

# Le Bulletin

D'INFORMATIONS MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE TUNISIE

## Editorial

Dr Abdelhamid HACHICHA

Nous aimerions vous proposer de revoir ensemble ce que les membres du Conseil National de l'Ordre des médecins ( CNOM ) ont pu découvrir durant ces dix mois d'exercice au sein du CNOM. Avant de parler du présent voire du futur, évoquons le passé. Je considère que tous ceux qui ont donné de leur temps, de leur énergie pour tout travail ordinal national ou régional méritent notre estime et notre considération. C'est dans cette perspective, que nous avons tenu à avoir nos anciens Présidents du Conseil de l'Ordre parmi nous à notre première manifestation de coordination et que nous avons célébré le 40ème jour du décès de notre Ex-Président le regretté Abderrahman GAFSI. Nous tenons absolument à **rendre hommage à tous les membres sortants de tous nos conseils.**

Nous avons la chance, en tant que membres du bureau actuel du CNOM d'être homogènes, bien que de modes d'exercice et d'âges différents. Nos tâches quotidiennes, comprenant le courrier, les plaintes, l'organisation interne ne sont pas quantifiables. Elles nécessitent un effort continu et prennent beaucoup de temps dans nos réunions périodiques. Nous sommes conscients que nous devons nous intéresser beaucoup plus à des sujets de réflexion et des projections d'avenir pour la profession médicale, sujets de loin plus profitables et plus nécessaires.

La démographie médicale galopante est certes une réalité et elle nous pose des problèmes de recrutement ou d'installation des jeunes diplômés. Le nombre de médecins sans activité et la fermeture ou le transfert de cabinets nous inquiètent. Nous plaiderons toujours pour une bonne adéquation formation-emploi.

L'exercice de quelques spécialités nous pousse à revoir les textes qui les régissent. L'anesthésie réanimation en privé, la radiologie et ses nouvelles technologies, les urgences, la médecine salariale et les conventions sont autant de questions qui nécessitent réflexion. Nous nous devons de les étudier.

Les réunions des conseils sont régulières et les décisions sont prises dans tous les domaines selon l'ordre du jour. Comme les délibérations sont secrètes, nous ne pouvons les médiatiser. L'image de marque du CNOM et des CROM ne peut s'améliorer que par la communication entre les membres élus et le médecin. C'est dans cette perspective que nous relançons le Bulletin et que nous veillerons à avoir un courrier régulier. Par ailleurs Il nous faut organiser des manifestations ordinaires. Le conseil national et les conseils régionaux sont obligés d'être très dynamiques.

Un devoir important pour le CNOM est la discipline. Nous avons appelé à **l'autodiscipline**. Chaque médecin est tenu de se conformer aux règles du code de déontologie. Ce code a été rédigé en prenant en considération toute l'éthique médicale, l'intérêt du malade et les exigences de notre profession. Il y a des principes de base inaliénables tel que le secret professionnel, le libre choix du médecin, la liberté de prescription ou l'indépendance du médecin. A coté de cela il y a des règles de confraternité et des devoirs envers nos patients tel que la qualité des soins, le respect du malade et de son entourage. Notre conclusion s'inscrit dans la logique :

**Appliquer scrupuleusement notre code, c'est se respecter soi-même.**

## Sommaire

- \* EDITORIAL
- \* CERTIFICAT D'ARRÊT DE TRAVAIL
- \* ANTIBIOTHÉRAPIE
- \* RAPPORT MORAL 2001-2002
- \* L'ASSURANCE MALADIE
- \* MSP ET CNOM
- \* LA MÉDECINE HUMANITAIRE
- \* FOURCHETTE DES HONORAIRES
- \* PRÉVENTION DE L'HANDICAP
- \* PERMIS DE CONDUIRE
- \* DÉCISIONS DU CONSEIL DE DISCIPLINE

## Le Bulletin

\* Directeur de la publication :  
Dr. Abdelhamid HACHICHA

\* Chargés de la publication :  
Dr. Mohamed Néjib CHAABOUNI  
Dr. Mohamed HOUISSA  
Dr. Moncef HAMDOUN  
Dr. Mohamed Elyes BEN MARZOUK  
Dr. Mounir BEN SLAMA  
Dr. Taoufik NACEF

\* Comité de rédaction :  
Dr. Lotfi BEN HASSINE  
Dr. Abdallah BEN MARZOUK  
Dr. Nabil BEN ZINEB  
Dr. Kilani CHABBOUH  
Dr. Mohamed Fathi DEROUICHE  
Dr. Mohamed JOUNI  
Dr. Mohsen HAMZA  
Dr. Moncef KHALLADI  
Dr. Abdeljelil LOUATI

## A PROPOS DES CERTIFICATS D'ARRET DU TRAVAIL

Les conseils de l'ordre sont fréquemment saisis de plaintes relatives à des prescriptions d'arrêt de travail pour raisons de santé, qualifiées d'abusives; les plaignants contestent le bien-fondé de la décision et pointent du doigt - témoignages et constats à l'appui - la complaisance, voire la complicité du médecin. Le phénomène s'accroît à certaines périodes de l'année (vacances, rentrée des classes...).

Le Conseil National, tout en étant conscient de la complexité des situations auxquelles les praticiens sont confrontés ainsi que de la multiplicité et de l'intrication des facteurs qui les génèrent, appelle les médecins à faire preuve de mesure et de discernement. Il les incite à s'en tenir à leur domaine spécifique de

compétence: l'opportunité de l'arrêt du travail et sa durée doivent être appréciées uniquement sur des critères médicaux.

Quant au certificat, délivré en « mains propres » à l'intéressé (préalablement identifié: des cas de substitution d'identité ont été rapportés) ou à son mandant (dont on se sera assuré de la qualité) il comporte la relation fidèle, si possible en ses propres termes, des dires du patient; y seront également consignées les données pertinentes et détaillées de l'examen et de la prise en charge (examens complémentaires, traitement, arrêt du travail).

Il est rappelé qu'en cas de déclaration mensongère avérée, fût-elle « vertueuse », le praticien

s'expose à des sanctions non seulement de la juridiction ordinaire, mais aussi des tribunaux, (amendes et même emprisonnement pour une durée de cinq ans s'il est prouvé que l'acte est mué par des raisons mercantiles, un don, une promesse...) sans compter qu'un comportement « systématiquement laxiste » vaut généralement à son auteur sarcasmes et réprobation y compris de la part de certains « bénéficiaires ». Il peut même arriver que ces derniers, mis en difficulté, arguent de la « complicité active du médecin ».

