

Le Bulletin

D'INFORMATION
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

Editorial

ALEAS

Dr A....., délivre, après leur avoir fait la leçon et à titre gracieux, des certificats justifiant leur absence aux examens trimestriels à des lycéens qui préfèrent l'école buissonnière à l'austérité des obligations scolaires ; les parents, alertés par le proviseur, portent plainte auprès de l'ordre. Ce dernier adresse un blâme au médecin « repentant ».

Dr F....., après examen du « client », et sans avoir vérifié son identité, lui prescrit, un arrêt de travail, justifié par son état de santé. Une plainte est déposée contre lui pour « fausse déclaration » ; la personne au nom de laquelle le certificat avait été libellé était l'objet d'une condamnation judiciaire et emprisonnée pour la période couverte par le certificat du médecin.

Dr B... délivre un certificat de constat de décès où il fait le lien entre la cause qui y est mentionnée et un accident de la route survenue quelques semaines auparavant au défunt; il ne demande pas d'autopsie. Aussitôt l'auteur de l'accident est incarcéré et des poursuites engagées contre lui ; B... en est surpris et ... désolé.

Dr H.... est requis par le tribunal de donner une copie du dossier médical d'un de ses patients, décédé, à la famille du défunt qui a décidé d'engager une procédure contestant le testament fait par ce dernier en faveur d'une organisation charitable ; l'ordre l'informe de l'obligation qu'il a d'exécuter une décision de justice.

Dr D.... s'installe ; pour en informer ses futurs clients, il appose plusieurs plaques mentionnant son identité et ses compétences en divers endroits du quartier. En outre sur la plaque à la porte de son cabinet, sont citées des « qualités » qui ne lui ont pas été reconnues par l'ordre ; D.... argue de son inexpérience et obtempère au règlement.

Dr R.... est accusé (devant la justice) par une cliente de ne pas avoir respecté sa pudeur et de ne pas lui avoir délivré « l'éclairage » nécessaire à l'obtention de son consentement pour un examen intime. R.... est même objet de menaces de son intégrité physique par des proches de la cliente. De crainte d'être violenté par la famille – nombreuse et en colère – accompagnant une adolescente fugueuse, en quête d'un certificat attestant la virginité de cette dernière, Dr N... gynécologue délivre, en dépit de son intime conviction, le certificat ; sa décision est aussi motivée par la prise en compte du « contexte social et culturel ».

Dr M... est requis par la justice pour expertiser un malade victime de complications dans les suites d'une intervention ophtalmologique ; sur la foi du seul dossier (incomplet), sans avoir pris l'avis de spécialistes (lui-même ne l'est pas), il affirme la faute médicale et conclut à la responsabilité du médecin traitant. L'ordre l'incite à la mesure ... et au respect de la procédure recommandée en de telles circonstances.

Dr K... évoque des circonstances opératoires exceptionnelles pour justifier des honoraires bien au-delà de la tarification recommandée par les instances professionnelles ; il reconnaît et promet de dédommager le client.

Dr Y... est convaincu que le confrère qu'il a dénoncé déshonore la profession ; vérification faite, il s'agit d'une rumeur « fondée » sur une homonymie. Dr Y... est appelé à faire preuve de discernement, et à baser ses actes sur des preuves (évidence based), non exclusivement sur la « notoriété » de ses informateurs (« éminence based »).

Conclusion : Intérêts particuliers et humanisme ne sont pas incompatibles ; la loi impose au médecin d'être équitable et de faire preuve de caractère, de discernement et du sens de la responsabilité.

Note : Les organismes national et régionaux de l'ordre ont pour mission de vous éclairer (pour vous éviter les faux pas), de vous prêter assistance (dans les situations difficiles), et – en dernière extrémité – d'appliquer le dispositif « d'arbitrage » prévu par la législation.

	Aléas	1
	Evidence Based-Médecine (ou médecine factuelle)	2
	L'ordre des médecins et la réforme de l'assurance maladie	2
S	Convention sectorielle des médecins de libre pratique : le point de vue de l'Ordre des médecins	2
O	Pratique médicale en milieu touristique (recommandations de l'ordre des médecins)	4
M	L'ordre des médecins et l'activité privée complémentaire (APC)	5
M	A propos de médicaments pouvant être détournés de l'usage pour lequel ils sont prescrits	6
A	Les maladies à déclaration obligatoire en 2004	6
I	Causes médicales de décès pour l'année 2001	7
I	Spécialités et compétences en 2005	7
R	Le médecin et les médias	7
R	Démographie des conseils de l'ordre	9
E	Inscriptions au TOM au cours de l'année 2005	9
	L'installation de plusieurs médecins dans un même immeuble	9
	La qualité dans la relation médecin-malade	11
	Argent, Ethique Santé	12

EVIDENCE BASED-MEDECINE (OU MEDECINE FACTUELLE)

(Source : Revue Médicale de Liège, 2000, 55, 226)

On peut définir l'EBM comme une approche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes (preuves) issues de la recherche médicale. Par preuves, on entend les études cliniques systématiques et, en particulier, les essais contrôlés randomisés et les méta-analyses. Il peut s'agir éventuellement d'études transversales ou de suivi bien construites lorsqu'il s'agit d'évaluer un test diagnostique ou de pronostiquer l'évolution d'une maladie. En aucun cas, ces "preuves" ne peuvent remplacer le jugement ou

l'expérience du médecin, ce qui explique que l'EBM complète la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplace pas. Dans le cadre de cette démarche, les décisions cliniques peuvent être définies comme un modèle à trois composantes: l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique et les préférences du malade en matière de soins. Cette approche n'a pas d'autre finalité que celle d'améliorer les soins donnés aux patients.

