

# LE BULLETIN

## D'INFORMATIONS MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES

Organe du Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie  
Directeur de la publication : Dr. Mohamed Boukhris  
18 Rue de Russie — Tunis — Tél. 242.776

N° 03

SEPTEMBRE 1982

### EDITORIAL

## Pour une meilleure relation médecin-malade

Il est paradoxal de constater que plus la médecine devient efficace et sophistiquée et plus la relation du malade avec son médecin se dégrade.

Alors que le médecin était l'objet d'un respect et d'une considération quasi sacrées, il devient aujourd'hui l'objet de critiques de plus en plus acerbes.

Le malade considère de plus en plus le médecin comme ayant acquis après de longues études un ensemble de connaissances et de capacités techniques qui lui permettent de guérir efficacement et rapidement sa maladie.

Sa conception de la médecine n'est plus celle qui l'aide à guérir (le médecin soigne et Dieu guérit) mais il attend de la médecine une réponse ponctuelle et exacte à sa demande.

Le médecin n'est plus cet humaniste que écoute, qui comprend mais c'est le technicien qui prescrit qui opère, et qui doit réussir.

Cette nécessité de la guérison du symptôme amène le malade à n'attendre du médecin que le traitement.

Les médecins qui s'aventurent encore à conseiller une alimentation plus riche et plus équilibrée, une hygiène de vie plus stricte, un équilibre psychique relatif, sont considérés comme des farfelus ou des incapables.

Cette situation est encore plus exacerbée quand le malade ne choisit pas son médecin, et ne fait aucun effort personnel matériel ou moral pour le consulter : c'est ce qui explique l'encombrement de certaines consultations publiques, et leur inefficacité.

Mais même quand le malade choisit son médecin librement, il est encore rarement satisfait, et il lui arrive de plus en plus souvent de porter plainte en justice ou d'exprimer son mécontentement en écrivant dans les journaux, ou en faisant appel au Conseil de l'Ordre.

Nul ne peut, certes, affirmer que les conditions de l'exercice de la médecine dans notre pays, ce soit dans le public ou le privé soient idéales.

La grande majorité des médecins se dépense quotidiennement avec souvent les moyens du bord pour diminuer les souffrances de leurs malades, mais il serait fallacieux de cacher les perversions de notre pratique. Nous savons tous que :

1) La médecine n'est pas une science exacte et le résultat dépend d'un faisceau de facteurs objectifs et subjectifs, et c'est bien pour cela que le médecin est tenu à une obligation de moyens et non de résultats. Le médecin peut se tromper dans son diagnostic, mais il n'a pas le droit de commettre des fautes.

2) Les moyens dont nous disposons et particulièrement dans nos hôpitaux (moyens humains et matériels) ne nous permettent pas de pratiquer toujours une médecine humaine efficace et sereine. Mais le Code de Déontologie ne précise-t-il pas que « le médecin doit exercer sa profession dans les conditions lui permettant l'usage régulier d'une installation et des moyens techniques nécessaires à son art ».

Mais, nos malades n'ont été ni préparés ni informés de ces problèmes. Aucun programme d'Éducation sanitaire ne parle des limites de la consommation médicale.

Les malades ne comprennent pas pourquoi le même médecin, le même para-médical est si sévère, si peu bienveillant et si peu disponible dans certains endroits que dans d'autres.

Bien sûr la faute n'incombe pas toujours aux médecins, mais si ceux-ci ne se ravisent pas s'ils ne comprennent pas que la médecine doit être pratiquée de la même façon, quelques soient les malades et le lieu des soins, c'est toute la communauté médicale qui sera mise en cause.

La bonne relation du médecin avec son malade est une impérieuse nécessité pour l'efficacité du traitement, et pour l'acceptation par le malade de toutes les conséquences de l'acte médical.

### *Vous lirez dans ce numéro*

Information, publicité et  
contact avec le public  
Médecine générale et  
formation continue

P.2

P.4

A propos de l'exercice  
dans le régime du plein-  
temps intégral

P.5

La santé au cours du  
6<sup>e</sup> Plan

P.6

Médicament nouveaux

P.7

Nouveau régime des  
retraites pour les médecins

P.10

### COMITE DE REDACTION

Dr. Brahim EL GHARBI  
Dr. Mohamed HARBİ  
Dr. Fethi DEROUICHE  
Dr. M'hamed BEN SALAH  
Dr. Hachemi GAROUI  
Dr. Mohamed GUEDDICHE  
Dr. Abdelhamid HACHICHA  
Dr. Fethi HAFSIA  
Dr. Béchir LARABI  
Dr. Lamine MEZIOU  
Dr. Ridha MZABI  
Dr. Mohamed BOUKHRIS

# Information, publicité et contact avec le public

Beaucoup de dispositions du Code de Déontologie concernant l'Information du Public sur les activités du Médecin sont souvent ignorées certaines infractions portent atteinte quelque fois à l'honorabilité de toute la profession.

Nous constatons encore plusieurs plaques et ordonnances fantaisistes, plusieurs flèches indécentes des annonces dans les journaux, et des interventions à la Radio et à la Télévision, qui pour le moins ne respectent ni l'esprit ni le texte de la réglementation actuelle.

## 1) Les mentions sur la plaque et sur les ordonnances

Le Médecin ne peut mentionner que la qualification qui lui a été reconnue par le Conseil de l'Ordre. Cette reconnaissance doit faire l'objet d'une lettre écrite.

Même les médecins titulaires de CES, ou de diplôme équivalents, qui n'ont pas fait la demande de qualification en bonne et due forme auprès du Conseil de l'Ordre, ne peuvent mentionner leurs titres sur une plaque ou sur une ordonnance.

Il est aussi à noter, qu'il est strictement interdit d'utiliser les mentions suivantes Dr X... Y — maladies des enfants ou maladies du cœur etc., un médecin qui n'a pas de qualification précise dans une spécialité selon la liste prévue par la loi ne peut mentionner que sous-titre de MEDECIN GENERALISTE.

Dès même certaines compétences comme l'allergologie, l'Acupuncture, ne peuvent être citées qu'après autorisation expresse du Conseil de l'Ordre.

Toutes les autres indications, du type (Rayons X, Doppler Echographie Fibroscopie) sont bien entendu strictement interdites.

## 2) Le nombre de plaques

Le Médecin n'a droit qu'à une seule et unique plaque qui doit être sur la porte de l'immeuble où se trouve son Cabinet.

Toute plaque supplémentaire, toute flèche indicatrice même si elle ne comporte pas le nom du Médecin, et même si le Cabinet du Médecin est mal situé est interdite, sauf autorisation expresse du Conseil de l'Ordre, après demande du Médecin intéressé. En outre la plaque ne doit pas dépasser les dimensions 25 cm/30 cm.

## 3) Les cartes de visite

Beaucoup de jeunes médecins, utilisent des cartes de visites et quelques fois des affichettes, qu'ils distribuent dans des boîtes aux lettres ou dans les pharmacies. Cette pratique est strictement interdite.

Le Médecin, qui vient de s'installer peut bien entendu prendre contact avec les pharmacies de son quartier ainsi qu'avec les institutions sanitaires avoisinantes pour informer de son installation, mais ne doit en aucun cas utiliser les supports écrits.

Il est aussi de tradition que les Médecins Spécialistes, informent leur confrères de leurs installations.

## 4) Les journaux

C'est l'article 100 du Code de Déontologie qui s'applique.

— En cas de première installation :

Le médecin peut insérer dans des journaux différents un texte annonçant son installation. L'insertion peut se faire pendant 3 jours consécutifs le texte doit être OBLIGATOIREMENT visé par le Conseil de l'Ordre, un texte type a été établi par le Conseil de l'Ordre est peut être utilisé.

Suite à une absence d'au moins 15 jours.

Le médecin peut annoncer au public la réouverture de son Cabinet le texte doit être visé par le Conseil de l'Ordre.

Seules les absences qui auront été signalés préalablement au Conseil de l'Ordre peuvent donner droit à une annonce au public. Une seule annonce est autorisée. D'autres circonstances peuvent amener le médecin à signaler la reprise de son activité. Dans tous les cas il est nécessaire de demander l'autorisation du Conseil de l'Ordre.