Le CNOM rappelle donc aux confrères les préceptes de notre exercice: engagement auprès du malade, compassion, empathie mais aussi objectivité et mesure de manière à ne pas perturber l'équilibre social.

## ANTIBIOTHÉRAPIE RECOMMANDATIONS

**Un comité d'experts réuni sous l'initiative du Ministère de la Santé Publique formule les recommandations énoncées ci-après qui concernent l'usage raisonné de l'antibiothérapie.**

- S'assurer (par prélèvements répétés selon les règles de bonnes pratiques professionnelles) ou avoir une forte présomption de l'existence (approche probabiliste) d'une infection bactérienne avant toute antibiothérapie curative.

- Proscrire l'antibiothérapie dite de couverture. L'antibioprophylaxie en est différente, elle vise à prévenir la survenue d'une pathologie bactérienne précise (ex: prophylaxie en chirurgie).

- Entre deux antibiotiques choisir le moins toxique et le moins cher, à efficacité et à tolérance égales.

- Privilégier la voie orale autant que possible

- Veiller au respect de la posologie, de l'intervalle (entre prises) et de la durée (du traitement minute des MST, aux 4-6 semaines dans les infections graves sans oublier la tuberculose) du traitement afin d'assurer une activité antibiotique efficace.

- En pathologie infectieuse courante (tels que infections respiratoires aiguës...) prescrire un seul antibiotique. En cas de nécessité, n'associer que deux antibiotiques à activités synergiques ou au moins additives.

- Chez les sujets âgés, éviter les antibiotiques néphrotoxiques et adapter les doses journalières des antibiotiques à l'élimination rénale (aminosides).

- Chez les nourrissons et nouveaux-nés, proscrire : cyclines, niflumides, fluoroquinolones, chloramphénicol.

- Privilégier chez la femme enceinte, les antibiotiques bien tolérés tels que les bêta-lactamines et les macrolides.

- Tenir compte des contre-indications des antibiotiques et de leurs interactions médicamenteuses afin d'éviter les complications.

- Éviter l'usage abusif des antibiotiques afin de ne pas favoriser l'apparition des résistances et l'escalade vers les produits de plus en plus coûteux et rares... (en raison des limites des efforts de recherche).

- Surveiller de près l'évolution clinique et rester vigilant quant à la survenue d'éventuels effets indésirables (les plus courants étant les troubles dyspeptiques et du transit digestif ainsi que les manifestations immuno-allergiques).

(D'après CONSENSUS, Bulletin interne du MSP).

La gestion de l'exercice 2001-2002 a été facilitée par l'entrée en vigueur et l'application du règlement intérieur de l'Ordre adopté à la fin de l'exercice précédent ( le 5 décembre 2000). L'ensemble de l'institution ordinaire a pu constater les mérites de ce texte. Ses prescriptions régissent depuis 2 ans aussi bien le fonctionnement du conseil national que celui des conseils régionaux garantissant notamment la collégialité des décisions ordinaires et, pour l'exécution, une imputabilité des responsabilités clairement définie.

#### Réforme de l'assurance-maladie :

Comme cela a été le cas depuis quelques années, l'état d'avancement des travaux d'élaboration de la réforme de l'assurance-maladie ainsi que leur orientation ont constitué au cours de ce mandat la préoccupation prioritaire de l'Ordre.

Dans ce dossier le rôle de l'Ordre demeure d'être le garant d'un exercice médical basé sur des valeurs dont l'essentiel ne peut varier sans préjudice pour les malades.

Parmi ces valeurs l'Ordre a notamment la responsabilité de rappeler avec constance que le principe éthique d'indépendance de la décision médicale constitue une composante universellement reconnue de la qualité des soins, soulignant que ce principe fondamental transcende la conjoncture et doit être tout particulièrement préservé lors des mutations de société et des réformes que ces mutations imposent. Cette valeur, inhérente à l'acte médical, est clairement affirmée par le législateur tunisien. La loi charge l'Ordre des médecins de sa défense.

Il est du devoir de l'Ordre de veiller notamment à ce que les intérêts professionnels des médecins, comme par exemple le renouvellement de leur conventionnement, ne puissent se trouver en concurrence avec les intérêts des malades. Dans un milieu professionnel qui souffre du sous-emploi, il faut éviter que des recrutements à titre précaire et révocable puissent nuire à l'indépendance de la pratique professionnelle. Les malades pourraient y perdre.

Il va de soi qu'indépendance ne veut nullement dire liberté débridée. Les abus dans ce domaine menaceraient la vraie latitude de décision, celle qui est dans l'intérêt raisonnable du patient. L'Ordre a proposé des solutions en vue d'un contrôle indépendant respectant le principe de séparation des prérogatives.

L'Ordre attend de la réforme plus de progrès et d'équité sur la voie d'un accès constant et généralisé à l'indispensable qualité des soins. Il est conscient que ce dont il s'agit dans cette étape historique, c'est bien du type de médecine dont sera doté le pays en ce siècle nouveau. Sans une vision clairement définie il y a risque à

rester dans des restructurations partielles qui seraient coûteuses et génératrices de déceptions et de contestations.

La réforme doit constituer un pas essentiel sur la voie d'une médecine tunisienne à une vitesse. C'est pourquoi elle ne doit pas créer, à l'usage des seuls affiliés sociaux, une vitesse supplémentaire comportant un nouveau type de relation soignant-soigné.

De plus, la santé étant un secteur stratégique relevant de la solidarité nationale, une réforme doit bénéficier à l'ensemble du système de santé.

L'Ordre des médecins a par ailleurs insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à promouvoir la création puis le développement d'un secteur d'hospitalisation privée à but non lucratif, à l'instar de ce qui existe dans de nombreux pays. Le citoyen tunisien a une préoccupation, voire une culture de sa santé au service de laquelle il a toujours dû, pour accéder à la qualité des soins, faire des ajustements financiers au détriment d'autres besoins de sa famille. D'où l'importance qu'il y a à ce que la future médecine conventionnée ne soit pas différente de la médecine individuelle à laquelle le citoyen veut accéder de façon constante.

Tels ont été sur le dossier de la réforme de l'assurance-maladie les principes directeurs de la démarche et des interventions de l'Ordre des médecins pour que, grâce aux développements en perspective, à chacun puissent être assurés des soins appropriés.

#### Elections de l'année 2001 :

Un recours introduit par cinq candidats non élus a abouti à l'annulation des élections du 13 janvier 2001. Le point qui a servi de fondement à l'arrêt d'annulation a porté sur le calcul du délai de 10 jours qui doit séparer la date limite de réception des candidatures de la date des élections.

