Réanimation médicale	Méd, physique, rééducation & réadaptation fonctionnelle	Imagerie médicale	Radiothérapie carcinologique	Médecine légale	Médecine du travail	Médecine préventive et communautaire	Anesthésie- réanimation	Total
GRAND TUNIS	Ariana	5	1	20				10	40
	Ben Arous	3	2	16				4	28
	Manouba			3				1	7
NORD EST	Tunis	17	18	134	8	8	11	18	313
	Bizerte	2		14		1	1	5	22
	Nabeul			16		1	1	3	30
	Zaghouan		1	1					2
	Béjà			5					5
NORD OUEST	Jendouba							1	1
	Le Kef			2					2
	Siliana								0
CENTRE EST	Sousse	6	9	36	3	5	4	8	92
	Monastir	6	5	20		3	4	4	56
	Mahdia	3	1	6			1	4	15
	Sfax	8	13	43	7	6	8	5	127
	Kairouan			8		1			5
CENTRE OUEST	Kasserine			3		1		1	5
	Sidi Bouzid			3					3
SUD-EST	Gabès			7		1		3	11
	Medenine			9				3	12
	Tataouine			1					1
SUD-OUEST	Gafsa	1		4		1		1	7
	Kébili							1	1
	Tozeur			1					1
Total	51	50	352	21	28	37	38	227	804

**Tableau V : Médecins spécialistes par spécialité, par gouvernorat, par qualification
(chirurgie et spécialités chirurgicales) au 30 novembre 2010**

	Chirurgie générale	Chirurgie carcinologique	Chirurgie vasculaire et thoracique	Chirurgie vasculaire périphérique	Chirurgie neurologique	Chirurgie urologique + Urologie	Chirurgie plastique, réparatrice et esthétique	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Chirurgie pédiatrique	Chirurgie cardio-vasculaire	Ophthalmologie	O.R.L.	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	Gynécologie-obstétrique	Total
GRAND TUNIS	Ariana	12	1	3	2	3	5	2	3	6	19	12	5	40	113
	Ben Arous	9				1	4	2	9	1	24	15	1	39	106
	Manouba						1	1			4	5		11	21
	Tunis	103	13	2	7	17	47	24	31	27	136	76	25	196	731
	Bizerte	11					6	1	3	1		18	11		28
NORD EST	Nabeul	20	1			6	1	7	1		28	14	1	45	124
	Zaghouan	4				1			1		4	3		6	19
	Béjà	4				3	3	3	1	1	8	6		12	38
	Jendouba	7	1			3	3	2	2		4	4		11	32
	Le Kef	6				2	2	1	1		3	4		7	23
NORD OUEST	Siliana	3				1	1	1	1		3	2		2	12
	Sousse	20				7	15	4	7	7	33	22	9	65	190
	Monastir	17				3	7	6	6		17	11		33	100
	Mahdia	7				1	3	1			8	4	1	17	42
	Sfax	42		3	1	14	30	3	22	8	53	41	14	74	310
CENTRE EST	Kairouan	10	1			1	6	1	1		8	4		13	44
	Kasserine	3					3	4			3	3		6	22
	Sidi Bouzid	3					2	3	1		4	1		6	20
	Gabès	9				2	4	3		1	9	8	1	12	49
SUD-EST	Medénine	16					7	7			14	9		21	74
	Tataouine	1									2	1		2	6
SUD-OUEST	Gafsa	6			1	4		4			6	3		11	36
	Kébili	1				1		1			2	3		3	11
	Tozeur	2						1			2	2		2	9
Total	316	17	8	11	50	160	38	120	45	51	412	264	57	662	2211



CONVENTIONNEMENT ENTRE MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS ET CLINIQUES PRIVEES.

Le cahier de charge des établissements sanitaires privés a été modifié par le décret 2010-2200 du 6 Septembre 2010 (paru au J.O.R.T. le 14 Septembre 2010).

Dans son article 27(bis) il stipule que les actes d'anesthésie pratiqués dans les cliniques privées *doivent être effectués par des médecins spécialistes en anesthésie réanimation (M.A.R.)* et ce dans le cadre du conventionnement.

Il est stipulé aussi que les M.A.R. doivent assurer la *continuité des soins* dans ces établissements.