## 5) Relation des médecins avec la presse et la Radio-Télévision

Beaucoup de médecins peuvent être sollicités pour participer à des émissions Radio-Télévision ou à écrire des articles de vulgarisation médicale dans les journaux.

En tout état de cause, les médecins qui ont une clientèle privée doivent rester anonymes et éviter tout procédé direct ou indirect de publicité.

Leurs interventions doivent se limiter aux aspects d'Education sanitaires.

## LES ARTICLES DU CODE DE DEONTOLOGIE

ARTICLE 11 : La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont spécialement interdits

1) Tous les procédés directs ou indirects de publicité de réclame;

2) Les manifestations spectaculaires touchant à la médecine et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Les manifestations scientifiques ou éducatives réservées au public, doivent être soumises au préalable au Conseil de l'Ordre et obtenir son accord.

ARTICLE 12 : Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire sont :

1) Celles qui facilitent ses relations avec ses patients.

2) La qualité qui lui aura été reconnue dans les conditions déterminées par le Conseil de l'Ordre et la Faculté de Médecine.

3) Les titres et fonctions universitaires et hospitalières qui doivent précéder la Faculté ou l'Hôpital dont il s'agit.

4) Les titres obtenus par élection dans les Sociétés Savantes reconnues par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les décisions prises pour l'application du 3ème peuvent être déferées pour appel, au Ministère de la Santé Publique.

ARTICLE 13 : Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer à la porte de son cabinet, sont :

— Le nom, les prénoms, les titres, les qualifications, les jours et heures de consultation. La plaque ne peut être apposée que sur la porte de l'immeuble où se trouve le cabinet du médecin hors cas autorisé par le Conseil de l'Ordre. Elle ne doit pas dépasser 25 cm sur 30 cm.

ARTICLE 23 : Divulguer prématurément dans le public médical, en vue d'une application immédiate un procédé de diagnostic ou de traitement nouveau et insuffisamment éprouvé, constitue de la part d'un médecin une imprudence reprehensible, s'il n'a pas pris le soin de mettre ses confrères en garde contre les dangers éventuels de ce procédé.

Divulguer ce même procédé dans le grand public quand sa valeur et son innocuité ne sont pas démontrées, constitue une faute.

Tromper la bonne foi des praticiens ou de la clientèle en leur présentant comme salubre et sans danger un procédé insuffisamment éprouvé est une faute grave.

ARTICLE 100 : Tout médecin qui s'installe pour la première fois, peut, après avoir averti le Conseil de l'Ordre et lui avoir soumis le texte de l'annonce par voie de presse et en caractères normaux, porter à la connaissance du public l'ouverture de son cabinet. Ces informations peuvent être faites dans les journaux différents, le même jour pendant trois jours consécutifs uniquement. En cas d'une absence d'un minimum 15 jours et après avoir averti le Conseil de l'Ordre, le médecin peut par voie de presse, par une seule insertion, avertir sa clientèle.

Tout changement d'adresse sera annoncé dans les mêmes conditions par voie de presse, une seule fois.



# Le Docteur M'Hamed Ben Salah, « un médecin social, un homme courageux, un militant de la justice »

Notre confrère et ami le Docteur M'Hamed Ben Salah, décédé des suites d'un accident de la circulation le 26 juillet 1982 dans sa 60ème année, membre de plusieurs associations médicales, était un homme

dynamique et avait imprimé par sa personnalité, sa bonhomie, son franc parler, plusieurs générations de médecins qui l'ont cotoyé dans leur vie professionnelle et sociale.

Disparu au moment même où il redoublait d'activité dans le cadre de la solidarité avec le peuple palestinien, tous les médecins de Tunisie, tiennent à lui rendre ici un hommage particulier et présentent à sa famille leurs condoléances les plus sincères.

C'est dans une ambiance de recueillement et de souvenir que la famille médicale a célébré le jeudi 2 septembre, le 40ème jour de la mort de notre confrère le Docteur M'Hamed Ben Salah.

Plusieurs confrères, jeunes et moins jeunes ont assisté à cette cérémonie ainsi que plusieurs amis du défunt. Présidée par le Docteur Hamouda Ben Slama, Secrétaire général de l'Union des Médecins Arabes, la cérémonie a permis au corps médical de mieux connaître le disparu.

Monsieur El Ajmi Slim, ami et parent, nous a raconté son enfance et sa jeunesse à Moknine sa ville natale.

Le Docteur Habib Jommaâ, nous a parlé de leur vie d'Etudiant à Alger puis à Paris.

Monsieur Azouz Rebaï et Maître Bellalouna, nous ont dressé un tableau de la vie de Monsieur M'Hamed Ben Salah, militant politique de la première heure, exemple de courage et d'abnégation.

Enfin, le Docteur Brahim El Gharbi, président du Conseil de l'Ordre, a défini en termes émouvants ce qu'était « ce Médecin social, cet homme courageux et ce militant de la justice ».

Pour tous ceux qui l'ont connu, pour les jeunes médecins, le Docteur M'Hamed Ben Salah, restera un exemple.

الله أكبر

محمد بن صالح

انتقل المأسوف عليه الدكتور « محمد » (بالفتح) بن حسن بن صالح إلى رحمة الله تعالى يوم الاثنين 5 شوال عام 1402 هجرية الموافق ليوم 26 جويلية 1982 ميلادية - تقبله الله بواسع الرحمة والرضوان وأسكنه الفردوس الجنان .

أم أنت في «القدس» الشريف دفين؟  
نسب إلى صدق الجهاد مدين  
يخفى له طول الحياة جبين  
حتى يخيب عدوها مهيدون  
بالدين والشرف الإنجيل فنين  
لجهاد « أولى الشاهدين » حنين  
للاعتقال أقيم فيه كمين  
فذا ، وروع شعبه المحزون  
قد زانه خلق غير ودين  
أراؤه للباحثين تزين  
روح الفقيه مصيرها أميمون  
والالف هجرها وتلك قرون  
في الخلد فهو لصالحك قوين  
لم ينس رفض بناتها والدين  
لولا العناية منه ليس تهون  
مدت لعفوك بالدعاء يمين

يا رحلا هل فمك « المكين »  
هذا « محمد ابن صالح » من له  
شهم أبي النفس لم يخقد ولم  
شهدت « فلسطين » بها ضحابه  
نسي قبره عزم نواري بفته  
بها مول مصرعه ومول فؤاده  
خط الحديد قضى عليه كانها  
وتخطف الموت المربع مواسيا  
الله أكبر ، قد فجعنا في فتى  
وبكى أساة « العرب » فيه موحد  
نسي يوم خامس شهر شوال طوى  
سنة اثنتين وراة أربع مائة  
يا خلفي جاز « ابن صالح » بالرضا  
وارحم حكيما في العلاج له يد  
ولكتب له الحسنى فكم من كربة  
يا رب غفرانا له وارحمه ما

لتونس  
عضو الجمعية العامة للأطباء التونسيين  
عضو الهلال الأحمر التونسي  
عضو الرابطة التونسية للدفاع عن حقوق الانسان

أمين صندوق اتحاد الأطباء العرب  
عضو مستشار لمجلس عمادة الأطباء التونسيين  
عضو الهيئة المديرية للجمعية التونسية للعلوم الطبية  
الكاتب العام للجمعية الطبية تونس - فلسطين  
مديرية الصحة العمومية بإدارة الجهوية للصحة

# MEDECINE GENERALE MEDECIN GENERALISTE ET FORMATION CONTINUE

Les modifications profondes qui se sont produites ces dernières années concernant les connaissances et techniques médicales, ont mené une évolution de la médecine en général :

- multiplication des spécialisations.
- nécessité de l'utilisation efficace et économique des moyens.
- modification du comportement des patients (désacralisation du médecin, curiosité).
- nécessité d'une collaboration étroite entre médecins avec des personnels non médicaux (scientifiques, personnels de toute profession susceptible d'offrir des services aux patients).

De cette constatation, il apparaît que le médecin généraliste est la cheville ouvrière du système de santé.

## LES FONCTIONS DU MEDECIN GENERALISTE :

1) La première, et qui définit bien sa spécificité, est de prendre en charge chaque individu, dans sa globalité, au sein de son environnement personnel : son souci va donc au-delà de ce que demande un épisode pathologique particulier. Il doit interpréter les besoins et demandes de ses patients en termes biologiques, pathologiques, psychologiques et sociaux.