L'ORDRE DES MEDECINS ET LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

Un projet de la convention sectorielle devant être signé par « la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie » (CNAM) et les représentants des professionnels exerçant dans le secteur privé de la santé a été adressé au CNOM, pour information. Le texte proposé par la CNAM comprend 12 titres et 157 articles. Suite à une étude approfondie de ce projet et aux débats qui ont eu lieu au sein des instances de l'Ordre, le Conseil National a adressé en date du 29/3/2006 une première lettre à Messieurs les « Ministres de la Santé Publique » et des « Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'étranger » exposant sa position sur le sujet ; des extraits figurent ci-après.

1. La convention sectorielle est censée finaliser le dispositif prévu par la convention cadre, donc organiser des rapports de bonne collaboration entre les prestataires de soins et la CNAM. Son contenu doit tenir compte des principes énoncés par la convention cadre ainsi que des règles du code de déontologie régissant l'exercice (libéral) de la médecine, en particulier celles relatives à l'indépendance professionnelle du médecin, au libre choix du médecin par son patient, à l'interdiction de certaines formes d'honoraires favorisant la dichotomie et les ristournes. Il est à rappeler que le code de déontologie médicale n'est pas un simple règlement interne mais un décret présidentiel dont « le respect s'impose à tous » ; le contrôle de son application est du ressort du conseil de l'Ordre.

2. Malgré (ou du fait de ?) tous les mécanismes de contrôle prévus par cette convention, l'objectif « d'accès équitable à des soins de qualité » ne peut être garanti ; bien au contraire, la gestion par les partenaires (malade, médecin, administration) de l'empilement des formalités administratives laisse augurer du manque de réactivité et d'efficacité du système ainsi que de l'inflation du contentieux.

3. Tout en réaffirmant son adhésion aux objectifs de la réforme de l'assurance maladie définis dès 1996, le conseil national de l'Ordre des médecins ne peut souscrire au projet tel qu'il est proposé et appelle à le reconsidérer. Il émet le vœu que la convention sectorielle qui régira les rapports entre les médecins de libre pratique et la CNAM, établisse un véritable partenariat basé sur la confiance et le respect mutuel et non sur le rapport de forces. Le conseil national de l'Ordre des médecins, représentant l'ensemble des professionnels, dépositaire et garant de l'application de principes qui réglementent l'exercice de la médecine, est un partenaire obligé de ce processus dont la finalité est de définir des stratégies réalistes, qui tiennent compte des capacités des citoyens, des prestataires de soins ainsi que celles de la CNAM (qui en est à ses débuts) à gérer l'ensemble des dispositifs proposés ; évolutives, devant aboutir à l'assurance maladie universelle ; efficaces ; s'inscrivant dans le cadre global des stratégies et des politiques mises en œuvre par le (s) ministère (s) en charge de la santé.

CONVENTION SECTORIELLE DES MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE : LE POINT DE VUE DE L'ORDRE DES MEDECINS

La réforme de l'assurance maladie est une composante fondamentale du plan national de santé ; en conséquence toutes les énergies doivent être mobilisées pour la faire aboutir. Le conseil de l'Ordre des médecins adhère pleinement aux objectifs généraux qui lui ont été fixés qui sont de :

- Généraliser la couverture sanitaire ;
- Promouvoir un « système d'assurance qualité », y inclus la formation continue ;
- Veiller à l'utilisation efficace des ressources – qui « resteront » toujours limitées, en raison de considération macro et micro-économiques – et à la rationalisation de la demande – cette dernière pouvant être dopée par les « espoirs » suscités

par la réforme – Ceci aura pour effet de garantir la validité du système de soins et ses équilibres financiers ;

- Partager équitablement les ressources entre secteurs public et privé ; entre première / deuxième ligne et médecine de pointe ; et prendre les mesures appropriées pour les rendre complémentaires.

La médecine tunisienne qui a atteint un haut degré de performance et de compétitivité est à même de répondre aux aspirations populaires et de relever les défis de la mondialisation.

Ci-après les commentaires émis par le conseil national de l'Ordre des médecins suite à l'étude attentive du projet de convention qui lui a été

EVIDENCE BASED-MEDECINE (OU MEDECINE FACTUELLE)

(Source : Revue Médicale de Liège, 2000, 55, 226)

On peut définir l'EBM comme une approche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes (preuves) issues de la recherche médicale. Par preuves, on entend les études cliniques systématiques et, en particulier, les essais contrôlés randomisés et les méta-analyses. Il peut s'agir éventuellement d'études transversales ou de suivi bien construites lorsqu'il s'agit d'évaluer un test diagnostique ou de pronostiquer l'évolution d'une maladie. En aucun cas, ces "preuves" ne peuvent remplacer le jugement ou

l'expérience du médecin, ce qui explique que l'EBM complète la pratique médicale traditionnelle mais ne la remplace pas. Dans le cadre de cette démarche, les décisions cliniques peuvent être définies comme un modèle à trois composantes: l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique et les préférences du malade en matière de soins. Cette approche n'a pas d'autre finalité que celle d'améliorer les soins donnés aux patients.

L'ORDRE DES MEDECINS ET LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

Un projet de la convention sectorielle devant être signé par « la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie » (CNAM) et les représentants des professionnels exerçant dans le secteur privé de la santé a été adressé au CNOM, pour information. Le texte proposé par la CNAM comprend 12 titres et 157 articles. Suite à une étude approfondie de ce projet et aux débats qui ont eu lieu au sein des instances de l'Ordre, le Conseil National a adressé en date du 29/3/2006 une première lettre à Messieurs les « Ministres de la Santé Publique » et des « Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'étranger » exposant sa position sur le sujet ; des extraits figurent ci-après.

1. La convention sectorielle est censée finaliser le dispositif prévu par la convention cadre, donc organiser des rapports de bonne collaboration entre les prestataires de soins et la CNAM. Son contenu doit tenir compte des principes énoncés par la convention cadre ainsi que des règles du code de déontologie régissant l'exercice (libéral) de la médecine, en particulier celles relatives à l'indépendance professionnelle du médecin, au libre choix du médecin par son patient, à l'interdiction de certaines formes d'honoraires favorisant la dichotomie et les ristournes. Il est à rappeler que le code de déontologie médicale n'est pas un simple règlement interne mais un décret présidentiel dont « le respect s'impose à tous » ; le contrôle de son application est du ressort du conseil de l'Ordre.