Soucieux du droit légitime à la candidature et selon l'usage, l'Ordre avait accepté toutes les candidatures parvenues jusqu'au 3 janvier et n'avait refusé que celles parvenues le 4 janvier et au-delà. La Cour a estimé que les candidatures parvenues le 3 janvier auraient dû être également refusées. Elle a fixé la date limite de réception des candidatures au 2 janvier. Selon l'avis du conseiller juridique de l'Ordre, il s'agit là d'un délai de 11 jours (et non plus de 10 comme le stipule le décret qui régit spécifiquement les élections au conseil national).

L'arrêt d'annulation était susceptible de recours devant le tribunal administratif. L'Ordre privilégiant l'efficacité pratique, a préféré combler dans les plus courts délais le vide que le jugement a créé au sein de la juridiction ordinaire et sortir celle-ci d'une ambiance qui tendait à devenir délétère, d'autant que deux des médecins plaignants ont demandé en référé « la

mise sous séquestre » de l'institution ordinaire et que des dossiers d'importance nationale, et notamment celui de l'assurance-maladie, étaient étudiés en vue d'arrêter des choix fondamentaux. L'Ordre a opté pour un retour au suffrage de la base et grâce au soutien des conseils régionaux, les élections ont été réorganisées le 30 juin 2001.

De nouveau, deux confrères ont intenté une nouvelle action en annulation.

La Cour d'Appel a rendu un arrêt approuvant la position de l'Ordre, validant ainsi les élections et condamnant les 2 plaignants aux dépens.

#### Activités ordinaires traditionnelles: Exercice de la médecine :

Au 10 décembre 2002 le nombre total de médecins inscrits au tableau de l'Ordre a atteint le chiffre de 10.603 dont 1.138 se sont inscrits au cours du dernier mandat.

La commission de qualification s'est réunie 15 fois en 2 ans et a accordé la qualification de :

- spécialiste à 414 médecins et de
- compétent à 91 médecins.

en se basant sur les diplômes universitaires obtenus et/ou les formations hospitalo-universitaires acquises conformément à l'arrêté ministériel en vigueur.

#### Réunions du conseil national et action disciplinaire :

Le conseil national a tenu 52 réunions au cours des 2 années 2001 et 2002 traitant des divers problèmes de la profession. Il a eu à instruire, avec l'aide précieuse des conseils régionaux, 161 plaintes. Ces plaintes provenaient de confrères, de citoyens ou d'organismes tunisiens ou étrangers.

Les infractions reprochées aux confrères ont consisté, par ordre décroissant de fréquence, en :

- délivrance de certificats médicaux de complaisance notamment à des mineurs,
- honoraires abusifs,
- attitude non confraternelle,
- exercice irrégulier,
- non-respect du secret professionnel.

Dans la majorité des cas, la pédagogie, avec rappel de règles déontologiques méconnues, a été suffisante.

Dix médecins ont comparu devant le conseil de discipline qui a siégé à trois reprises durant ce mandat. Les sanctions prononcées et les infractions qui leur ont servi de fondement ont été les suivantes :

- un avertissement pour « honoraires abusifs ».

- un blâme pour délivrance de certificats médicaux de complaisance.
- un blâme pour délivrance de certificats médicaux de complaisance.
- une interdiction d'exercer la médecine durant une période de 3 mois pour :

\* refus de soins

\* honoraires abusifs.

- une interdiction d'exercer la médecine durant une période de 3 mois pour :

\* honoraires abusifs

\* falsification de notes honoraires.

- une interdiction d'exercer la médecine durant une période de 1 an pour :

\* honoraires abusifs

\* détournement de malades

\* vente de médicaments

\* actes fictifs.

- une interdiction d'exercer la médecine durant une période de 1 an pour délivrance de certificats médicaux de complaisance.

- une interdiction d'exercer la médecine durant une période de 1 an pour :

\* usage de titres non réglementaires

\* transfert de cabinet sans approbation préalable du conseil régional

\* menaces écrites envers le conseil régional.

- une interdiction d'exercer la médecine durant une période de 18 mois pour :

\* comportement anti-confraternel

\* détournement de malades

\* diffamation.

- une radiation du tableau de l'Ordre pour :

\* délivrance de certificats médicaux de complaisance à des mineurs,

\* et intention exprimée devant le conseil de discipline de persévérer dans cette voie et de continuer à ne pas se conformer dans le futur aux prescriptions réglementaires et législatives en vigueur.

D'autres affaires sont en cours d'instruction.

avis sur les différentes questions soulevées par l'exercice de la médecine dans notre pays.

### Relations avec le Ministère de la Santé Publique :

L'Ordre n'a eu qu'à se féliciter de la qualité des relations avec Monsieur le Ministre de la Santé Publique et ses collaborateurs. Leur disponibilité à l'écoute de la profession ont été pour beaucoup dans la célérité du traitement des dossiers communs.

Le conseil national au complet, accompagné des présidents des conseils régionaux, a été reçu par Monsieur le Ministre de la Santé Publique le 24 novembre 2001 pour débattre des principales préoccupations de la profession et notamment :

- du projet de réforme de l'assurance maladie,
- des problèmes que posent le maintien de la morale professionnelle,
- de la nécessité de réviser la loi qui régit la profession. L'Ordre a suggéré l'idée de mettre en chantier un code tunisien de la santé publique regroupant de façon cohérente tous les textes concernant ce domaine.

Par ailleurs, une séance de travail sur un projet de modification de l'arrêté fixant les conditions et les règles de reconnaissance de la qualification des médecins pour l'exercice en qualité de spécialiste et de compétent a réuni le 22 octobre 2002 des représentants du Ministère de la santé publique et du conseil national de l'Ordre des médecins.

Les conseillers ordinaires ont rappelé à cette occasion le rôle fondamental de l'Ordre dans ce domaine.

### Relations extérieures :

\* *Association médicale mondiale* : Contribution aux activités de l'association et particulièrement à celles relatives à l'éthique médicale.

\* *Union des médecins arabes* : Deux délégués de l'Ordre des médecins de Tunisie ont participé aux travaux de la réunion annuelle de l'Union des médecins Arabes qui s'est tenue à Beyrouth (Liban) du 13 au 18 mars 2001 avec notamment :

- la réunion du secrétariat général,
- et la réunion du conseil supérieur.

Ces manifestations se sont caractérisées par trois faits essentiels :

1. Election du secrétaire général de l'Union des médecins arabes en la personne du Docteur Yasser SAKKA de Syrie. Il succède au Docteur Hassen KHERISS de Jordanie.
2. Election du Docteur Mokhtar BEN ISMAIL en tant que secrétaire général-adjoint représentant la Tunisie à l'Union des médecins arabes.
3. Tenue du 33<sup>ème</sup> congrès des médecins arabes sous le slogan « Session d'El Quods ».