Les C.R.O.M. auront donc à viser prochainement les conventions entre M.A.R. et cliniques privées ; *la profession* doit veiller à ce que les différents articles des contrats soient conformes au *code de déontologie* avec notamment la préservation de l'*indépendance professionnelle* du praticien et du *secret médical*. Les C.R.O.M. veilleront à ce que l'organisation de la prise en charge des patients par les M.A.R. permette la continuité des soins avec une disponibilité sans faille.

Ainsi les points suivants doivent figurer sur toute convention entre M.A.R. et clinique privée.

1. Le M.A.R. se présentera aux patients en son nom personnel et exercera son art en toute indépendance et sous sa seule et entière responsabilité. (exercice libéral et indépendance).

2. Le M.A.R. s'engage à assurer, dans la limite de ses compétences et qualifications, la continuité des soins et la sécurité des patients admis dans la clinique ; ceci en collaboration avec les autres médecins qui exercent ou exerceront dans la clinique et en conformité avec le règlement intérieur de la clinique.

3. Secret médical.

La clinique et le M.A.R. s'engagent à prendre toute mesure nécessaire pour assurer le respect du secret professionnel, notamment en ce qui concerne les locaux, le personnel, les communications téléphoniques, le courrier...La clinique et le médecin se mettront d'accord sur l'application des mesures à prendre et des règles à observer concernant la tenue des registres opératoires et des fiches d'observation.

4. Honoraires.

Le recouvrement des honoraires incombe au médecin qui fait son affaire du respect des législations et des conventions qui peuvent le lier aux organismes d'assurance maladie.

Le médecin peut demander à la clinique de procéder, pour son compte, au recouvrement des honoraires. Les sommes ainsi perçues seront mises à la disposition du médecin dès leur recouvrement et lui seront transmises intégralement, sans faire l'objet d'aucun prélèvement ou retenue.

5. Qualité des soins.

La clinique s'engage à fournir en permanence le concours d'un personnel soignant et auxiliaire en qualité et en nombre suffisant et d'une façon générale, tous les moyens nécessaires pour permettre au médecin d'exercer son art dans les meilleures conditions et avec le maximum de garanties. La clinique restera responsable de son personnel.

6. Durée du contrat.

Le contrat prendra fin lorsque le médecin atteint l'âge de soixante cinq ans. A l'issue de cette période, le contrat pourra être prolongé d'année en année, avec l'accord des deux parties.

S'il y a rupture du contrat du fait de la clinique, celle-ci versera, à titre d'indemnité une somme égale à une annuité des honoraires perçus par le médecin et calculée sur la base des trois dernières années.

Si la rupture est le fait du médecin, celui-ci s'engage à respecter un délai de préavis de trois mois.

7. Résiliation de plein droit.

La clinique peut résilier le contrat de plein droit, sans indemnité, ni préavis, dans le cas où le médecin se rendrait coupable, dans l'exercice de son art, d'une faute professionnelle grave sanctionnée par une interdiction d'exercice de plus de trois mois.

8. Société civile et professionnelle.

C'est le mode qu'il faut encourager pour l'exercice de l'Anesthésie Réanimation dans le secteur libéral. En effet seule une équipe bien étoffée, en nombre suffisant et homogène peut répondre à l'impératif de la garantie de la sécurité des patients et de la bonne qualité des soins. Pour l'harmonie de l'équipe il est évident que la S.C.P. exigera que la clinique ne concède pas sans son accord des droits équivalents à une autre S.C.P. ou un autre M.A.R. individuellement.

(Mise au point du Dr R. Kammoun)



EXERCICE DE L'ANESTHESIE REANIMATION

Extraits du point de vue du Professeur Slaheddine Bouchouha
Chef du service de médecine intensive à l'Hôpital Farhat Hached de Sousse

Pour le **secteur public**, outre le nécessaire mise aux normes (personnels et équipements) le problème central réside dans la fuite des compétences vers l'étranger et vers le privé. Il en résulte des difficultés et des problèmes de sécurité même dans les CHU, ce qui constitue un frein important au développement des spécialités chirurgicales dans les hôpitaux périphériques. Les remèdes sont évidents et les autorités de tutelle sont tenues de remédier aux pénuries et de susciter les vocations.

Pour le secteur privé, le problème est d'une toute autre nature, d'ordre essentiellement organisationnel. J'ai en effet la conviction que la majorité des problèmes évoqués peuvent être en grande partie aplanis grâce à un schéma d'organisation clair de la pratique de l'anesthésie réanimation au sein des structures privées.