2. Malgré (ou du fait de ?) tous les mécanismes de contrôle prévus par cette convention, l'objectif « d'accès équitable à des soins de qualité » ne peut être garanti ; bien au contraire, la gestion par les partenaires (malade, médecin, administration) de l'empilement des formalités administratives laisse augurer du manque de réactivité et d'efficacité du système ainsi que de l'inflation du contentieux.

3. Tout en réaffirmant son adhésion aux objectifs de la réforme de l'assurance maladie définis dès 1996, le conseil national de l'Ordre des médecins ne peut souscrire au projet tel qu'il est proposé et appelle à le reconsidérer. Il émet le vœu que la convention sectorielle qui régira les rapports entre les médecins de libre pratique et la CNAM, établisse un véritable partenariat basé sur la confiance et le respect mutuel et non sur le rapport de forces. Le conseil national de l'Ordre des médecins, représentant l'ensemble des professionnels, dépositaire et garant de l'application de principes qui réglementent l'exercice de la médecine, est un partenaire obligé de ce processus dont la finalité est de définir des stratégies réalistes, qui tiennent compte des capacités des citoyens, des prestataires de soins ainsi que celles de la CNAM (qui en est à ses débuts) à gérer l'ensemble des dispositifs proposés ; évolutives, devant aboutir à l'assurance maladie universelle ; efficaces ; s'inscrivant dans le cadre global des stratégies et des politiques mises en œuvre par le (s) ministère (s) en charge de la santé.

CONVENTION SECTORIELLE DES MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE : LE POINT DE VUE DE L'ORDRE DES MEDECINS

La réforme de l'assurance maladie est une composante fondamentale du plan national de santé ; en conséquence toutes les énergies doivent être mobilisées pour la faire aboutir. Le conseil de l'Ordre des médecins adhère pleinement aux objectifs généraux qui lui ont été fixés qui sont de :

- Généraliser la couverture sanitaire ;
- Promouvoir un « système d'assurance qualité », y inclus la formation continue ;
- Veiller à l'utilisation efficace des ressources – qui « resteront » toujours limitées, en raison de considération macro et micro-économiques – et à la rationalisation de la demande – cette dernière pouvant être dopée par les « espoirs » suscités

par la réforme – Ceci aura pour effet de garantir la validité du système de soins et ses équilibres financiers ;

- Partager équitablement les ressources entre secteurs public et privé ; entre première / deuxième ligne et médecine de pointe ; et prendre les mesures appropriées pour les rendre complémentaires.

La médecine tunisienne qui a atteint un haut degré de performance et de compétitivité est à même de répondre aux aspirations populaires et de relever les défis de la mondialisation.

Ci-après les commentaires émis par le conseil national de l'Ordre des médecins suite à l'étude attentive du projet de convention qui lui a été

transmis. (et communiqués aux autorités compétentes à la date du 21/5/2006).

1. La finalité de la réforme du système d'assurance maladie est de mettre en place un système de santé équilibré, solidaire, équitable, viable dont le financement est assuré par les contributions (prélèvement obligatoire) des salariés et des employeurs, ainsi que par l'Etat pour la prise en charge des populations à faible revenu. Les prestations, conformes aux normes établies de bonne pratique, sont assurées par des professionnels exerçant dans le secteur public et privé, librement choisis par les patients.

De même, les ressources destinées au financement des prestations (en particulier la fourniture de médicaments et la coordination avec le système ambulatoire de référence, 2ème ligne) fournies dans le cadre de la prise en charge des APCI et de la préservation de la santé maternelle et infantile doivent être équitablement partagées entre secteur privé et public.

Enfin, au cas où la réforme se fera par étapes, la convention devra comporter l'individualisation de ces étapes (avec leurs objectifs, les stratégies mises en œuvre et une liste d'indicateurs permettant l'évaluation) ainsi qu'un échéancier.

2. « La maîtrise des coûts », objectif majeur de la réforme est une responsabilité partagée, impliquant :

- non seulement les médecins qui devront adapter leurs prescriptions et leurs investigations à l'objectif recherché de soin de qualité au moindre coût possible ». L'importance de la formation continue est à souligner ;

- mais aussi l'encadrement de la CNAM : les coûts de la gestion administrative doivent être maintenus dans des limites acceptables (7 à 8% de la dépense globale) ; d'où, par exemple, l'intérêt d'élaguer dans la panoplie des documents et démarches générées par les contrôles / restrictions / vérifications figurant dans le projet de convention ;

- ainsi que les professionnels de l'industrie pharmaceutique et des appareillages : les avantages dont ils ont bénéficié (pour leur permettre de se développer) doivent être révisés ; la CNAM à l'instar d'organismes étrangers (Allemagne par exemple) doit jouer un rôle phare dans la négociation des prix.

3. L'article 65 du CDM stipule que tout projet de convention ou de renouvellement de convention doit être préalablement communiqué au conseil de l'Ordre qui vérifie sa conformité avec les principes de la déontologie. Par ailleurs, l'autorité publique a délégué au conseil de l'Ordre, conjointement avec les organisations syndicales représentatives, le pouvoir de fixer la « fourchette des honoraires » devant être respectée par les médecins. Enfin, l'Ordre des médecins est une instance d'arbitrage (qui a compétence en matière disciplinaire) devant laquelle se règlent les conflits opposant les médecins à d'autres parties (notamment des organismes d'assurance maladie).

Pour les raisons évoquées ci-dessus et bien d'autres, le conseil national de l'Ordre doit être étroitement impliqué dans la négociation de la convention sectorielle, et non pas seulement être informé (partiellement et avec retard) de son déroulement.