\* 36<sup>ème</sup> Congrès des médecins irakiens :

Sur invitation de l'Union des médecins arabes et du Syndicat des médecins irakiens, trois conseillers ordinaires ont participé au 36<sup>ème</sup> Congrès des médecins irakiens qui s'est tenu à Bagdad du 13 au 15 février 2001.

### Coordination avec les Conseils Régionaux :

Outre une collaboration permanente et des rapports au quotidien notamment par téléphone, courrier postal, fax et Email, deux réunions de coordination ont eu lieu : l'une les 21 et 22 avril 2001 et l'autre les 27 & 28 avril 2002. Un séminaire s'est tenu à l'occasion de chacune de ces réunions avec pour thème « les conventions médicales » pour le premier, « Vocation de l'Ordre et assurance maladie » pour le second.

Le conseil National a organisé le 8 février 2002 avec la Faculté de médecine de Tunis une cérémonie à la mémoire de l'ancien Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie, le regretté HECHMI GAROUI, à l'occasion du 40<sup>ème</sup> jour de son décès.

### Tableau de l'Ordre :

Une mise à jour du tableau de l'Ordre des médecins de Tunisie a été effectuée. Elle sera incessamment éditée sur notre site-web. A cet effet il a été procédé à la rénovation du matériel informatique avec une gestion meilleure et une sauvegarde plus sûre.

### Solidarité avec le peuple palestinien :

A la suite des événements tragiques qu'ont connus les territoires occupés, une collecte de fonds au profit du peuple palestinien a été organisée dans les locaux du conseil national et des conseils régionaux de l'Ordre. Le fruit de cette collecte, qui s'élève à 20.665 DT, a été confié au Croissant Rouge Tunisien qui s'est chargé de son transfert en Palestine.

### Le « Bulletin » :

Un seul numéro du « Bulletin » a pu être édité au cours de ce mandat ( novembre 2001 ). Ceci a notamment permis d'exposer clairement la position de l'Ordre des médecins sur le dossier de la réforme de l'assurance-maladie. La multiplicité des tâches n'a pas permis de parvenir à une publication périodique. Ceci souligne l'urgence qu'il y a à renforcer l'équipe administrative du conseil national et de concrétiser notamment le projet de recrutement d'un administrateur du secrétariat général, prévu par le règlement intérieur.

### Conclusion

Sans être exhaustif, ce rapport a tenté d'exposer ce qu'ont entrepris, sans prétendre l'avoir accompli, ceux qui ont assuré ce mandat au service des attentes de la collectivité et de ce que souhaite la profession, à savoir une réponse sans cesse améliorée à l'exigence de santé.

### Assistance juridique et aide sociale :

Le conseil national de l'Ordre des médecins a eu l'occasion d'apporter son assistance juridique pour s'assurer de la préservation des droits de certains confrères ayant fait l'objet de plaintes auprès des tribunaux.

Il a également pu apporter certaines aides sociales à des confrères ou à leurs familles.

### Représentation du corps médical :

\* Participation à différentes commissions

nationales ( conjoncturelles ou permanentes)

\* Représentation du corps médical dans certaines structures et institutions nationales :

- les différents conseils d'université ;
- les conseils des quatre facultés de médecine ;
- les conseils d'administration des différents établissements publics de santé ;
- le comité national d'éthique
- le conseil supérieur de la santé.

Ces différentes représentations et participations permettent au conseil national, et à travers lui à l'ensemble du corps médical, de donner son

Le conseil National de l'Ordre des Médecins ( CNOM ) s'est réuni le 22 juillet 2003 pour étudier l'analyse faite par la commission chargée d'étudier le PV de la réunion du 10 juin 2003 avec les responsables du Ministère des Affaires sociales.

Ce projet, pour être discuté, doit comporter tous les éléments de la réforme : les modalités de choix du médecin référent, les modalités de conventionnement (recrutement, reconduction, déconventionnement...), la constitution et les prérogatives de l'observatoire national.

### LES COROLLAIRES :

Le CNOM estime qu'il faudrait respecter les grands principes suivants :

- Le secret professionnel.
- Le droit du citoyen à choisir son médecin quel que soit sa spécialité..
- L'indépendance professionnelle et morale du médecin.

Par ailleurs, toute réforme doit tendre vers une médecine tunisienne unifiée et ne pas créer à l'usage des affiliés sociaux plusieurs types de relations médecin-malade.

En conformité avec le Code de Déontologie et à partir de ses principes, Le CNOM a essayé d'analyser les éléments en notre possession pour comprendre l'esprit de cette réforme et prendre en considération :

- Son impact sur les assurés et sur les intérêts du malade
- Les répercussions de la réforme
  1. sur l'exercice de la médecine
  2. sur la qualité des soins
  3. sur l'équilibre financier des caisses

### LES INNOVATIONS DU PROJET :

L'étude du projet tel qu'il nous a été présenté repose sur deux éléments nouveaux :

1. Le tiers payant
2. Le médecin référent

#### • LE TIERS PAYANT :

Pour être en harmonie avec la situation socio-économique des assurés et pour réussir la réforme, les caisses proposent une prise en charge par la CNAM d'une partie de soin dans le secteur privé. Ils pensent que la technologie nouvelle pourrait rendre cette prise en charge par tiers payant possible et acceptable.

#### • LE MEDECIN REFERENT :

Dans la capitation, le médecin référent trouve sa place. On lui confie durant une année tous les problèmes de santé de l'assuré : médecine préventive et curative. Dans d'autres pays comme la France c'est une option qui n'interfère pas sur les autres choix, et qui reste facultative. La version tunisienne actuelle en fait un médecin à l'année mais payé à l'acte.

Dans les explications qui nous ont été fournis au cours de la réunion et qui ne figurent pas sur le PV, les deux facteurs essentiels pour le choix du médecin référent sont :

- La meilleure qualité de la prise en charge du malade.
- la lutte contre le nomadisme des malades.

### LA POSITION DU CNOM :

#### 1. LE TIERS PAYANT :

Le CNOM est conscient que le passage par un tiers payant facilite la prise en main du malade dans le domaine de la médecine libérale. Bien que non conforme au code de déontologie ( article 10 ), ce mode pourrait être accepté par le corps médical sous certaines conditions. Dans ce cas, des négociations doivent définir les modalités de la prise en charge et étudier le côté administratif qui en découle.