2) Il est le médecin de première ligne :

Reçoit des malades non sélectionnés  
Est directement confronté aux besoins et aux demandes des patients (même s'ils sont exprimés en termes non médicaux).

Doit savoir faire face à l'urgence, c'est-à-dire adopter la meilleure attitude pour répondre à la demande urgente, sans nuire au malade et compte-tenu du peu de moyens (techniques et lourds) dont il dispose.

3) Il assure la continuité des soins chez un individu par-delà les épisodes pathologiques et le type de maladies qu'il présente.

4) Il est l'homme des soins au long cours qu'ils soient post-opératoires, post-hospitaliers, chez les malades chroniques les personnes âgées.

5) Il est le médecin de la prophylaxie et de la prévention qu'elle soit primaire (éviter la survenue des maladies) ou secondaire (éviter leur aggravation), ainsi que du dépistage des signes précoces des maladies.

6) Il est l'homme privilégié (sinon le seul) de la relation médecin-malade.

7) Il se trouve au carrefour du pathologique et du social.

8) Enfin il est responsable du maintien et de la promotion de la santé, celle-ci étant (OMS 1967) : « un état complet de bien-être physique, mental, et social, et pas seulement l'absence de maladie ».

De cette analyse de la fonction du médecin généraliste ressort la nécessité de son exercice dans le système de santé, avec un rôle important à jouer : mais pour pouvoir l'assurer avec le maximum d'efficacité, deux choses sont indispensables : une formation initiale adaptée et une formation continue spécifique. Nous reparlerons dans un autre numéro de la formation initiale intéressons-nous pour l'instant à la formation continue.

## IV — FORMATION MEDICALE CONTINUE :

### 1) Principes de bases :

On peut dire en schématisant, que l'insuffisance (ou l'absence) de formation continue entraîne chez le médecin une insécurité dans le diagnostic et le traitement, d'où :

- multiplication des actes
- abus d'examen de laboratoire et radiologiques
- abus de prescriptions médicamenteuses
- abus de consultations spécialisées, d'hospitalisations

Ce qui entraîne finalement :

- une certaine inefficacité du médecin généraliste
- un coût élevé des soins
- une dévalorisation de l'acte du médecin généraliste.

La formation médicale continue est donc une nécessité, mais pour remplir son rôle elle doit aussi être efficace :

- dans ses méthodes pédagogiques
- dans ses structures
- dans les moyens mis en œuvre

## LES CONDITIONS DU SUCCÈS DE LA F.M.C.

Elle doit être adaptée à l'exercice quotidien du médecin généraliste, accessible à tous, gratifiante, source d'amélioration de la qualité des soins, c'est-à-dire :

a) **Conçue par et pour les praticiens**, et sûrement pas seulement par les hospitalo-universitaires : (Enseignement Post-Universitaire classique), même si ceux-ci ont un rôle à jouer mais qui doit être limité et clairement défini.

b) **Décentralisée** : pour ne pas rester le privilège des médecins des grandes villes, éviter les déplacements trop importants pour se rendre sur les lieux d'une activité de Formation Continue et tenir compte de la diversité des formes d'exercice.

c) **Vraiment continue** : proposant des activités régulières et non sporadiques (d'où la nécessité de décentraliser).

d) **Volontaire** : une activité imposée pourrait-elle être gratifiante ?

e) **Personnalisée**, donc pas seulement limitée à un enseignement de masse.

Telles sont quelques idées sur la formation médicale continue. Nous demandons à nos lecteurs de nous donner leurs opinions sur ce problème, afin que le Conseil de l'Ordre puisse défendre une nouvelle politique cohérente dans ce domaine.

# A propos des modalités d'exercice dans le régime du plein temps intégral

Dans 2 circulaires datées du mois de septembre 1980, le Ministre de la Santé Publique a rappelé, les « Mesures à prendre pour l'Application du Régime du Plein-temps dans les formations hospitalo universitaires et hospitalo sanitaires.

Nous les publions ci-dessus en extenso.

## Plein temps dans les formations hospitalo-universitaires

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur les dispositions législatives et réglementaires relatives au régime d'exercice du plein-temps dans les formations hospitalo-universitaires.

Des difficultés d'interprétation de certaines de ces dispositions ont été en effet constatées lors de leur application. Elles ont été à l'origine du non respect de certaines règles fondamentales régissant le statut du personnel médical hospitalo-universitaire employé à plein-temps.

Il est d'abord rappelé que l'application générale de ces dispositions ne peut qu'en contribuer à la bonne marche des services hospitaliers et améliorer le niveau des soins dans les formations sanitaires publiques dont les charges d'investissement et le coût de fonctionnement ne cessent d'augmenter.

Aux termes des dispositions des articles 7 et 3 respectivement de la loi n° 76-64 du 12 juillet 1976 relative à l'organisation des carrières médicales et du décret N° 77-732 du 9 Septembre 1977, le personnel hospitalo-universitaire exerce ses fonctions sous le régime du plein-temps, l'horaire de travail étant fixé à 36h au minimum par semaine; en outre, les Professeurs et Maîtres de Conférences agrégés peuvent être autorisés à exercer dans le cadre du plein-temps aménagé, et ce conformément aux dispositions des articles 8 et 4 des textes précités.

Les modalités relatives à l'exercice de ce régime ont été définies par le statut sus-visé qui prévoit notamment :

1 — La faculté de recevoir la clientèle privée dans le cadre de 2 séances par semaine organisées l'après-midi. Pour les chirurgiens l'une des 2 séances peut être consacrée le matin, aux interventions;

2 — Les consultations privées sont assurées, par chaque praticien, dans un même local qui peut être un établissement relevant du Ministère de la Santé Publique et aménagé à cet effet ou un autre établissement à statut privé agréé et conventionné;

Il est entendu qu'en dehors de ce cadre aménagé, le personnel médical hospitalo-universitaire, ne peut recevoir de la clientèle ou pratiquer des interventions à titre privé. De plus, en aucun cas, il ne peut disposer de cabinet médical privé.

Par la même occasion, il est rappelé que le personnel juxta-médical employé à plein-temps ainsi que le personnel para-médical ne peuvent, conformément aux dispositions générales de la loi n° 68-12 du 3 Juin 1968 et des décrets portant

statut particulier de ces corps, exercer à titre privé une activité dans les cliniques ou cabinets privés.

Je suis persuadé que l'application stricte des dispositions ci-dessus évoquées ainsi que l'observation rigoureuse des prescriptions de la présente, ne peuvent qu'améliorer les conditions de formations dispensées dans les hôpitaux universitaires et promouvoir davantage l'action

sanitaire entreprise dans les formations hospitalières et sanitaires publiques.

Je précise en outre, qu'au delà du rappel des dispositions réglementaires, c'est à l'esprit d'abnégation et au dévouement du personnel médical, que je fais appel pour contribuer à la réalisation de nos objectifs en matière de Santé Publique et répondre ainsi aux aspirations de la population dans ce domaine.

## Plein temps dans les formations hospitalo-sanitaires

Il a été constaté des difficultés d'interprétation de certaines dispositions législatives et réglementaires relatives au régime d'exercice du plein-temps dans les formations hospitalo-sanitaires. Ces difficultés ont été à l'origine du non respect de certaines règles fondamentales régissant le statut du personnel de la Santé Publique employé à plein-temps.

La présente circulaire a pour objet d'apporter à cette question les précisions ci-après en ce qui concerne la réglementation en vigueur relative aux modalités d'exercice des cadres médicaux hospitalo-sanitaires et des mesures à prendre en vue de leur application par l'ensemble du personnel concerné.

Il est d'abord rappelé que l'application générale et rigoureuse de ces dispositions ne peut que contribuer à la bonne marche des services hospitaliers et améliorer le niveau des soins dans les formations sanitaires publiques dont les charges d'investissement et le coût de fonctionnement ne cessent d'augmenter.

Aux termes des dispositions des articles 1.3. et 4 du décret N° 77-643 du 5 août 1977 portant statut du personnel médical hospitalo-sanitaire, les médecins de la Santé Publique et les médecins spécialistes de la santé publique exercent leurs fonctions sous le régime du plein-temps à raison de 36 heures hebdomadaires au minimum.