4. Le contenu de la convention doit être limité aux aspects qui concernent les relations entre les « prestataires de services médicaux » et la CNAM. Cette dernière est un organe « intermédiaire », responsable du recouvrement des contributions (principalement salariales et patronales) et garant de la bonne utilisation des ressources.

De ce fait, plusieurs articles, inclus dans le projet présenté par la CNAM, n'ont pas lieu d'y figurer tels que :

* ceux se rapportant à la déontologie : articles 25 à 30, 63, 72, 73, 76, 79, 80, 82, 83, 84 ;

* ceux dont l'inclusion dans une convention relève de la maladresse ; leur impact sur la profession ayant été sans commune mesure avec l'importance du message qu'ils sont censés délivrer : articles 50, 51, 52, 54, 55, 56, 72 à 86 relatifs aux honoraires de travail, à la rédaction d'une ordonnance ;

* ceux par lesquels la CNAM se substitue (redondance) à l'Ordre et/ou au Ministère de la Santé Publique : titre IV section 2 ; institution de parcours de soins et d'un carnet de santé.

Une simple référence – inscrite dans le préambule – aux textes « fondateurs » de l'exercice médical suffit. Ces textes sont principalement le code de déontologie ainsi que les lois relatives à l'organisation des professions de santé (n°91-21 du 13 mars 1991) et à l'organisation (n°63-91 du 29 juillet 1991)

Par ailleurs, plusieurs articles de la convention sectorielle instituent des procédures administratives et des restrictions, ce qui pourrait nuire à la qualité des soins et à celle de la relation médecin / malade / caisse. Les « coûts » (matériels et psychologiques) de gestion du contentieux généré par leur application pourraient être sans commune mesure avec les bénéfices que ces contrôles pourraient engendrer.

D'ailleurs, ces procédures vont à l'encontre des orientations des politiques recommandant l'allègement des formalités et l'institution d'un contrôle à posteriori (de l'application d'un cahier de charges).

Dans le cadre de la négociation, des formules plus efficaces de supervision et d'évaluation pourraient être étudiées. Le code de déontologie médicale constitue en soi un « premier » cahier des charges, outre les consensus et autres références.

5. L'article 10 du CDM constitue le fondement même de la médecine libérale. Or certaines propositions contenues dans le projet de convention s'en écartent.

C'est ainsi que l'obligation de recourir au « médecin de famille » ou au médecin référent est contraire au principe de libre choix du médecin par le malade (alinéa 1 de l'article 10).

Quant à la liberté de prescription elle constitue une condition essentielle de l'exercice de libre pratique. Le médecin est responsable de ses prescriptions ; il est en dernier ressort seul juge du choix des médicaments qui conviennent le mieux à l'état de ses malades. Toute tentative d'entraver cette liberté serait une atteinte grave à la qualité des soins. Cependant liberté ne veut pas dire excès ; l'article 35 du CDM définit les limites de cette liberté.

Dans ce cadre, les protocoles de soins pour les malades chroniques, bien que difficiles à établir, peuvent constituer une bonne approche à la condition d'avoir été établies par les sociétés savantes. Quoi qu'il en soit le dernier mot revient au médecin prescripteur qui a la responsabilité de son malade et qui est tenu à une obligation de moyens ; les consensus ne sont pas opposables en cas de problèmes juridiques.

Enfin, l'alinéa 3 de l'article 10 prévoit le paiement direct des honoraires par le malade au médecin sauf dérogations prévues par le code ; l'article 33 alinéa 2 précise les dérogations auxquelles l'article 10 alinéa 3 fait allusion.

Le tiers payant (article 33 alinéa 1), s'il n'est pas interdit par le code, ne constitue pas le moyen habituel de paiement, il constitue une dérogation. Le conseil national de l'Ordre des médecins pense que ce mode peut dans certaines conditions être instauré mais il ne peut en aucun cas constituer une obligation pour le médecin. D'ailleurs, ni la CNAM ni les médecins ne sont prêts sur le plan logistique à entamer une telle expérience.

6. L'article 42 du CDM stipule que « le médecin doit établir lui-même sa note d'honoraires avec tact et mesure, en tenant notamment compte des honoraires établis et révisés périodiquement par le conseil national de l'ordre des médecins et les organismes professionnels ... » ; tout dépassement (ou à l'inverse, l'abattement) est pénalisé (article 43 du CDM) ainsi que la ristourne (article 44), et le forfait (article 45).

Dans le cadre de cette réglementation le conseil national de l'Ordre des médecins, en partenariat avec le syndicat des médecins de libre pratique, a établi une fourchette d'honoraires qui constitue la base actuelle des tarifs pratiqués par la plupart des médecins.

En conséquence la base des discussions pour déterminer les honoraires des médecins sera la fourchette en vigueur depuis déjà 2004. Dans l'avenir, le conseil national de l'Ordre des médecins restera toujours habilité à fixer les honoraires des médecins en coordination avec les syndicats ; en cas de non respect de la législation par le médecin, la CNAM ne peut en aucun cas substituer au CNOM (article 106 de la convention sectorielle) pour exercer un pouvoir de sanction.

En conclusion de ce qui vient d'être dit, et pour les raisons déontologiques rappelées ci-dessus, mais aussi culturelles, de faisabilité et de simplification des procédures (donc de maîtrise des coûts de gestion de la caisse), le conseil national de l'Ordre des médecins recommande la généralisation de la formule du paiement direct du médecin (par le client) des prestations que ce dernier effectue, que la maladie soit de courte ou de longue durée.

Par ailleurs, l'Ordre rappelle que le « forfait » (payé à des tiers, incluant les honoraires des médecins) et la ristourne sont interdits par la législation.

Le médecin de libre pratique est un travailleur « indépendant », non le salarié d'une clinique (ou de la CNAM). Les honoraires du médecin doivent être individualisés.