#### 2. LE MEDECIN REFERENT :

Le corps médical ne pense pas que le passage obligé par le médecin référent améliore la qualité des soins. La prise en charge du malade est assurée de la même façon chez tout médecin. Le fait que le médecin choisisse d'être référent ne change nullement sa conduite à tenir ni sa valeur. On ne peut prétendre que le médecin référent est mieux que les autres. Une décision judiciaire faisant jurisprudence en France a condamné les caisses françaises pour avoir affirmé la supériorité du référent. Le CNOM affirme donc que le médecin référent n'apporte rien de nouveau à la qualité de soins.

Pour le nomadisme, rappelons que le nomadisme est le fait que le malade consulte pour la même maladie et dans une période très courte deux médecins. Dans les normes internationales, la consultation en tant qu'acte présente moins de 10 % du coût de la maladie. En l'absence d'études scientifiques et en se basant sur le quotidien des médecins, le nomadisme existe mais reste rare. Il est le fruit de l'impatience de quelques malades qui aiment consommer du médecin. Ce qui existe le plus souvent, c'est une première consultation chez un généraliste, suivie par une autre chez le spécialiste. Or le passage obligé chez le référent va augmenter ce phénomène. Même si le référent tient à garder son malade, celui-ci demandera le spécialiste.

Par ailleurs, et en étudiant les exigences françaises pour le médecin référent, on note qu'il y a obligation des caisses à assister le référent pour la tâche administrative et que ce médecin doit être disponible en permanence, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, l'obligeant à avoir des remplaçants chaque fois qu'il s'absente. A-t-on prévu une telle stratégie dans la nouvelle réforme ?

Nous n'avons pas eu de détails sur la filière de la consultation publique. Va-t-on prévoir le médecin référent unique, choisi pour une année dans les hôpitaux et dispensaire, c'est à dire dans la filière de soins dans le secteur public, filière qui va englober un pourcentage d'assurés sans doute important ?

En acceptant cette analyse, le CNOM affirme que le médecin référent n'apporte rien de meilleur dans la prise en charge du malade. Il n'agit pas non plus sur le coût des dépenses de santé qui sont payés à l'acte. Donc, le médecin référent n'est pas nécessaire

## **LES SUGGESTIONS DU CNOM :**

En supprimant le médecin référent, nous retrouvons plus de souplesse pour l'assuré et d'après nous, sans répercussion sur l'équilibre financier des caisses. Si le malade est pris en charge chaque fois qu'il a besoin de consulter, quelle différence y a-t-il s'il s'adresse à tel ou tel médecin ? En effet, c'est l'assuré qui décide seul de l'acte médical. Il consulte son médecin quand il en a besoin.

### **• La filière du secteur public :**

L'assuré qui choisit le secteur public, doit avoir plus de confort ; Une mise à niveau des consultations publiques est nécessaire avec la participation des caisses. Les locaux doivent être convenables, le personnel bien accueillant et disponible. Les médecins doivent avoir le confort et les moyens de diagnostic les plus performants. Le passage des assurés au secteur privé doit se répercuter par une diminution du nombre de malades aux consultations externes ou aux dispensaires.

### **• La filière des médecins conventionnés :**

Les malades ne sont plus obligés de consulter pendant toute une année un seul médecin. Ils peuvent avoir recours à tous les médecins conventionnés. Ces médecins peuvent recevoir n'importe quel assuré. Cela n'augmente nullement les charges des caisses puisque le paiement à l'acte est accepté. S'il y a un facteur qui puisse augmenter la consommation en consultations, c'est le tiers payant. Cette augmentation est au fait passagère. Les malades finiront par consulter lorsqu'ils ont une nécessité de le faire.

### **• Le remboursement :**

La logique veut que chaque assuré soit pris en charge pour toute maladie. S'il choisit un médecin non conventionné. Il est obligé d'avancer les frais médicaux et il sera remboursé dans un deuxième temps. L'ordonnance va-t-elle être non remboursée ? Doit-on reconsulter un médecin de la 2ème filière pour recopier l'ordonnance ?

Le CNOM est pour le remboursement qui nous semble obligatoire du fait que l'assuré cotise. Doit-on le pénaliser ?

## **LES FORFAITS :**

Le CNOM tient à ce que dans n'importe quel forfait, les honoraires du médecin soient individualisés. On ne peut concevoir une quote-part du médecin décidée par les directeurs des cliniques ou autres.

## **L'OBSERVATOIRE :**

Un organisme de suivi et d'appréciation de la réforme est nécessaire. Sa composition et son rôle doivent être discutés avec tous les partenaires sociaux.

Le contrôle de l'acte médical reste du domaine des prérogatives du CNOM, ainsi que tout ce qui est disciplinaire. Tout conflit entre le médecin et les caisses doit être du ressort d'une commission paritaire.

## **LE CONVENTIONNEMENT :**

Le code de déontologie stipule que toute convention faite par un médecin doit être approuvée par le conseil régional de l'ordre des médecins.

Le conventionnement avec les caisses devrait faire l'objet d'une convention-cadre et non de conventions individuelles. Par ailleurs tout médecin doit avoir le droit d'être conventionné.

## **L'HOSPITALISATION, LA TARIFICATION DES ACTES EN PRIVE :**

Le CNOM pense que les détails de ces estimations incombent au Syndicat des Médecins de Libre Pratique. Néanmoins, les honoraires étant fixés par les institutions de la santé selon le Code de Déontologie, on ne peut prévoir une estimation inférieure au minimum de la fourchette des honoraires. Il est à rappeler que ces honoraires ont été maintenus en 2003 aux taux de l'an 2000.

## **LA FORMATION MEDICALE CONTINUE :**

L'élément essentiel pour l'économie de santé est la sensibilisation des médecins au coût de la santé. Le médecin reste le pourvoyeur essentiel des dépenses. Le médecin libéral doit choisir les médicaments les plus efficaces en prenant compte du coût de son ordonnance. Il ne doit demander comme examen complémentaire que ce qui va l'aider à établir son diagnostic. On ne demande pas un scanner ou un IRM pour faire plaisir au malade. Nous pensons qu'une formation médicale continue pour présenter les protocoles de traitement, des équivalents des RMO, afin d'étudier le prix de l'ordonnance devrait être obligatoire. Les caisses françaises prennent en charge cette formation en indemnisant le médecin pour la journée de travail qu'il consacre à sa formation.