Cette **organisation** s'impose pour au moins deux raisons

- une activité AR au sein d'une structure privée ne peut être contractée à titre individuel parce qu'elle a la particularité, unique parmi les spécialités médicochirurgicales, d'être induite par un second intervenant (chirurgien dans la majorité des cas) et de devoir être partagée avec ce même intervenant tout au long du processus (décision et acte opératoires, suites opératoires...)
- l'activité AR a de multiples facettes dont certaines (gardes d'urgence, soins continus post-opératoires...) imposent une couverture continue que ne peut raisonnablement assurer un médecin anesthésie réanimateur (MAR) à titre individuel
- au sein des cliniques multidisciplinaires notamment, où le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) est sollicitée par de nombreux spécialistes, ce dernier doit donc admettre un second partage, avec cette fois-ci d'autres collègues de même spécialité, pour couvrir les urgences et assurer la continuité des soins intensifs chirurgicaux. Il y va de la bonne marche de l'institution et de la sécurité des patients.

L'organisation de l'activité AR au sein des structures privées passe donc par la mise en place au sein de ces structures d'un **organe de gestion**, à l'image des départements d'AR dans les CHU. Ces départements dont le premier a été créé à Sahloul au début des années 90, ont en effet largement fait la preuve de leur utilité et apaisé les relations AR-chirurgien. Un organe similaire peut être envisagé au sein des établissements sanitaires privés pluridisciplinaires en particulier. Il aura pour mission d'organiser, de réguler, d'évaluer et de promouvoir toutes les facettes de l'activité AR. Il sera également l'interlocuteur de la direction en cas de nouveaux recrutements et de mise aux normes (en personnel et équipements) des différents sites d'exercice de l'AR. Il constituera enfin un organe d'arbitrage en cas de conflit entre MAR et direction, entre MAR et chirurgiens, et entre les MAR eux-mêmes. Le managérial de cette entité sera assuré par un coordinateur, désigné ou élu ; elle aura également sous sa responsabilité le pool des techniciens d'anesthésie réanimation (TAR) de la clinique.

En concertation avec le responsable du bloc opératoire et un représentant des chirurgiens, il aura à déployer les intervenants à travers les différents sites d'exercice de l'AR, en respectant les principes d'équité (en fonction des spécificités de l'intervention) de compétence et d'affinités entre personnes (MAR et opérateurs).

La démarche n'est pas aisée mais pourra être facilitée par une chartre préalablement établie et acceptée par MAR, TAR, autres médecins (en particulier les chirurgiens) et la direction de la clinique.

En dehors de ce cadre organisationnel général, d'autres aspects de la pratique du MAR méritent commentaires.

En matière de responsabilité

- l'indépendance revendiquée par les MAR ne peut concerner que les domaines spécifiques à l'AR (modalités d'anesthésie, procédures de réanimation) ; pour les autres temps de la prise en charge (décisions opératoires notamment), la responsabilité est obligatoirement partagée. Par ailleurs le MAR peut dégager sa responsabilité d'une décision qu'il ne partage pas.

- la responsabilité des unités de soins intensifs chirurgicaux, doit à l'évidence être partagée avec les chirurgiens en particulier. Toutefois, le MAR doit avoir sous sa responsabilité exclusive le personnel de cette unité et en être le coordinateur, c'est-à-dire le point focal de tous les avis et propositions diagnostiques et thérapeutiques dont il doit être le décideur ultime.

- je ne partage pas l'avis de mes collègues MAR sur l'intention de confier dans certains cas la responsabilité de la transfusion sanguine à des chirurgiens ou l'entretien de l'analgésie locorégionale à des sages-femmes, à moins d'en couvrir la responsabilité. Ces intervenants n'ont en effet pas les compétences spécifiques pour gérer les éventuelles complications de ces actes.

Sur le plan statutaire

En raison du caractère induit de l'activité AR, la loi devrait être amendée pour permettre l'installation intra muros des MAR. Il en est de même d'ailleurs pour d'autres spécialités comme la réanimation médicale.