7. Organiser la formation médicale continue est un objectif majeur de la négociation. Dans la convention, les bases d'une organisation devront être définies et des engagements à court et à long terme pris par les partenaires concernant notamment :

- Les responsabilités pédagogiques
- La gestion administrative, et la décentralisation
- Le financement : la possibilité de mobiliser une partie des ressources procurées par la taxe à la formation professionnelle, versée à un fond spécial du trésor est à étudier ; un financement stable, indépendant des intérêts particuliers est une nécessité.

Le conseil de l'Ordre est un interlocuteur dans le processus de planification et de mise en œuvre de la formation médicale continue, en particulier dans ses aspects relatifs à l'établissement, à la validation et la révision des consensus.

8. L'affiliation des médecins à la convention est automatiquement accordée à tous les médecins – inscrits au TOM, dont l'autorisation d'installation a été agréée par le CROM – qui en font la demande.

Quant aux procédures (disciplinaires ?) de « règlement des litiges » détaillées au titre VIII du projet de convention, l'Ordre des médecins se propose de procéder à une consultation juridique, en vue d'en vérifier la validité et le bien-fondé.

9. L'article 60, traitant de situations particulières est inutile :

On peut en premier lieu lui opposer qu'à la différence de l'auxiliaire médical (technicien radio, kiné.) « le médecin examine, prescrit et traite ».

Par ailleurs, la décision de la radiothérapie est en fait toujours le fruit d'un travail d'équipe ; dans l'intérêt du malade (épargne de temps, de démarches, de dépense pour le déplacement) un radiologue peut être amené, pour préciser un diagnostic, et après avoir pris l'avis du médecin traitant, à pratiquer un examen non programmé initialement. Enfin, le spécialiste de médecine physique est mieux habilité que bien d'autres confrères à décider et à pratiquer la rééducation.

Quoiqu'il en soit, on peut le cas échéant demander à ces spécialistes de justifier leur prescription ; bon nombre de leurs actes font d'ailleurs l'objet d'accord préalable.

10. La liste des APCI proposée par la CNAM (réf : projet CNAM/RAM du 18/4/2006) est « très ouverte » ; son application, en l'état, donnera lieu à toutes sortes d'arbitraires et de « dérives financières ». Elle doit être affinée en prenant en compte des critères « pertinents » : précision clinique ; prise en compte dans le choix des APCI d'objectifs de santé publique et de prévention à long terme et non pas seulement « compassionnels ».

11. L'ensemble des annexes, dont le nombre doit être réduit au minimum indispensable et le contenu simple et concis, doit faire l'objet d'un accord entre les partenaires avant toute signature de la convention.

Un délai doit être prévu pour leur révision, leur édition, leur distribution et la familiarisation des destinataires à leur utilisation.

De même, dans le texte final de la convention, devra être abolie la terminologie « selon la réglementation en vigueur » (art.5, 6, 8, 15, 33, 101, 150...) ; celle-ci devant être remplacée par une référence précise ou supprimée.

Conclusion :

« Il n'existe pas de recette miracle pour la maîtrise des dépenses de santé ; cette dernière ne passe pas invariablement par la détermination de critères de choix avec ce qu'ils impliquent de renonciation et d'exclusion. Une démarche alternative existe. Elle s'inscrit de surcroît dans l'éthique. Elle a pour méthodes et objectifs :

- l'éducation de la population ;
- la formation des personnels paramédicaux ;
- la formation universitaire et la formation continue des médecins ;
- l'évaluation ;
- la prévention ;
- la prévention-prédiction.

Il reste qu'en dehors des stratégies que l'on élabore et des méthodes que l'on préconise, il existe des circonstances qui constituent les conditions nécessaires de la décision. De telles circonstances relèvent d'une éthique de responsabilité qui est aussi une éthique de solidarité. Quant à la décision, elle sera d'autant moins contestable qu'elle aura résulté d'un débat. »

(Extrait de la conclusion de l'avis n°4 émis par le CNEM sur « éthique-progrès technologique - dépenses de santé le 26 janvier 1999 »)

PRATIQUE MEDICALE EN MILIEU TOURISTIQUE (RECOMMANDATIONS DE L'ORDRE DES MEDECINS)

Le Conseil de l'Ordre des Médecins est régulièrement sollicité pour émettre des avis sur des litiges concernant certaines modalités de la pratique de la médecine en milieu touristique. Les demandes émanent de diverses sources, telles que confrères, touristes, voyagistes, organismes d'assurances, départements ministériels.

Après en avoir longuement débattu au sein de ses différentes instances, le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle aux membres de notre profession certaines règles et prescriptions de notre législation, particulièrement celles du « Code de déontologie médicale » (CDM) dont « le respect s'impose à tous » (article 1 du CDM). C'est à cette condition que seront préservées la dignité ainsi que l'image d'honorabilité et de probité du médecin ; que règnera la concorde parmi les médecins, entre les médecins et leurs « partenaires ».

I- Recommandations relatives à la médecine de soins :

1. Le Code de déontologie Médicale prescrit :

1.1. D'être inscrit au tableau de l'Ordre et d'être à jour de ses cotisations.

1.2. De soigner les malades « sans discrimination aucune » (Art 3). Cette règle vaut pour tous les domaines de l'exercice.

C'est ainsi qu'en matière d'honoraires, les tarifs de référence sont ceux établis par le Conseil National et les organismes

professionnels (Art. 42 et 43). Tout autre mode de tarification serait inacceptable ; le « tact et la mesure » sont recommandés.

Par ailleurs, le médecin « n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires » (Art. 42), que ces explications soient données – verbalement, ou sous forme de devis écrit – préalablement ou postérieurement à l'exécution de l'acte. Un pourcentage important des litiges a pour origine une déficience de la « communication ».

1.3. De « ne pas aliéner son indépendance sous quelque forme que soit (Art. 11), notamment par des pratiques de dichotomie/ou de compéage /ou de partage d'honoraires avec quelque personne que ce soit » (Art. 16, 17, 19), qu'il s'agisse d'un confrère – généraliste ou spécialiste –, d'un hôtelier ou d'un voyageur.