Ils peuvent toutefois dans le cas où il n'y a pas de médecins de libre pratique installés dans la localité, effectuer des visites de malades à domicile en dehors de leurs heures de services.

Ces dispositions actuellement en vigueur remplacent celles qui étaient prévues par les articles 5 et 6 de l'ancien statut du personnel médical hospitalo-sanitaire fixé par le décret n° 71-233 du 16 juin 1971 qui permettaient aux médecins de la santé publique exerçant à plein-temps de disposer de cabinets privés pour une période de trois ans renouvelables après autorisation du Ministre de la Santé Publique et en l'absence de médecins de libre pratique de leur spécialité installés dans la commune; les dispositions du décret sus-visé du 16 juin 1971 sont explicitement abrogées.

Par ailleurs, et en vertu des dispositions de

l'article 27 de la loi N° 69-2 du 20 Janvier 1969, relative à l'organisation sanitaire, la perception des honoraires médicaux payés par les malades payants, est effectuée exclusivement par l'Administration de l'établissement hospitalier, dans lequel le malade est traité.

Compte tenu de ces éléments, les cadres médicaux hospitalo-sanitaires à plein-temps ne peuvent aujourd'hui en aucun cas :

- avoir de cabinet privé de consultation;
- s'adonner à des activités médicales privées pendant les heures de service;
- effectuer des visites de malades à domicile lorsque la localité dont il s'agit est pourvue en médecins de libre pratique de la même spécialité.

Par ailleurs, il est rappelé que les personnels hospitalo-sanitaires qui sont autorisés à exercer à titre dérogatoire sous le régime de mi-temps en application des dispositions de l'article 30 (nouveau) de la loi n° 76-64 du 12 juillet 1976 modifiée par la loi n° 77-21 du 23 mars 1977 et de l'article 16 du décret n° 77-643 du 5 août 1977 sus-indiqué, sont tenus d'accomplir l'horaire de travail défini par leurs statuts respectifs à savoir dix-huit (18) heures au minimum par semaine.

Par la même occasion, il est rappelé que le personnel juxta-médical employé à plein-temps ainsi que le personnel para-médical ne peuvent, conformément aux dispositions générales de la loi n° 68-12 du 3 juin 1968 et des décrets portant statut particulier de ces corps, exercer à titre privé une activité lucrative dans les cliniques ou cabinets privés.

Je suis persuadé que l'application stricte des dispositions ci-dessus évoquées ainsi que l'observation des prescriptions de la présente, ne peuvent qu'améliorer les conditions de fonctionnement de l'ensemble des formations hospitalières du pays.

Je précise en outre, qu'au delà du rappel des dispositions réglementaires, c'est à l'esprit d'abnégation et au dévouement de l'ensemble du personnel médical, juxtamédical et paramédical que je fais appel, pour contribuer à la réalisation de nos objectifs en matière de santé, et répondre ainsi aux aspirations de la population dans ce domaine.

# La santé au cours du VIème Plan

## LES OBJECTIFS GENERAUX DU VIème PLAN

L'ensemble des objectifs généraux couvre à la fois le domaine des résultats escomptés en ce qui concerne la santé de la population et le domaine de la mise en œuvre des moyens.

### 1) En ce qui concerne les résultats :

Les indicateurs d'évolution projetés pour l'année 1986 devront illustrer les progrès de notre maîtrise de la croissance démographique en quantité et en qualité, ainsi :

— Le taux de croissance démographique devrait être en moyenne de 2,3 % par an, au cours de la période 1981-1986, alors qu'il a été de 2,7 % par an, entre 1975 et 1981;

— Le taux de mortalité infantile sera en 1986 de l'ordre de 60 pour mille. A l'heure actuelle, cet indicateur de l'état de santé de la population est de l'ordre de 80 pour mille alors qu'il est de l'ordre de 10 pour mille en Europe.

Il s'agit donc grâce à la mise en œuvre des programmes de planification familiale et du développement des soins de santé de base notamment, de faire baisser la mortalité infantile au cours du VIème Plan, dans une proportion de 30 % au moins, afin de rattraper les pays développés au cours de la quatrième décennie.

— L'espérance de vie à la naissance, autre indicateur de santé globale sera en 1986 de l'ordre de 62 ans contre 60 ans actuellement.

Ainsi l'âge moyen de la population serait, en 1986, de l'ordre de 21 ans contre 19,2 ans en 1981.

La population d'âge scolaire (5 à 14 ans) serait en 1986 de : l'ordre de 1.800.000 (contre 1.700.000 en 1981).

Cette évolution appelle par ailleurs des programmes élargis de médecine scolaire, de médecine de travail et de soins hospitaliers qu'entraîne nécessairement le développement industriel.

La population d'âge actif (15 à 64 ans) serait en 1986, de l'ordre de 4.250.000 contre 3.700.000 en 1981.

Au total le système médico-sanitaire doit être orienté et programmé pour infléchir raisonnablement la tendance démographique et pour satisfaire les besoins de la population en matière de santé.

### 2) En ce qui concerne la mise en œuvre des moyens d'actions :

A la lumière des enseignements de la décennie passée, nos objectifs pour 1986 ont été fixés à partir de deux éléments également décisifs :

— D'une part, le volume des besoins incompressibles de la population commande un déploiement adéquat de l'infrastructure et du personnel santé.

— D'autre part, après une réflexion approfondie, un ensemble de normes a été établi tant en ce qui concerne les techniques de pressions de services sanitaires qu'en ce

qui concerne la gestion économique des services.

Cela étant, le VIème Plan vise trois objectifs simultanés à voir :

### 3) La consolidation des services hospitaliers existants et la rentabilisation de l'infrastructure :

Qui seront assurées par le renforcement de la maintenance des équipements et des bâtiments et par l'amélioration de la gestion des structures sanitaires existantes.

En effet, les investissements passés en matière d'infrastructure n'ont pas été toujours accompagnés de programmes précis de fonctionnement particulièrement en ce qui concerne l'entretien des équipements et des bâtiments.

D'autre part, si au cours de la deuxième décennie, l'essentiel de l'effort a été dirigé vers l'extension de la capacité hospitalière, le VIème Plan permettra surtout de rentabiliser l'infrastructure existante. Pour cela et pour optimiser le fonctionnement des services, l'effort sera axé sur la réalisation d'une série d'aménagements et compléments d'équipements de nature à compléter et normaliser le réseau existant. Une opération d'envergure sera engagée pour assurer la maintenance de l'infrastructure existante.

Pour les constructions nouvelles, il est nécessaire d'infléchir la politique de santé vers le renforcement des échelons de soins primaires et de médecine de base. De même un intérêt particulier sera apporté à l'amélioration des moyens de transport et d'évacuation sanitaire.

### 4) La couverture sanitaire de l'ensemble de la population qui sera assurée par :

• La généralisation des soins de santé de base à tout le territoire national, à l'instar des actions actuellement engagées dans 10 gouvernorats de la République.

• La mise sur pied d'établissements hospitaliers dans les régions partiellement ou totalement dépourvues (des Hôpitaux Régionaux dans les Gouvernorats dépourvus comme : Siliana, Sidi Bouzid, etc... et des Centres de Santé de base de type urbain dans les Délégations dépourvues d'Hôpitaux de circonscription).

Toutes ces réalisations permettront l'élaboration d'une carte sanitaire homogène sauvegardant l'équilibre régional et la complémentarité nécessaire des efforts des secteurs publics et privés en la matière pour le rapprochement des services sanitaires de la population.

### 5) L'adéquation de la formation du personnel aux besoins des services sanitaires

La formation de personnel sanitaire de toutes catégories constitue un élément fondamental du VIème Plan.

Cette formation sera développée essentiellement en fonction de trois préoccupations majeures :

— Une satisfaction quantitative des besoins.

— Une recherche de l'équilibre régional dans la répartition du personnel sanitaire.

— Et une adaptation du contenu de la formation aux exigences nouvelles du système de santé national caractérisé par l'insertion des activités de santé de base dans notre système médico-sanitaire.

En conclusion, si la deuxième décennie, a vu le lancement d'opérations pilotes en matière de médecine de base, le VIème Plan sera celui de la mise en œuvre et de la généralisation au niveau de tous les Gouvernorats du pays de cette nouvelle politique de soins de santé primaires, englobant tous les domaines relevant de la prévention individuelle et collective ainsi que les prestations de soins essentiels.