Les demandes de nos collègues MAR concernant le contrat de carrière et la clause d'**exclusivité** sont compréhensibles mais difficilement compatibles avec l'exercice privé. Mais la mise en place d'un organe de gestion de l'activité AR au sein des cliniques les protégera contre des interventions arbitraires ou intempestives. D'autres dispositions protectrices pourront être envisagées et incluses dans les conventions et chartes, toutefois, la sécurité complète de l'emploi est difficilement concevable.

Sur le plan déontologique et éthique

Le libre choix du MAR par le patient ou le chirurgien ne peut être érigé en postulat. Mais l'organisation de l'activité par le comité des MAR doit autant que possible veiller à satisfaire les demandes quand elles sont raisonnables. Beaucoup de conflits peuvent être ainsi évités.

Le droit à l'information des patients et des proches doit être réglementé de manière précise ; celle-ci doit être fournie par une source unique (MAR ou chirurgien), de manière directe (et non par téléphone) à des personnes habilitées, durant des plages horaires définies et affichées. Les honoraires respectifs du MAR et de son partenaire doivent être concertés, (éviter les trop grandes disparités) portés de manière préalable à la connaissance des patients et des familles.



IDENTITES

Prologue : à la plage (T. raconte)

Sitôt arrivé à la plage, une fois choisi «mon territoire», je commence par le débarrasser des déchets (mégots, canettes, verre brisé, emballages en plastique etc...) qui l'encombrent. Les gens s'arrêtent, me regardent faire (intéressés ? étonnés ? goguenards ?) : Des jeunes tentent d'engager la conversation ... le plus souvent dans une langue étrangère (latine ou germanique). Je baragouine la réponse dans un idiome inventé mais ne pouvant me contenir - je finis toujours par «dénoncer» mes origines.

Certains jours, la municipalité mobilise un tracteur benne où des jeunes – parmi lesquels, peut être des étudiants en médecine - en vacances déposent les sacs poubelles remplis de détritus ramassés sur le sable. Le travail ne semble pas les enthousiasmer, je les aide en ramassant ce qu'ils ont «oublié». Ils m'en sont reconnaissants et me gratifient de leurs «Buon giorno» et «grazie» (ils ignorent sans doute que voir Naples, c'est risquer de mourir asphyxié).

Le commentaire :

Entre autosatisfaction et faible estime de soi, finirons-nous par trouver l'équilibre de notre identité et de notre citoyenneté ! De façon particulière, nous médecins où en sommes-nous de la réflexion sur notre pratique ? Quelle est notre place dans la société : sur un piédestal ou au milieu de la mêlée des professionnels ? Dépositaire d'un sacerdoce et d'un art ou simple prestataire de services standardisés, «consensuels» ? Conscience animée par la générosité, l'esprit de charité et la compassion («répondant à une confiance») ou membre d'une oligarchie qui jette le voile sur les conflits d'intérêt et dont le moteur est la propension à l'accumulation ? Dans le marché (qui a perdu sa transparence et ses repères) ou «averti» de ses fluctuations et de ses dérives ? Cogestionnaire des ressources du secteur ou cigale irresponsable ? Artisan du dialogue clinique, singulier, en tête à tête ou de la relation impersonnelle (algorithmée) dématérialisée ?

Et pour compliquer le tout, ce constat fait par les observateurs - économistes, sociologues – selon lequel notre corporation évolue vers une «société de classes» : une caste y côtoie la classe moyenne (la plus nombreuse avec un large éventail de conditions). Aucune des deux ne se préoccupe du sort des «oubliés» : jeunes diplômés en quête d'emploi ; nouveaux installés que les difficultés du démarrage obligent parfois au nomadisme ; praticiens en pleine force de l'âge dont l'élan a été brisé par l'accident, le handicap ou la maladie ; familles de médecins en déshérence suite au décès subit/prématuré du chef de famille ; sans compter des retraités désœuvrés et qui, pour échapper à la solitude, hantent les cafés... Plus que jamais, la solidarité, assise sur les valeurs en partage s'impose à nous ! Réveillons le moraliste qui sommeille en nous, pour trouver d'autres «sens» à notre vie.

Epilogue

L'heure est à la remise en question. Ainsi le directeur général de l'Organisation Mondiale du Commerce ne vient-il pas de déclarer devant un parterre d'universitaires, à Montréal que «le capitalisme de marché est intrinsèquement injuste et stresse toujours plus les ressources humaines et naturelles» ; qu'il faudrait tirer les leçons de la crise et analyser en profondeur ce capitalisme – avec les moyens des sciences humaines –, pour trouver des alternatives.