1.4. D'exercer « dans un seul cabinet » (Art. 86).

Ainsi l'exercice régulier dans l'infirmerie d'un hôtel parfois moyennant location ou « pas de porte », est strictement interdit. Une situation apparentée est celle de médecins de la santé publique assurant des prestations payantes de soins dans les Hôtels. Cette pratique est illégale.

1.5. De respecter les règles – notamment celles relatives à la durée et au visa préalable du Conseil de l'Ordre des Médecins – du remplacement (en cas d'absence) par « un confrère ou un étudiant en médecine » (Art. 57) ; ce remplacement concerne

Le médecin de libre pratique est un travailleur « indépendant », non le salarié d'une clinique (ou de la CNAM). Les honoraires du médecin doivent être individualisés.

7. Organiser la formation médicale continue est un objectif majeur de la négociation. Dans la convention, les bases d'une organisation devront être définies et des engagements à court et à long terme pris par les partenaires concernant notamment :

- Les responsabilités pédagogiques
- La gestion administrative, et la décentralisation
- Le financement : la possibilité de mobiliser une partie des ressources procurées par la taxe à la formation professionnelle, versée à un fond spécial du trésor est à étudier ; un financement stable, indépendant des intérêts particuliers est une nécessité.

Le conseil de l'Ordre est un interlocuteur dans le processus de planification et de mise en œuvre de la formation médicale continue, en particulier dans ses aspects relatifs à l'établissement, à la validation et la révision des consensus.

8. L'affiliation des médecins à la convention est automatiquement accordée à tous les médecins – inscrits au TOM, dont l'autorisation d'installation a été agréée par le CROM – qui en font la demande.

Quant aux procédures (disciplinaires ?) de « règlement des litiges » détaillées au titre VIII du projet de convention, l'Ordre des médecins se propose de procéder à une consultation juridique, en vue d'en vérifier la validité et le bien-fondé.

9. L'article 60, traitant de situations particulières est inutile :

On peut en premier lieu lui opposer qu'à la différence de l'auxiliaire médical (technicien radio, kiné.) « le médecin examine, prescrit et traite ».

Par ailleurs, la décision de la radiothérapie est en fait toujours le fruit d'un travail d'équipe ; dans l'intérêt du malade (épargne de temps, de démarches, de dépense pour le déplacement) un radiologue peut être amené, pour préciser un diagnostic, et après avoir pris l'avis du médecin traitant, à pratiquer un examen non programmé initialement. Enfin, le spécialiste de médecine physique est mieux habilité que bien d'autres confrères à décider et à pratiquer la rééducation.

Quoiqu'il en soit, on peut le cas échéant demander à ces spécialistes de justifier leur prescription ; bon nombre de leurs actes font d'ailleurs l'objet d'accord préalable.

10. La liste des APCI proposée par la CNAM (réf : projet CNAM/RAM du 18/4/2006) est « très ouverte » ; son application, en l'état, donnera lieu à toutes sortes d'arbitraires et de « dérives financières ». Elle doit être affinée en prenant en compte des critères « pertinents » : précision clinique ; prise en compte dans le choix des APCI d'objectifs de santé publique et de prévention à long terme et non pas seulement « compassionnels ».

11. L'ensemble des annexes, dont le nombre doit être réduit au minimum indispensable et le contenu simple et concis, doit faire l'objet d'un accord entre les partenaires avant toute signature de la convention.

Un délai doit être prévu pour leur révision, leur édition, leur distribution et la familiarisation des destinataires à leur utilisation.

De même, dans le texte final de la convention, devra être abolie la terminologie « selon la réglementation en vigueur » (art.5, 6, 8, 15, 33, 101, 150...) ; celle-ci devant être remplacée par une référence précise ou supprimée.

Conclusion :

« Il n'existe pas de recette miracle pour la maîtrise des dépenses de santé ; cette dernière ne passe pas invariablement par la détermination de critères de choix avec ce qu'ils impliquent de renonciation et d'exclusion. Une démarche alternative existe. Elle s'inscrit de surcroît dans l'éthique. Elle a pour méthodes et objectifs :

- l'éducation de la population ;
- la formation des personnels paramédicaux ;
- la formation universitaire et la formation continue des médecins ;
- l'évaluation ;
- la prévention ;
- la prévention-prédiction.

Il reste qu'en dehors des stratégies que l'on élabore et des méthodes que l'on préconise, il existe des circonstances qui constituent les conditions nécessaires de la décision. De telles circonstances relèvent d'une éthique de responsabilité qui est aussi une éthique de solidarité. Quant à la décision, elle sera d'autant moins contestable qu'elle aura résulté d'un débat. »

(Extrait de la conclusion de l'avis n°4 émis par le CNEM sur « éthique-progrès technologique -dépenses de santé le 26 janvier 1999 »)

PRATIQUE MEDICALE EN MILIEU TOURISTIQUE (RECOMMANDATIONS DE L'ORDRE DES MEDECINS)

Le Conseil de l'Ordre des Médecins est régulièrement sollicité pour émettre des avis sur des litiges concernant certaines modalités de la pratique de la médecine en milieu touristique. Les demandes émanent de diverses sources, telles que confrères, touristes, voyagistes, organismes d'assurances, départements ministériels.

Après en avoir longuement débattu au sein de ses différentes instances, le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle aux membres de notre profession certaines règles et prescriptions de notre législation, particulièrement celles du « Code de déontologie médicale » (CDM) dont « le respect s'impose à tous » (article 1 du CDM). C'est à cette condition que seront préservées la dignité ainsi que l'image d'honorabilité et de probité du médecin ; que règnera la concorde parmi les médecins, entre les médecins et leurs « partenaires ».

I- Recommandations relatives à la médecine de soins :

1. Le Code de déontologie Médicale prescrit :

1.1. D'être inscrit au tableau de l'Ordre et d'être à jour de ses cotisations.

1.2. De soigner les malades « sans discrimination aucune » (Art 3). Cette règle vaut pour tous les domaines de l'exercice.