Cette action vise d'une manière plus particulière les zones rurales où le citoyen a le plus besoin de la protection sanitaire. De même le citoyen sera amené dans ce cadre à participer activement et d'une manière continue à la protection de sa santé, grâce à l'adoption d'attitudes et de comportements personnels et collectifs responsables.

Pour garantir le succès de la médecine de base, l'accent sera mis sur le développement de l'éducation sanitaire et surtout de la protection de l'environnement et l'hygiène du milieu, l'amélioration de la qualité de l'eau potable par une surveillance des sources d'approvisionnement en milieu rural, la lutte contre la pollution, le renforcement des actions d'assainissement, ainsi que la lutte contre les négligences dans l'évacuation des déchets organiques et des ordures ménagères.

A ce titre, les collectivités locales sont appelées à jouer un rôle particulièrement important dans ce domaine grâce à la généralisation des comités de santé locaux et à la prise en charge progressive de la gestion des centres de santé de base.

Par conséquent, cette orientation traduit l'importance de la dimension sociale de l'action sanitaire au cours du VIème Plan et reflète le caractère socialiste de notre stratégie de développement.

Source : Ministère de la Santé Publique

## VACANCE DE POSTE A L'OMS

Le poste de médecin chargé de promouvoir et développer les services d'information sur l'efficacité et la sécurité des médicaments entrant dans le commerce international est vacant.

Lieu d'affectation : GENEVE.

Traitement : De 30.000 à 36.000 dollars US par an.

Pour candidatures et renseignements complémentaires, contacter le Conseil de l'Ordre ou le Bureau des Nations Unies à TUNIS.

# Médicaments nouveaux

## 1) ANTURAN :

(LABORATOIRE CIBA-GEIGY)  
Prix public : 6D,500. Boîte de 100 comprimés.

(SULFIN PYRAZONE)  
Anti Agrégant Plaquettaire de la famille des Pyrazolés uricosurique et action anti-inflammatoire faible.

Indiqué dans le traitement au long cours après infarctus du MYOCARDE.

Contre indiqué en cas d'ulcère Gastrique; d'Allergie aux Pyrazolés et de lésions du Parenchyme rénal ou hépatique.

4 comprimés dragéifiés par jour pendant les repas.

## 2) EFFERALGAN :

Comprimés effervescent, Prix public : 0D,460.

Solution Pédiatrique, Prix public : D,455.

Il s'agit d'un Antipyrétique, Antalgique, à base de (PARACETAMOL), extrêmement utile en pratique quotidienne, et qui permet d'éviter les inconvénients des salicylés.

— Comprimés effervescents : 2 comprimés 3 fois par jour.

— Sirop : moins de 1 an : 1 cuillerée mesure 3 fois par jour.

- De 1 à 3 ans : 2 cuillerées mesure 3 fois par jour.

- Plus de 3 ans : 3 cuillerée mesure 3 fois par jour.

## 3) FUNGIZONE :

(LABORATOIRE SQUIBB)

Capsules a 250 mg : Boîte de 40. Prix public : 4D,785.

Amphotéricine B.  
Antifongique ORAL, indiqué dans les candidoses digestives.

Posologie 1 à 2 g. par jour soit 4 à 8 comprimés par jour pendant 15 jours.

## 4) HALOG :

(LABORATOIRE SQUIBB)

Prix publics : 1D,560.  
Halcinomide : Pommade corticoïde; indiquée dans les dermatoses inflammatoires et Allergiques sèches ou suintantes.

## 5) HALOG NEOMYCINE :

(LABORATOIRE SQUIBB)  
Crème; Prix public : 1D,560.  
La même pommade que précédemment associée à un antibiotique local, à utiliser en cas de nécessité d'associer un traitement anti-infectieux.

## 6) LYSANXIA :

(LABORATOIRE SUBSTANTIA)  
Prix public : 1D,870.  
(PRAZAPAM) Boîte de 40 comprimés, 2 à 6 comprimés par jour. Encore un nouvel Anxiolytique de la famille des BENZODIAZEPINES qui n'apporte rien de nouveau à l'arsenal dont nous disposons dans ce domaine.

## 7) ROVAMYCINE SIROP :

(LABORATOIRE SPECIA) (SPIRAMYCINE)  
Prix public : 2D,490.  
C'est la forme pédiatrique de l'antibiotique déjà connu.  
Une présentation intéressante pour la pratique quotidienne.  
Une présentation intéressante pour la pratique quotidienne.  
2 à 4 cuillerés à café par 5 KS de poids en 2 ou 3 prises (50 à 100 mg KS/J).

## 8) STAPHYLOMYCINE :

Pommade dermique : Prix public : 0D,765.  
Pommade à base de VIRGINAMYCINE indiquée dans les infections cutanées STAPHYLOCOCCIQUES. Application 2 à 3 fois par jour.

## 9) TADENAN :

(LABORATOIRE DEBAT).  
Prix public : 2D,715.  
Boîte de 15 capsules (extrait du Prunier d'Afrique).

- Indiqué dans l'Adénome Prostatique les troubles sans retentissement organique, séquelles de PROSTATECTOMIE.

4 capsules par jour en 2 prises (matin et soir), cures de 2 semaines minimum. Coût du traitement par jour : 0D,724 !

## 10) TERGYNAN :

Comprimés Gynécologiques boîte de 10. Prix public : 1D,480.  
Association d'un dérivé imidazole de Néomycine, de Nystatine et Prednisone.  
Indiqué dans le traitement de toutes les Vaginités (Germs Banaux, Trichomonas, Mycoses).  
1 à 2 comprimés Gynécologiques par jour pendant 15 jours.

**DOGMATIL AMPOULE INJECTABLE et PRIMERAN COMPRIMÉS**, sont maintenant des spécialités fabriqués par la PHARMACIE CENTRALE:

## BAISSE DE PRIX :

**TOTAPEN GELULES 500 et TOTAPEN COMPRIMÉS 250 :**  
Ont baissé de prix et sont maintenant respectivement à 1d,115 (Boîte de 8 Gelules à 500) et 1D,225 (boîte de 16 comprimés à 250).

## LE CANCER EST DANS L'ASSIETTE

Une étude américaine, demandée par l'Institut National du Cancer, vient d'être publiée par le Conseil National de la Recherche des Etats-Unis : 30 à 60 % des cancers seraient liés à l'alimentation. Les chercheurs concluent que l'alimentation devrait être moins riche en graisses, saturées ou non saturées, pauvre en aliments conservés dans le sel ou dans le vinaigre (formation de nitrosamines), et comporter beaucoup de fruits comme les agrumes (vitamine C), de légumes de couleur vert foncé ou jaune soutenu (carotène) ou ceux de la famille du chou, de céréales complètes (fibres). Ils préconisent aussi une moindre consommation d'alcool, surtout chez les fumeurs.

## GROSSESSE ET TEMPERATURE

Selon des chercheurs australiens une élévation modérément élevée de la température, de 37 à 39° par exemple, pourrait avoir des conséquences néfastes pour le foetus pendant les 14 premières semaines de gestation. En pratique, s'il est difficile d'éviter les infections virales ou bactériennes cette constatation devrait conduire à rejeter les saunas, les bains chauds, les excès sportifs, surtout pendant l'été.

## CONTRACEPTION ET INFORMATIQUE :

Un appareil électronique minuscule, déjà appelé « sexomètre » qui permet à une femme de savoir si elle se trouve ou non dans une période de fécondité, vient d'être présenté par des chercheurs britanniques. L'appareil, sorte de mini ordinateur, peut être incorporé à un réveil-matin ou à un collier. Les utilisatrices doivent placer chaque matin une petite plaque sensibilisatrice dans leur bouché, la replacer ensuite sur le calculateur qui reçoit alors des informations sur la température de l'utilisatrice. L'appareil émet un « feu vert », ou un « feu rouge » si l'utilisatrice est dans une période de fécondité.