## **LES NEGOCIATIONS :**

Les réunions du Ministère avec chaque fois un partenaire social ou organisme sont fructueuses mais non suffisantes. Nous estimons qu'il est du droit de tout partenaire social d'avoir une idée juste de toutes les suggestions et choix des autres partenaires. Nous estimons que chaque décision finale doit être argumentée et discutée avec tous les partenaires.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins

**LE CNOM aimerait recevoir toute suggestion à ce sujet émanant du corps médical.  
Les négociations sont en cours et la position du Conseil National n'est pas figée.  
Nous prenons en considération toute suggestion constructive.**

## ENTRE LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET LE CONSEIL : CHRONIQUE DE LA CONCERTATION

Entre le Ministère de la Santé Publique et le CNOM, la concertation est permanente. Monsieur le Ministre est régulièrement informé de nos activités: c'est ainsi qu'une copie de notre correspondance avec le Ministère des Affaires sociales lui a été adressée; tout comme nous sollicitons ses éclairages et ses avis sur des questions d'intérêt.

Par ailleurs, nous sommes régulièrement mis à contribution par les divers services du Ministère: pour donner un avis sur des projets de texte de loi, pour diffuser à nos confrères notamment ceux exerçant dans le secteur privé, les directives ministérielles ou pour participer à l'instruction des plaintes ou à la résolution des conflits; le domaine de cette coopération n'est pas limitatif.

Au cours des mois écoulés, la collaboration a notamment porté sur les sujets suivants:

1. Avis sur un projet de décret «fixant les conditions et modes d'exploitation d'un centre d'assistance des malades, à

domicile», ayant notamment pour mission d'assurer les soins aux malades, la mise à leur disposition d'équipements médicaux et le cas échéant, leur transport. Les avis du CNOM sur ce décret, qui comprend 24 articles, concernaient principalement le respect des dispositions du code de déontologie visant à préserver la liberté du choix par le malade de son médecin traitant (les soins assurés par le centre se font sous le contrôle de ce dernier), le secret médical (protection du dossier médical dans les centres) et la responsabilité du CNOM en tant que garant de la qualité des soins et de la validité des contrats entre le médecin (en l'espèce un médecin directeur technique) et la structure qui l'emploie.

2. Avis sur une loi déjà promulguée. Concernant les cliniques dites « off shore », réservées à des malades étrangers et pouvant faire appel à des compétences médicales non tunisiennes. Monsieur le Ministre nous a donné des assurances quant à la garantie des intérêts des

praticiens et des malades tunisiens; tout comme le CNOM sera consulté par la mise au point des textes d'application de la loi.

3. Activité professionnelle complémentaire par les professeurs et les maîtres de conférences agrégés en médecine (APC) lors de l'entrevue avec Madame la Secrétaire d'Etat, le débat a porté sur les difficultés d'application de toutes les modalités relatives à l'exercice de l'APC, prévues par le décret (notamment dans ses Art. 9 et 12).

4. Diffusion d'informations épidémiologiques et de directives ministérielles aux médecins, particulièrement ceux exerçant dans le secteur privé. Les thèmes en étaient notamment le SRAS et la prévention du handicap.

## La médecine humanitaire

La médecine humanitaire ? titre provoquant sans doute comme s'il pouvait exister une médecine qui ne soit pas humanitaire.

Pourtant la rencontre de la médecine d'Hippocrate et de la déclaration universelle des droits de l'homme a engendré avec l'action humanitaire une approche différente de la santé et un nouveau regard sur celui qui souffre.

Les questions de santé ont pris une dimension internationale et celles que soulèvent le malade ou la victime ne connaissent plus de frontières.

La responsabilité du soignant se repose comme une responsabilité universelle.

Le devoir d'assistance déborde les limites des salles d'attente des cabinets de consultation ou celles des services d'urgence des hôpitaux, il s'impose à l'échelle du monde.

La médecine humanitaire considère d'abord l'homme comme être vivant dans

une société profondément déchirée qui génère ses propres souffrances. C'est un être d'esprit autant que de corps dont les besoins de connaissance, de reconnaissance, d'écoute et de parole compétent autant que le juste remède. Les catastrophes naturelles, les guerres, les déchirements ethniques, les déplacements de population, les situations de précarité et d'exclusion appellent à l'intervention humanitaire et conduit à la rencontre de la santé publique et des principes fondamentaux du droit humain pour servir et soulager celui qui souffre. Le médecin est tenu de soigner, d'accompagner, d'alerter, de témoigner et de dénoncer.

L'assistance médicale devient indissociable de la défense des principes des droits des citoyens.

Peut-on en effet définir des stratégies de lutte contre le SIDA, des programmes de soins et d'intégrations des toxicomanes ou un plan d'aide aux populations réfugiées et victimes des

conflits armés sans qu'une approche médicale ne prenne ses racines de la charte universelle de la déclaration des droits de l'homme.

L'action humanitaire œuvre à se courir, à aller vers l'autre et à aider avec son seul souci, soulager la souffrance, elle aura pour moteur l'appel des victimes. Elle ne s'intéressera pas à l'homme dans sa globalité mais à l'homme dans sa douleur.

La pratique médicale se trouve impliquée dans un processus de protection du droit humain et éclaire la démarche de santé publique d'une volonté qui défend les exclus du système.

Loin d'être une politique, une démarche diplomatique, une approche scientifique du monde, la médecine humanitaire est dans son fondement basée sur une démarche éthique.

**Docteur Elyes BEN MARZOUK**

<p>C : 10<sup>D</sup>,000 à 18<sup>D</sup>,000                  Cs : 20<sup>D</sup>,000 à 30<sup>D</sup>,000                  Cpsy : 25<sup>D</sup>,000 à 35<sup>D</sup>,000</p>	<p>V = C + C/2                  Vs = Cs + Cs/2                  Vpsy = Cpsy + Cpsy/2</p>	<p>Visite de nuit et jours fériés</p> <p>2C      2V      2Vpsy</p>
<p>KE(sauf anest-réa) : 1<sup>D</sup>,500 à 2<sup>D</sup>,500                  KE(anest-réa) : 2<sup>D</sup>,000 à 2<sup>D</sup>,500                  KC : 4<sup>D</sup>,000 à 6<sup>D</sup>,000</p>		<p>Ik : 0<sup>D</sup>,500 à 0<sup>D</sup>,800</p>
<p>Rd<sub>1</sub> à Rd<sub>9</sub> : 3<sup>D</sup>,000 à 3<sup>D</sup>,500                  Rd<sub>10</sub> à Rd<sub>200</sub> : 1<sup>D</sup>,200 à 1<sup>D</sup>,800                  &gt;Rd<sub>200</sub> : 0<sup>D</sup>,600 à 1<sup>D</sup>,200</p>		<p>Ri : 1<sup>D</sup>,000 à 1<sup>D</sup>,500                  Rt : 2<sup>D</sup>,500 à 3<sup>D</sup>,500</p>
<p>Accouchement :</p> <p>Forfait 1 : 200<sup>D</sup>,000 à 250<sup>D</sup>,000                  Forfait 2 : 250<sup>D</sup>,000 à 300<sup>D</sup>,000</p>		<p>B : 0<sup>D</sup>,160 à 0<sup>D</sup>,200                  P : 0<sup>D</sup>,250 à 0<sup>D</sup>,300                  Expertise : 2CS à 4CS par expertise.</p>
<p><u>Prise en charge par un médecin qualifié d'une patiente ou d'un patient présentant une ou plusieurs détresses vitales :</u></p> <p>- patient non ventilé : 50<sup>D</sup>,000 à 60<sup>D</sup>,000 par 24h                  - patient ventilé : 60<sup>D</sup>,000 à 80<sup>D</sup>,000 par 24h</p>		<p><u>Vacations horaires :</u></p> <p>2C par vacation horaire</p>