C'est ainsi qu'en matière d'honoraires, les tarifs de référence sont ceux établis par le Conseil National et les organismes

professionnels (Art. 42 et 43). Tout autre mode de tarification serait inacceptable ; le « tact et la mesure » sont recommandés.

Par ailleurs, le médecin « n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires » (Art. 42), que ces explications soient données – verbalement, ou sous forme de devis écrit – préalablement ou postérieurement à l'exécution de l'acte. Un pourcentage important des litiges a pour origine une déficience de la « communication ».

1.3. De « ne pas aliéner son indépendance sous quelque forme que soit (Art. 11), notamment par des pratiques de dichotomie/ou de compérage /ou de partage d'honoraires avec quelque personne que ce soit » (Art. 16, 17, 19), qu'il s'agisse d'un confrère – généraliste ou spécialiste –, d'un hôtelier ou d'un voyageur.

1.4. D'exercer « dans un seul cabinet » (Art. 86).

Ainsi l'exercice régulier dans l'infirmerie d'un hôtel parfois moyennant location ou « pas de porte », est strictement interdit. Une situation apparentée est celle de médecins de la santé publique assurant des prestations payantes de soins dans les Hôtels. Cette pratique est illégale.

1.5. De respecter les règles – notamment celles relatives à la durée et au visa préalable du Conseil de l'Ordre des Médecins – du remplacement (en cas d'absence) par « un confrère ou un étudiant en médecine » (Art. 57) ; ce remplacement concerne

toutes les prestations habituellement assurées par le médecin, à son cabinet ou hors celui-ci.

2. Autres réglementations :

2.1. L'Arrêté du Ministre du Tourisme et du Commerce en date du 1/12/2005 prescrit aux propriétaires d'hôtels 3/4/5 étoiles de passer une **convention** avec un médecin – et ce en vue d'assurer une garde médicale 24h/24h (une circulaire conjointe entre le MSP et le MT rappelant ces dispositions leur sera adressée).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle que l'accord entre l'hôtelier et le médecin doit être matérialisé par une convention écrite (un modèle a été établi à cet effet par le Conseil) ; celle-ci doit être visée par le Conseil Régional compétent, garant de sa validité ainsi que des intérêts de la profession.

Par ailleurs, il est également rappelé que dans l'éventualité où le client d'un hôtel souhaite faire appel aux services d'un médecin autre que le médecin « conventionné », nul (hôtelier, médecin) ne peut s'y opposer.

2.2. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins attire l'attention des confrères sur l'intérêt à créer, dans la circonscription où leur cabinet est installé, un « **service privé de médecine d'urgence** » (décret 2001-2824 du 6/2/2001).

La présence (au moins le soir et la nuit, heures de grande

affluence) pourrait ainsi être assurée dans de bonnes conditions de sécurité et de confort ; la garde concernerait l'ensemble des résidents, visiteurs et employés de la zone hôtelière.

II- Recommandations relatives à la médecine du travail :

La Médecine du travail a une mission exclusivement préventive ; elle s'applique aux employés des établissements hôteliers.

Elle est pratiquée dans un cadre spécifique.

III- Recommandations relatives à la médecine de contrôle :

La médecine de contrôle a pour caractéristique que : « **Nul ne peut être à la fois** », « Médecin contrôleur et médecin traitant du même malade » (Art. 68 du Code de déontologie Médicale) ;

Partant de cette interdiction, le Conseil de l'Ordre recommande aux médecins d'éviter d'éventuels « conflits d'intérêt » et de s'abstenir de pratiquer la médecine de soins et la médecine de contrôle au sein d'un même établissement hôtelier bien que ces modes de pratique concernent en théorie des clientèles différentes, dans un cas généralement les résidents clients de l'hôtel, dans l'autre généralement les employés.

Le CNOM est confiant dans l'engagement des médecins à appliquer scrupuleusement la réglementation et à être solidaires ; le respect mutuel, le "partage" sont leurs meilleurs garants contre "les aléas".

L'ORDRE DES MEDECINS ET L'ACTIVITE PRIVEE COMPLEMENTAIRE (APC)

1. Le principe d'une activité privée pour les médecins hospitalo-universitaires a été institué dès les années 1970. Il s'agissait dans le contexte de l'époque – caractérisée notamment par la pénurie de médecins, contrastant avec l'expansion de la demande pour les soins et pour l'enseignement de la médecine – de permettre aux citoyens de bénéficier de prestations médicales de qualité et aux étudiants d'être encadrés par des enseignants compétents, expérimentés et motivés.

2. Le régime de l'APC pour les hospitalo-universitaires a été institué par décret n°95-1634 du 4 septembre 1995. Ce mode d'exercice est l'objet d'une évaluation dans un contexte qui, au fil des ans, s'est considérablement modifié : morosité et doutes chez les professionnels, démographie médicale qualifiée de galopante, contestation de l'APC par les médecins de libre pratique (qui dénoncent la « concurrence » qu'ils jugent déloyale) mais aussi par d'autres hospitalo-universitaires – médecins, biologistes – qui se disent désavantagés par rapport à leurs collègues (gynécologues, chirurgiens) qui pratiquent des « actes ».

3. En ce qui concerne l'ordre des médecins, qui représente l'ensemble des praticiens, tous modes d'exercice confondus, sa position, arrêtée à la suite de la concertation entre ses membres, est la suivante.

3-1- quelque soit le régime d'exercice du médecin, cet exercice doit satisfaire aux conditions énoncées par le code de déontologie, notamment celles du titre premier, articles 4, 6, 8, 10, 16, 17, 19, 23, 27 et 28.