مَهْرَاقِدَتَا اَنْتَعَاَجْ بِالْاَغْذِيَةِ فَلَا تَعَاَجْ

بِالْاَدْوِيَةِ وَمَهْرَاقِدَتَا اَنْتَعَاَجْ بِدَوَاءِ

وَمَهْرَاقِدَتَا اَنْتَعَاَجْ بِدَوَاءِ مَرْكَبَاتِهَا

ابوبكر الرازي (القرن العاشر)

# Congrès des Médecins Arabes

## 2) Congrès Médical Arabe

A Tripoli (Libye)

Les 26, 27 et 28 Octobre 1982

Le programme scientifique comprend :

### I/ THEMES PRINCIPAUX

- 1)- Les traumatismes (brûlures, accidents de la circulation, traumatismes de guerre).
- 2)- Maladies du sang (les leucémies, thalassémie, les hémoglobinopathies, les troubles de la coagulation).
- 3)- Pollution du milieu.
- 4) Protection maternelle et infantile.
- 5) Prise en charge des handicapés.

### II/ TABLES RONDES

- 1) Situation sanitaire en Palestine occupée.
- 2) Toxicomanie.
- 3) Liste limitée des médicaments à usage courant.

### III/ DIVERS

- 1)- Rôle du professionnel de la santé dans la société.

### 2)- Communications libres.

La langue officielle du congrès est l'Arabe mais il est autorisé d'utiliser le Français ou l'Anglais.

Les frais de participation s'élèvent à 30 dollars, l'équivalent de 15 dinars pour le congressiste, gratuit pour l'accompagnant.

Le dernier délai pour l'inscription est fixé au **15 septembre 1982**. La date limite d'envoi des titres et des résumés des communications est fixée au **30 Août 1982**.

Pour tous renseignements et pour l'inscription à ce congrès, prière de s'adresser à :

**L'UNION DES MEDECINS ARABES**

ou

**SOCIETE TUNISIENNE  
DES SCIENCES MEDICALES**

Maison du Médecin

18, rue de Russie TUNIS/Tél.242-775-245-067.

Par ailleurs le comité d'organisation du congrès a décidé de prendre en charge le transport et le séjour de 40 jeunes tunisiens. La priorité sera donnée à ceux qui présenteront un travail scientifique.

Le dernier délai d'inscription est le **28 août 1982**.

## XII<sup>e</sup> CONGRES MEDICAL MAGHREBIN

**CASABLANCA**

**16-18 mai 1983**

Le XII<sup>e</sup> congrès médical maghrébin se tiendra à Casablanca du 16 au 18 mai 1983.

Son avant-programme scientifique est le suivant :

**THEME PRINCIPAL : L'antibiothérapie (antituberculeuse exclue)**

### TABLES RONDES :

- Luxation congénitale de la hanche.
- Radiations ionisantes en pratique médicale courante.
- Reflux gastro-œsophagien.
- Tabagisme.
- Transfusion sanguine.
- Traumatismes de l'abdomen.
- Troubles du sommeil.

**COMMUNICATIONS LIBRES**

## Programme de la prochaine séance de la société des Sciences Médicales

La séance à lieu au 18 Rue de Russie - Tunis  
Samedi 30 octobre 1982 à 15H

— SYNDROME DE SHAPP AVEC ANGEITE  
M. HAMZA. S. BENALGIA. D. AYED. R. HAMZA. A. ZRIBI. H. BEN AYED.

— NANISME FAMILIAL PSEUDOHYPOPHYSIAIRE AVEC TAUX ELEVE DE G.H. PLASMATIQUE (TYPE LARON) : Première observation TUNISIENNE.  
CH. LABBANE. S. BOUSNINA. B. BEN AMOR. M. HAMZA.

— LA SYRINGOMYELIE : Etude radiotomodensitométrique. A. DHIAB. S. TOUIBI. M. MEHIRI. R. HAMZA.

— ENTERITES NECROSANTES.  
T. BEN SLIMANE. N. NEJAH. K. BACH HANBA. R. M'ZABI.

— L'INTESTIN COURT.  
K. CHELLI S. BEHI. A. ZAOUCHE. KH. BEN SALAH. CH. LIMAJEM. E. ENNABLI.

LES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS : Notre expérience durant les cinq dernières années.  
N. ESSAFI. M.B.Y. AMMAR. K. AYACHI. M. FOURATI.

— ETUDE DU NERF PERIPHERIQUE AU COURS DE LA MALADIE DE FRIEDREICH.  
M. BEN HAMIDA. F. LETAIEF. F. HENTATI. S. SAMOUD.

— REVUE CRITIQUE DE NOTRE EXPERIENCE EN MATIERE DE FISTULES DIGESTIVES.  
R. BEN H. HAMIDA. H. KRIFA. A. KHALAFALLAH. K. ENNABI. M. KECHIDA. R. SAID. A. JERBI. H. FARHAT. S. CHARBI.

— LES VASCULAIRES ALLERGIQUES : Manifestations respiratoires.  
M. Jerray. M. Marzouki. M. Benzarti. M. M'Rabet. F. Djenayah.

— TRAITEMENT DES LESIONS OESOPHAGIENNES GRAVES APRES INGESTION DE CAUSTIQUES.  
M. Alaya. M. Ben Moussa. M. Dhabri. A. Khéllil.

**2) COURS DE COPROLOGIE PARASITAIRE du 11 au 23 octobre 1982 Pr J.J. ROUSSET.**

**Cours à l'Amphithéâtre Ibn ROCHD de la Faculté de Médecine de Sousse.**

La Ligue Arabe de Lutte Anti-Rhumatismale et la Société Marocaine de Rhumatologie organisent

# Le IIIème Congrès de Rhumatologie les 26 et 27 novembre 1982 à Rabat

Deux thèmes principaux ont été choisis : la tuberculose ostéo-articulaire et le rhumatisme chronique dégénératif. Des communications libres sont prévues. Des travaux sur le thermalisme et la rééducation fonctionnelle sont souhaités.

Les titres des travaux doivent parvenir avant le 15 Juin 1982 au secrétariat du congrès :

Dr. A. GUENNOUN, Société Marocaine

de Rhumatologie, Hôpital Ayachi Salé (MAROC).

Maroc : A. TAZI

A. GUENNOUN

Tunisie : A. HACHICHA

A. HILA



# Le Conseil de l'Ordre en bref

## Le Conseil de l'Ordre COMMUNIQUE

### Election des membres de la Chambre de Discipline

Il sera procédé au cours du mois de novembre au renouvellement des membres de la Chambre de Discipline, en application de l'Article 38 de la loi N° 58-38 du 15 Mars 1958.

La Chambre de Discipline, est la juridiction d'appel des décisions du Conseil de Discipline.

Elle est composée d'un conseiller à la Cour d'Appel de Tunis désigné par le premier président de cette Cour, faisant fonction de président, et de 6 médecins élus pour 6 ans au scrutin majoritaire par les médecins inscrits au tableau de l'Ordre.

En vertu de ces dispositions, nous faisons donc un appel à des candidatures pour les 6 postes à pourvoir.

#### SONT SEULS ELIGIBLES

— Les médecins ayant fait partie d'un bureau du Conseil de l'Ordre pendant 3 ans au moins.

— Les membres en exercice du bureau du Conseil de l'Ordre ne sont pas éligibles.

— Les candidatures seront reçues au Conseil de l'Ordre, ou par lettre recommandée au nom du président du Conseil de l'Ordre jusqu'au 15 octobre 1982.

#### OUVERTURE DU SECRETARIAT DU CONSEIL DE L'ORDRE

Le Secrétariat est ouvert tous les jours sans interruption : 8h30 à 17h30; (Le Samedi de 9h à 12h30). Tél. : 242.776.

En outre, une permanence est assurée par le Secrétaire général tous les Mardis de 17h à 20h. N'hésitez pas à téléphoner ou à nous rendre visite.

#### COTISATIONS

Les confrères qui n'ont pas encore payé leurs cotisations pour 1982, sont priés de le faire très rapidement soit :

— Par versement direct auprès du Secrétariat

— Par chèque barré au nom du Conseil de l'Ordre et mis sous enveloppe

— Par virement bancaire ou postal aux comptes : Banque BNT International N° 500101000 897/D — CCP 1832.

#### INSEMINATION ARTIFICIELLE

— Le Ministère de la Santé Publique nous a transmis la copie d'un commentaire du Mufti de la République au sujet de l'insémination artificielle.

Il en ressort que si l'insémination artificielle par sperme du mari peut être considérée comme non contraire aux règles religieuses, l'insémination par sperme de donneur, est considérée comme strictement contraire à la religion.