### Recensements

Selon les sources autorisées, le nombre de médecins en exercice avoisinerait 8000 (huit milles) repartis par moitié entre spécialistes et généralistes également à parité entre exercice public et exercice privé. Or, le fichier du conseil national de l'Ordre recense près de 11000 confrères.

Quant à la population générale, l'actualisation du recensement général de 1994 l'évalue à 9,5 millions dont près des 2/3 vivent en zone communale, le tiers à moins de 15 ans et 9% plus de 60 ans.

Le recensement général périodique de la population aura lieu en 2004 ; la mise à niveau du fichier du CNOM est en cours. Gageons qu'au terme de l'année 2004, il sera possible de répondre de façon actualisée aux questions suivantes : combien (de citoyens, de médecins) sommes nous ? Qui sommes-nous ?

### Les dépenses de santé en Tunisie

En Tunisie, la dépense de santé est de l'ordre de 150 dinars par habitant et par an ; elle est financée pour près de la moitié par le budget de l'état et les caisses de sécurité sociale, l'autre moitié étant prise en charge par les ménages et les assurances complémentaires.

**Le Site du CNOM est né**  
 un site vient d'être créé par  
 le Conseil National  
 de l'Ordre des Médecins

[www.ordre-medecins.tn](http://www.ordre-medecins.tn)



Dans le cadre du suivi des décisions du Conseil Ministériel du 28 mai 2003, relatives à "l'éducation, à la formation et à l'intégration des handicapés", le Ministère de la Santé Publique et le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappellent aux médecins certaines de leurs obligations en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des affections congénitales ou acquises ou d'origine accidentelle susceptibles d'être à l'origine d'handicaps.

**1-** En matière de délivrance du certificat médical prénuptial, la procédure comporte, outre l'examen clinique approfondi de chacun des époux ; le recueil des données relatives à leurs antécédents familiaux et personnels d'affections pour lesquelles l'intervention d'un facteur génétique est certaine, ou fortement suspectée ; des examens biologiques dont l'éventail peut, selon les cas, être élargi à d'autres explorations que les classiques tests de dépistages de MST ou d'identification des groupes sanguins. Au vu des données du bilan de santé, le médecin donnera les conseils (et traitements) appropriés ainsi qu'une information d'ordre général sur la procréation, sur la

transmission génétique des maladies ainsi que sur la prévention des maladies, notamment par la vaccination et par l'adoption de modes de vie sains.

**2-** Une attention particulière est à porter au contrôle du déroulement de la grossesse. Le calendrier de surveillance, préconisé notamment par le Ministère de la Santé Publique, comporte (au moins) quatre examens systématiques échelonnés tout au long des neuf mois : le premier bilan réalisé au cours du premier trimestre est important pour le dépistage des maladies héréditaires ; celui du neuvième mois permet une programmation optimale des modalités de l'accouchement. Les prescriptions de médicaments devront être limitées, sauf risque vital, à ceux dont l'usage répété aura démontré sans équivoque l'absence de risque pour la santé de la mère et du fœtus.

À l'issue de la délivrance, l'état de la mère et du nouveau-né feront l'objet d'une attention particulière : en particulier l'absence de signes de souffrance du nouveau-né ; que ces signes soient en rapport avec un traumatisme obstétrical ou avec des malformations ou avec des anomalies métaboliques ; sera vérifiée par les

manoeuvres habituelles.

**3-** Le développement du nourrisson fera l'objet d'un suivi dont les modalités (anthropométrie, testing psychomoteur, vaccination, conseils alimentaires) et la régularité des échéances sont bien codifiées.

Dans ce cadre, le dépistage des déficits sensoriels (auditif, visuel...) doit être aussi précoce que possible avant que ne s'installent des troubles profonds cognitifs et de l'acquisition du langage.

**4-** Pour les handicaps acquis plus tardivement, en particulier à l'âge adulte (conséquence d'accidents de la route ou du travail ; suites des maladies...) une approche globale associant notamment prévention, réhabilitation et réinsertion professionnelle devra être promue en étroite collaboration avec les services sociaux.

En conclusion et quelque soit le domaine considéré, le respect des recommandations de bonnes pratiques dans le cadre d'une approche globale bio-psycho-sociale permet d'assurer des soins de qualité.

*Travail communiqué par le Dr. Alya MAHJOUR ZARROUK, Directrice de la Médecine Scolaire et Universitaire*

## A propos de certificat médical d'aptitude à la conduite de véhicules automobiles

La délivrance par le médecin du certificat d'aptitude à la conduite d'un véhicule automobile est un acte important qui engage la responsabilité du praticien. Elle se fait à l'issue d'une consultation approfondie du demandeur, complétée le cas échéant par le recours à des examens complémentaires et/ou aux services d'un médecin spécialiste.

Un arrêté des Ministres du Transport et de la Santé Publique en date du 16/08/2002 publié au JORT N° 69, page 2019-2004 daté du 23/08/2002, propose un modèle de certificat d'aptitude auquel les médecins sont tenus de se conformer. En particulier l'identification du client (par nom et prénom, date de naissance, carte d'identité nationale...) doit être aussi précise que possible.