Le monde a célébré le 13 novembre 2010 la «journée de la gentillesse». Quant à nous, citoyens tunisiens, réputés gentils, gageons que nous n'aurons pas à forcer notre nature... pour fêter tous les jours la gentillesse.

(Med. J. , T.N)

ARRIERES DE COTISATION

Le conseil national de l'Ordre des médecins prie les confrères en retard de paiement de leur cotisation de bien vouloir s'acquitter de cette obligation auprès du conseil régional territorialement compétent. Toutefois à l'échéance d'un délai fixé dans le courrier qui leur a été personnellement adressé, le conseil national se verra à son grand regret, astreint à l'application de la procédure (décision de radiation temporaire du tableau, transmise aux autorités) prévue par l'article 120 du code de déontologie médicale, objet du décret 93-115 du 17 mai 1993.

Il est à rappelé que l'exercice de la médecine en Tunisie est soumis à certaines conditions, dont l'obligation d'être inscrit au Tableau de l'Ordre (article 1er de la loi 91 du 13 mars 1991.)

Le CNOM compte sur la compréhension et la solidarité de tous.

Meilleurs vœux

Article 120

Le médecin qui ne paye pas ses cotisations à l'ordre des médecins pendant deux années consécutives sera après mise en demeure radié temporairement du tableau de l'ordre.

Sa réinscription sera prononcée d'office dès qu'il aura acquitté ses cotisations.



المجلس الوطني لعمادة الأطباء Conseil National de l'Ordre des Médecins

تونس، في 27 ديسمبر 2010.

برنامج الانتخابات

يتم إجراء الانتخابات أثناء جلسات عامة تنظم في نفس اليوم على مستوى المجالس الجهوية ويكون ذلك

يوم السبت 08 جانفي 2011
من الساعة 12.00 إلى الساعة 17.00

ويتم عقد الجلسات العامة في كل عمادة جهوية في نفس اليوم على الساعة الثالثة بعد الزوال لتقديم أعمال المجلس الوطني والتقرير المالي وتجرى هاته الجلسات في الأماكن التالية:

* بالنسبة لأطباء العمادة الجهوية بتونس والمباشرين بالولايات التالية: منوبة وتونس وأريانة وبن عروس وزغوان وبنزرت ونازل: **بنزل القلندر توليب "المشعل سابقا"** بتونس شارع أولاد حقور

* بالنسبة لأطباء العمادة الجهوية بباجة والمباشرين بالولايات التالية: باجة وجندوبة وسليانة والكاف: **بنزل "فيتكس" بباجة**

* بالنسبة لأطباء العمادة الجهوية بسوسة والمباشرين بالولايات التالية: سوسة والمهديّة والقنيطرة والمنستير: **بنزل "تاج مرجحيا" بسوسة**

* بالنسبة لأطباء العمادة الجهوية بصفاقس والمباشرين بالولايات التالية: صفاقس وسيدي بوزيد: **بنزل "سيفاكس" بصفاقس**

* بالنسبة لأطباء العمادة الجهوية بقابس والمباشرين بالولايات التالية: قابس ومدنين وتطاوين: **بنزل "شمس" بقابس**

* بالنسبة لأطباء العمادة الجهوية بقفصة والمباشرين بالولايات التالية: القصرين وتوزر و قبلي وقفصة: **بمقر المجلس الجهوي بقفصة "9 شارع ابن خلدون الدوالي قفصة"**

أما فيما يخص الأطباء الغير ممارسين فإنهم يقترعون بالمكان المحدد من المجلس الجهوي للأطباء والذي يرجع إليه محل إقامتهم.

يتم فرز الأصوات في حصة مفتوحة مباشرة بعد غلق مكاتب الاقتراع.

والسلام،

رئيس المجلس الوطني لعمادة الأطباء،

الدكتور توفيق ناصف
على نيوحة توصية للأطباء
رئيس المجلس

الدكتور توفيق ناصف

16، فيح السوران - 1002 تونس - الهاتف: 71 792 736 + 71 799 041 - الفاكس: 71 788 729

16, Rue de Touraine - 1002 Tunis - Tél.: 71 792 736 - 71 799 041 - Fax : 71 788 729

E-mail : cnom@planet.tn

Site : www.ordre-medecins.org.tn