# LES MEDECINS TUNISIENS DENONCENT LE MASSACRE DE BEYROUTH

Les médecins tunisiens réunis ce jour sous l'égide du Conseil de l'Ordre des Médecins et de l'Association Médicale Tunisie-Palestine

— dénoncent les massacres perpétrés par les autorités israéliennes sur des femmes, des enfants et des vieillards innocents et désarmés dans les camps palestiniens de Chatila et Sabra à Beyrouth-Oues. Cet holocauste s'inscrit dans la ligne de la « Solution finale » de Begin et Sharon qui, confrontés aux propositions de paix venant de l'O.L.P., répondent par le génocide du peuple palestinien après la main-mise sur le Liban, faisant fi de toutes les décisions et les conventions internationales.

— dénoncent le massacre de médecins, infirmiers et malades

— s'élèvent contre le soutien politico-militaire quasi permanent des Etats-Unis d'Amérique aux

projets expansionnistes et criminels des dirigeants israéliens.

— se considèrent mobilisés pour le soutien des peuples palestiniens et libanais contre toute action impérialo-sioniste dans la région.

— demandent la constitution d'une commission internationale d'enquête sur la boucherie de Beyrouth.

— demandent la traduction devant un tribunal international des criminels sionistes à l'instar de leurs tristement célèbres prédécesseurs nazis, pour crime contre l'humanité.

— appellent la Communauté Internationale éprise de paix à soutenir la juste cause de l'O.L.P. pour le rétablissement du peuple palestinien dans ses droits légitimes dans un Etat indépendant, reconnu et garanti dans ses frontières sur le plan international.

## LES MALADIES A DECLARATIONS OBLIGATOIRE

— Une participation précieuse des médecins à l'amélioration de la santé de la population.

— Conformément à la loi 69.53 du 29 juillet 1969, et au décret 77.812 du 30.9.77, les médecins sont tenus et autorisés à déclarer un certain nombre de maladies.

— Ils sont en effet relevés du secret professionnel. La déclaration incombe à tout médecin, tout responsable d'établissement de soins et pour tout chef de laboratoire d'analyses biologique, publiques et privées.

Pour cela les médecins doivent utiliser les carnets à souche mis à leur disposition par le Ministère de la Santé Publique et disponibles au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins ne saurait insister auprès de tous les confrères pour que l'utilisation de ces carnets soit effective et systématique. Ceci vise à permettre aux services de la prévention du Ministère de la Santé Publique, d'intervenir efficacement et en temps opportun, et à tous les médecins d'avoir une meilleure connaissance de la situation épidémiologique de leur région et du pays.

## LISTES DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

Choléra, Fièvre Typhoïde et Para typhoïde, poliomyélite, hépatite virale, diphtérie, tétanos, rougeole, leishmaniose, paludisme, bilharziose, lepre, Meningite bactérienne, syphilis, rage, échinococcose, tuberculose, brucellose, RAA.

## LES ORDONNANCES.

Attention aux rédactions défectueuses ou illisibles.

L'écriture particulièrement difficile à déchiffrer de certains médecins, les abréviations employées, risquent de susciter de la part des pharmaciens d'officine des erreurs dans la délivrance des médicaments prescrits et peuvent entraîner les accidents graves, voire mortels.

Certes, le pharmacien a toujours la possibilité, en cas de doute de téléphoner à l'auteur des prescriptions, mais il paraît difficile de lui imposer une telle obligation étant donné le nombre croissant d'ordonnances médicales dont le libellé laisse à désirer

Les médecins doivent rédiger de façon lisible, complète et sans abréviation, la posologie, le mode d'emploi ainsi que la quantité totale des médicaments à délivrer par le pharmacien.

Les médicaments prescrits pourraient être désignés en lettre capitales.

Il convient également de rappeler que, lorsque la prescription est faite pour un enfant ou un nourrisson, il est de bonne pratique de mentionner sur l'ordonnance l'âge du malade. Cette précaution permet d'éviter des erreurs de posologie et peut alerter l'attention du pharmacien, si besoin est.

LA RETRAITE

# Le nouveau régime des retraites pour les médecins

## «Quelques précisions sur le projet de décret»

Nous vous avons déjà informé qu'un projet de décret était en cours de discussion au niveau des sphères gouvernementales relatif à l'instauration d'un régime de protection sociale pour les professions libérales, dont les médecins.

Le Conseil de l'Ordre avait émis à l'époque certaines réserves non sur le principe bien sûr, mais sur certaines modalités d'application.

Le projet de loi a maintenant été adopté par le gouvernement après quelques modifications mais certaines de nos réserves restent d'actualité.

Dans cet article, nous allons vous donner quelques détails sur ce projet et résumer encore une fois nos remarques.

### (1) Base de cotisation

— Les cotisations seront calculées sur base d'une classe de revenus choisie par le médecin, le cotisant peut changer de classe de revenus au début de chaque année.

— 6 classes ont été prévues

|          |              |
|----------|--------------|
| Classe 1 | 660 Dinars   |
| Classe 2 | 2000 Dinars  |
| Classe 3 | 4000 Dinars  |
| Classe 4 | 6000 Dinars  |
| Classe 5 | 8500 Dinars  |
| Classe 6 | 15000 Dinars |

### (2) Taux de cotisations

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Pour les assurances sociales .. | = 5,40 %  |
| Pour la retraite .....          | = 5,25 %  |
| Total .....                     | = 10,65 % |

L'admission au régime des assurances sociales est facultative pour ceux qui choisissent la classe de revenue 1, 5 et 6

### (3) Droits créés par les cotisations

- A) Assurances sociales :
- Indemnité de maladie
  - Indemnité de couches
  - Indemnité de décès
  - Capital décès
  - Octroi de soins

### B) Retraite :

2% par année de revenu ayant servi au calcul des cotisations (10 ans minimum de cotisation).

### (4) Les prestations des assurances sociales :

#### A) Indemnité de maladie

Maladie de courte durée :

Indemnité à partir du 5ème jour d'invalidité jusqu'au 180ème jour. L'indemnité est égale aux 2/3 du revenu moyen plafonné à 4D,610 par jour.

#### Maladie de longue durée

Même indemnité pendant 3 ans.

#### B) Capital décès

Le capital décès est composé d'un :

— Montant commun de 3.663,456 Dinars

— D'une majoration d'un mois par année de cotisation

— D'une majoration de 10% par enfant à charge.

#### C) Octroi de soins

Les soins sont délivrés gratuitement seulement dans les hôpitaux de l'Etat, selon le régime de la CNSS.

### (5) La retraite

— C'est bien entendu ce qu'il y a de plus important. L'article 19 du décret précise

«Le revenu annuel moyen de référence servant de base au calcul des pensions et des prestations d'assurances sociales est égal à la moyenne pondérée des revenus forfaitaires auxquels l'assuré a cotisé au cours de l'ensemble de sa carrière». C'est cette clause qui est la plus inacceptable car comment peut-on additionner et faire la moyenne de revenus faits à 35 ans d'intervale compte tenu de la dévaluation, et du taux d'inflation. A titre d'exemple, au taux officiel de 5% d'inflation par an, 1000 dinars valent :

|              |      |
|--------------|------|
| ans après    | 95%  |
| 10 ans après | 614D |
| 20 ans après | 377D |
| 30 ans après | 231D |
| 35 ans après | 181D |

Ce problème ne se pose pas pour les salariés et les fonctionnaires, parce que le taux de leur retraite est calculé sur le dernier traitement perçu, ou sur la moyenne des émoluments des 3 ou 5 dernières années d'activité.

Il est donc nécessaire avant de faire la moyenne des revenus, d'actualiser tous les chiffres.

C'est la revendication principale du Conseil de l'Ordre, qui demande à ce que le principe de l'actualisation des revenus soit formellement inclus dans le décret définitif.

Cette actualisation pourrait se faire par l'indexation sur certains indicateurs.

(SMIG, valeur d'une consultation, évolution des ressources du régime).