Par ailleurs, le cas de sujets présentant des handicaps sensori-moteurs et/ou atteints de maladies au long cours

nécessitant un traitement régulier est analysé, de façon détaillée. A ce propos on peut de façon globale retenir les points suivants :

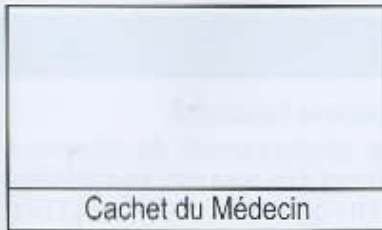
**1-** Quelque soit le type de véhicule conduit, qu'il soit lourd (utilisé pour le transport de marchandises ou de personnes) ou léger, l'avis du médecin spécialiste est à requérir ;  
**2-** Le passage du candidat au permis devant une "commission spécialisée" est, pour certaines situations pathologiques nécessaire. Ces situations sont les suivantes : troubles des champs visuels, nystagmus, surdité profonde, vertiges, port d'une prothèse laryngée, troubles mentaux, épilepsie, alcoolisme, insuffisance rénale, nanisme, transplantation d'organe et implants artificiels.

Dans le cas du diabète, l'aptitude est temporaire (3ans à 5 ans selon les cas) : elle est conditionnée par le résultat du bilan ophtalmologique. Le candidat atteint de DID

passé devant une commission spécialisée, s'il est conducteur de véhicules classés dans le groupe 2 (véhicules lourds C,D,E).

**3-** L'interdiction, notamment de la conduite de véhicules lourds, est dans certains cas, en vérité rares, impérative (ex : cas de monophthalmie).

**4-** Enfin, une grande variété de situations concernant des déficiences de l'appareil locomoteur (dues à des amputations ou à des maladies dégénératives en particulier cérébro-vasculaires) nécessitant ou non le port d'appareils est décrite. Dans ce cas, outre l'avis du spécialiste et/ou de la commission spécialisée, des aménagements du véhicule sont nécessaires. Ils visent à permettre une manipulation efficace et rapide des systèmes de commande (volant, frein, boîte à vitesse automatisée...).



**Certificat médical Pour l'obtention d'un permis de conduire ou son renouvellement(1)<sup>1</sup>**

Je soussigné(s) ..... Docteur en médecine,  
Inscrit(e) au Conseil National de l'Ordre des Médecins sous le numéro : .....  
exerçant à : ..... atteste avoir examiné

M .....  
né(e) le : ..... à .....  
Détenteur (ice) de la carte d'identité nationale n° ..... délivrée à ..... le .....  
et après avoir pris connaissance des résultats des examens et, analyses complémentaires (le cas échéant), et la  
déclaration du candidat(e) concernant son état de santé et conformément aux dispositions de l'annexe 1 de l'arrêté  
conjoint des Ministres du Transport et de la Santé Publique du .....<sup>2</sup>

;  
Déclare que l'intéressé (e):

- est apte à la conduite des véhicules correspondant au :
  - Groupe 1 (catégories "A1", "A", "B" et "H")
  - Groupe 2 (catégories "C", "C+E", "D", "DI" et "D+E")
  
- est apte à la conduite des véhicules du groupe ..... conformément  
aux dispositions du sous-paragraphe : ..... du paragraphe .....  
de la classe : ..... de l'annexe 1 de l'arrêté précité.
  
- doit être examiné par un spécialiste en .....<sup>3</sup>
- est tenu de se présenter devant la commission spécialisée muni  
d'un certificat délivré par un spécialiste en .....<sup>3</sup>
  
- est inapte à la conduite des véhicules,

Date .....

Cachet et signature du médecin

<sup>1</sup> Ce certificat doit être délivré depuis moins de trois mois et ce, lors du dépôt de la demande d'obtention du permis de conduire ou de son renouvellement.

<sup>2</sup> Arrêté conjoint des Ministres du Transport et de la Santé Publique fixant la liste des handicaps physiques et des maladies qui nécessite un aménagement spécial des véhicules, et/ou le port et l'utilisation par le conducteur d'appareils et de prothèses ainsi que les autres cas spéciaux de handicaps physiques qui requièrent l'avis de la commission spécialisée indiquée à l'article 12 du décret 2000-142 du 24 janvier 2000.

<sup>3</sup> Le dossier d'obtention du permis de conduire doit être accompagné d'un certificat médical circonstancié sous pli confidentiel délivré par un médecin spécialiste.

### Décisions du Conseil de Discipline\*

Noms et Prénoms	Motif	Date	Décision du conseil de discipline
Dr. Mohamed HALOUL	Certificat de complaisance pour un mineur.  Outrage au CROM	23/04/02	Radiation du Tableau de l'Ordre
Dr. Tahar BEN MABROUK	Falsification de note d'honoraires. Honoraires abusifs. Falsification de Facture	23/04/03	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de 3 mois
Dr. Fathi CHTOUROU	Certificat de complaisance	23/04/02	Blâme avec inscription au dossier
Dr. Rafika ABDESSAMED ZEHRI	Certificat de complaisance	23/04/02	Blâme avec inscription au dossier
Dr. Mustapha DHOUIB	Détournement de clientèle.  Honoraires abusifs. Vente de médicaments	23/04/02	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée d'une année
Dr. Rachid ZANINA	Certificat de complaisance	18/06/02	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée d'une année
Dr. Mohamed Hédi MECHAAL	Refus de soins Honoraires abusifs	18/06/02	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de 3 mois
Dr. Salah OUESLATTI	Honoraires abusifs	18/06/02	Avertissement
Dr. Wahid EZZEDDINE	Usages de titres non réglementaires. Transfert de cabinet sans autorisation préalable du CROM. Mauvais comportement avec le CROM Menaces écrites contre le CNOM et le CROM.	18/06/02	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée d'une année
Dr. Mohamed Lamjed BEN SEDRINE	Comportement anti-confraternel. Détournement de clientèle.  Diffamation de confrères  Falsification des titres.  Outrage à l'institution	23/04/02     18/07/02	Radiation du Tableau de l'Ordre   Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de 18 mois
Dr. Mohamed El Amine KHAIRI	Manquement au respect des membres du CROM Publicité illégale. Création d'une société Refus de délivrer la radiographie au malade	20/05/03	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de 3 mois
Dr. Alya Nadia ZAINELABIDINE	Usurpation de titre	20/05/03	Blâme avec inscription au dossier
Dr. Mourad ADALA	Exercice à Médenine sans autorisation Absence de garantie de surveillance post-opératoire des malades	20/05/03	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée d'une année
Dr. Moncef KAMOUN	Honoraires abusifs Acte non autorisé au cabinet médical	20/05/03	Avertissement
Dr. Lotfi ZAGHADANE	Usurpation de Titre.	20/05/03	Radiation du Tableau de l'Ordre

\*Il est à signaler qu'il s'agit de décisions prises par le Conseil de discipline, abstraction faite des appels des dites décisions interjetés par certains confrères auprès des instances compétentes.