## TABLEAU DES COTISATIONS ET PRESTATIONS

### COTISATIONS

|   | Catégorie de Revenus | Cotisa. Sociales 5,4% | Cotisa. Retraite 5,25% | Total par an |
|---|----------------------|-----------------------|------------------------|--------------|
| 1 | 600D                 | 32,4D                 | 31,5D                  | 63,9D        |
| 2 | 2000D                | 108D                  | 105D                   | 213D         |
| 3 | 4000D                | 216D                  | 210D                   | 426D         |
| 4 | 6000D                | 324D                  | 325D                   | 639D         |
| 5 | 8500D                | 459D                  | 446,25D                | 905,25D      |
| 6 | 15000D               | 810                   | 787,500D               | 1597,500     |

### PENSION PAR AN EN D.T.

|      | 10 ans | 15 ans | 20 ans | 25 ans | 30 ans | 35ans |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 120  |        | 180    | 240    | 300    | 360    | 420   |
| 400  |        | 600    | 800    | 1000   | 1200   | 1400  |
| 800  |        | 1200   | 1600   | 2000   | 2400   | 2800  |
| 1200 |        | 1800   | 2400   | 3000   | 3600   | 4200  |
| 1700 |        | 2550   | 3400   | 4250   | 5100   | 5950  |
| 3000 |        | 4500   | 6000   | 7500   | 9000   | 10500 |

## EN BREF

### I - CHAMP D'APPLICATION :

Artisans, commerçants, médecins et pharmaciens, avec possibilité d'inclure les autres catégories de travailleurs indépendants, à la demande de leurs organisations professionnelles.

### II - PRESTATIONS :

— Régime des Assurances sociales prévu par la loi 60-30 du 14 Décembre 1960 : Indemnité de maladie, de maternité, et de décès prestations de soins

— Adhésion obligatoire pour les classes 2, 3 et 4

— Adhésion facultative pour les classes 1, 5 et 6

— Régime de pensions de vieillesse, d'invalidité, et de survivants, avec les particularités suivantes :

- Taux de pension de 30 à 80 %

- Age de retraite : 65 ans avec possibilité de

l'abaisser à 60 ans, avec un coefficient réducteur.

- Montant minimum de pension : la moitié du SMIG rapporté à une durée d'emploi de 2400 heures par an.

### III - FINANCEMENT :

— Cotisation fixée à 10,65 % répartie à

5,25 % pour le financement du régime des

pensions

5,45 % pour le régime des assurances sociales

### IV - MESURES TRANSITOIRES :

Bonification d'un trimestre de cotisation par année séparant l'âge de l'assuré social à la date d'entrée en vigueur du décret, de l'âge de 45 ans.

# Enquête - Questionnaire

## I/ Votre appréciation générale sur le bulletin :

- Très Bon  
 Bon  
 Moyen  
 Médiocre

## II/ Le format est :

- Trop Grand  
 Bon  
 A revoir

## III/ Je préfère le format :

- Le format actuel  
 21 x 27 (Format Tunisie Médicale, Revue du Praticien)  
 21 x 31  
 21 x 13,5 (Format Livre ou Ordonnance)

## IV/ Les rubriques

- ★ Déontologie  Bonne -  Moyenné -  Médiocre  
 Utile -  Inutile  
 ★ Informations Sociales  Bonne -  Moyenne -  Médiocre  
 Utile -  Inutile  
 ★ Nouveaux médicaments  Bonne -  Moyenné  
 Médiocre  
 Utile -  Inutile  
 ★ Informations sur la vie du Conseil de l'Ordre  Bonne  
 Moyenne -  Médiocre  
 Utile -  Inutile  
 ★ Page des Lecteurs  Bonne -  Moyenne -  Médiocre  
 Utile -  Inutile  
 ★ ★ Editorial  Bon -  Moyen -  Médiocre  
 Utile -  Inutile.

## V/ Etes vous d'accord que ce bulletin puisse comporter la publicité sur les médicaments ?

- Oui sans restriction  
 Oui de temps en temps

- Oui à certaines conditions  
 Non

## VI/ Qui d'après vous doit financer ce bulletin :

- Les Médecins (Médecins sur Abonnement Obligatoire)  
 Les Lecteurs Volontaires (Abonnement Facultatif)  
 Le Conseil de l'Ordre (sur prélèvements des cotisations)  
 Le Ministère de la Santé Publique (Subside)  
 La Publicité (Laboratoires Pharmaceutiques).

## VII/ Quelle doit être d'après vous la périodicité de ce bulletin ?

- Tous les trimestres  
 Tous les 2 mois  
 Tous les mois  
 Tous les 15 jours  
 Toutes les semaines.

## VIII/ Etes-vous pour que ce bulletin puisse contenir ?

- Un article médical de formation continue (sur les attitudes pratiques, les premiers gestes en cas de... mises au point sur certaines techniques)  
 Oui dans chaque numéro  
 Oui de temps en temps  
 Non.

## IX/ Parmi les rubriques suivantes quelles sont celles que vous aimeriez figurer sur le bulletin ?

- 1-Consultation déontologies  Oui  Non  
 2-Analyse et critique de médicament  Oui  Non  
 3-Ordonnances types  Oui  Non  
 4-Annonce et analyse de congrès médicaux  Oui  Non  
 5-Revue de la presse médicale internationale  Oui  Non  
 6-Législation sanitaire en Tunisie  Oui  Non

## X/ En dehors de ces rubriques, quels sont les sujets que vous aimeriez voir développer et quelles sont vos réflexions générales sur ce bulletin.

Pour nous permettre d'améliorer ce bulletin répondez à ce questionnaire et renvoyez le 18, Rue de Russie, Tunis. merci

**Si ce bulletin vous intéresse**

**Faites-le nous savoir  
 Ecrivez-nous**

*Si vous voulez le recevoir régulièrement, faites-vous connaître*

**18 Rue de Russie — Tunis**

**COMPOSITION  
 DU NOUVEAU  
 BUREAU  
 DE LA SOCIETE  
 TUNISIENNE  
 D'ODONTO-  
 STOMATOLOGIE**

— BELKHOJA ABDEL-  
 HAMID : Président  
 — CHELBI NOOMAN :  
 Vice-président  
 — BENZARTI NAJI :  
 Secrétaire général  
 — BACCOUCHE  
 CHEDLI : Trésorier.

## VIENT DE PARAITRE

# Mémento des Spécialités Pharmaceutiques de Tunisie Edition 1982

Ce memento comporte classés par ordre alphabétique les Médicaments disponibles en TUNISIE et donne les informations suivantes :

- Nature de la forme
- Famille pharmacologique et thérapeutique
- Tableau

Prix public TUNISIE

Il y a aussi un classement par famille thérapeutique, et par laboratoire.

En 2ème partie, « LA NOMENCLATURE DES HOPITAUX ET DES DISPENSAIRES » (mise à jour 1982).

Ce document est en vente pour le prix de 5d000 au Conseil de l'Ordre des Médecins, 18, rue de Russie -Tél: 242-776. Au conseil de l'Ordre des PHARMACIENS, Place de l'Afrique -TUNIS-

Vous pouvez vous le procurer aussi en envoyant un chèque de 5d000 au nom du Conseil de l'Ordre des MEDECINS, en précisant « pour le MEMENTO DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES » sur une ordonnance.

## thérapeutique gynécologique polyvalente

# Tergynan

## comprimés gynécologiques

**Formule :** Ternidazole 200 mg - Sulfate de néomycine 100 mg soit 65 000 Unités - Nystatine 100 000 Unités - Prednisolone 3 mg (sous forme de métrasulfobenzoate sodique) par comprimé gynécologique.

**Propriétés :** Trichomonacide, antifongique, antibactérien, anti-inflammatoire.

**Indications :** Vaginites bactériennes dues à des germes pyogènes banaux - Vaginites à trichomonas - Vaginites mycosiques dues au Candida albicans - Vaginites mixtes à trichomonas et à levures - Vaginites avec leucorrhée de desquamation.

**Posologie et mode d'emploi :** Un ou deux comprimés gynécologiques par jour pendant 15 jours consécutifs - Recommander aux patientes de mouiller les comprimés en les trempant dans l'eau 20 à 30 secondes avant de les mettre en place profondément et de rester ensuite allongées pendant plusieurs minutes.

Coût quotidien du traitement : de 1,40 à 2,80 F.

**Présentation :** Boîte de 10 comprimés gynécologiques - A.M.M. 318.421.3 - Prix : 13,75 F + SHP - Tableau A - Remboursé par la Sécurité Sociale à 70 % - Admis par les Collectivités - Visa PM 435 L 281.