3-2- si le régime de l'APC est maintenu :

- Les difficultés de la prise en charge des patients, notamment en matière de continuité des soins et de

responsabilité médicale, doivent être résolues de manière à ce que la sécurité du patient soit garantie et les litiges évités ;

- L'octroi des autorisations doit être équitable ;
- Les clauses du contrat liant le médecin et l'employeur (MSP) doivent être scrupuleusement respectées ;
- Un comité d'évaluation (comprenant des représentants de l'Ordre) est à instituer : il statuera sur les agréments des candidatures ainsi que sur les litiges et les manquements à l'éthique ;
- La liste des médecins autorisés à exercer sous le régime de l'APC devra être communiquée à l'Ordre ainsi que le lieu et les horaires de leurs vacations ;
- Les directeurs de clinique devront s'engager à faire respecter la législation, notamment celle relative à la tenue de registres des comptes-rendus opératoires.

4. L'Ordre des médecins fait le constat suivant :

- s'il est vrai que l'APC concerne une minorité de médecins (moins de 1% du corps médical)* et que la polémique autour de ce mode d'exercice donne lieu à des excès (verbaux fort heureusement) – souvent médiatisés – et au non respect des prescriptions du code de déontologie (art.49) relatives à la confraternité ;
- il n'en demeure pas moins que ceux – représentants, supposés charismatiques, de l'élite intellectuelle et morale – qui l'ont choisi doivent respecter leur engagement à se conformer aux règles de cet exercice énoncées dans un cahier des charges.

* Au 15 avril 2006, les praticiens hospitalo-universitaires exerçant sous le régime de l'APC sont au nombre de 74 (parmi les 737 prof et MCA que compte le cadre HU) dont 62 appartiennent aux spécialités dites chirurgicales incluant la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL.

Par ailleurs 50 médecins spécialistes, parmi 180 affectés dans les Hôpitaux régionaux ont été autorisés à avoir une pratique privée à temps partiel (source MSP).

toutes les prestations habituellement assurées par le médecin, à son cabinet ou hors celui-ci.

2. Autres réglementations :

2.1. L'Arrêté du Ministre du Tourisme et du Commerce en date du 1/12/2005 prescrit aux propriétaires d'hôtels 3/4/5 étoiles de passer une **convention** avec un médecin – et ce en vue d'assurer une garde médicale 24h/24h (une circulaire conjointe entre le MSP et le MT rappelant ces dispositions leur sera adressée).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle que l'accord entre l'hôtelier et le médecin doit être matérialisé par une convention écrite (un modèle a été établi à cet effet par le Conseil) ; celle-ci doit être visée par le Conseil Régional compétent, garant de sa validité ainsi que des intérêts de la profession.

Par ailleurs, il est également rappelé que dans l'éventualité où le client d'un hôtel souhaite faire appel aux services d'un médecin autre que le médecin « conventionné », nul (hôtelier, médecin) ne peut s'y opposer.

2.2. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins attire l'attention des confrères sur l'intérêt à créer, dans la circonscription où leur cabinet est installé, un « **service privé de médecine d'urgence** » (décret 2001-2824 du 6/2/2001).

La présence (au moins le soir et la nuit, heures de grande

affluence) pourrait ainsi être assurée dans de bonnes conditions de sécurité et de confort ; la garde concernerait l'ensemble des résidents, visiteurs et employés de la zone hôtelière.

II- Recommandations relatives à la médecine du travail :

La Médecine du travail a une mission exclusivement préventive ; elle s'applique aux employés des établissements hôteliers.

Elle est pratiquée dans un cadre spécifique.

III- Recommandations relatives à la médecine de contrôle :

La médecine de contrôle a pour caractéristique que : « **Nul ne peut être à la fois** », « Médecin contrôleur et médecin traitant du même malade » (Art. 68 du Code de déontologie Médicale) ;

Partant de cette interdiction, le Conseil de l'Ordre recommande aux médecins d'éviter d'éventuels « conflits d'intérêt » et de s'abstenir de pratiquer la médecine de soins et la médecine de contrôle au sein d'un même établissement hôtelier bien que ces modes de pratique concernent en théorie des clientèles différentes, dans un cas généralement les résidents clients de l'hôtel, dans l'autre généralement les employés.

Le CNOM est confiant dans l'engagement des médecins à appliquer scrupuleusement la réglementation et à être solidaires ; le respect mutuel, le "partage" sont leurs meilleurs garants contre "les aléas".

L'ORDRE DES MEDECINS ET L'ACTIVITE PRIVEE COMPLEMENTAIRE (APC)

1. Le principe d'une activité privée pour les médecins hospitalo-universitaires a été institué dès les années 1970. Il s'agissait dans le contexte de l'époque – caractérisée notamment par la pénurie de médecins, contrastant avec l'expansion de la demande pour les soins et pour l'enseignement de la médecine – de permettre aux citoyens de bénéficier de prestations médicales de qualité et aux étudiants d'être encadrés par des enseignants compétents, expérimentés et motivés.

2. Le régime de l'APC pour les hospitalo-universitaires a été institué par décret n°95-1634 du 4 septembre 1995. Ce mode d'exercice est l'objet d'une évaluation dans un contexte qui, au fil des ans, s'est considérablement modifié : morosité et doutes chez les professionnels, démographie médicale qualifiée de galopante, contestation de l'APC par les médecins de libre pratique (qui dénoncent la « concurrence » qu'ils jugent déloyale) mais aussi par d'autres hospitalo-universitaires – médecins, biologistes – qui se disent désavantagés par rapport à leurs collègues (gynécologues, chirurgiens) qui pratiquent des « actes ».

3. En ce qui concerne l'ordre des médecins, qui représente l'ensemble des praticiens, tous modes d'exercice confondus, sa position, arrêtée à la suite de la concertation entre ses membres, est la suivante.

3-1- quelque soit le régime d'exercice du médecin, cet exercice doit satisfaire aux conditions énoncées par le code de déontologie, notamment celles du titre premier, articles 4, 6, 8, 10, 16, 17, 19, 23, 27 et 28.

3-2- si le régime de l'APC est maintenu :

- Les difficultés de la prise en charge des patients, notamment en matière de continuité des soins et de

responsabilité médicale, doivent être résolues de manière à ce que la sécurité du patient soit garantie et les litiges évités ;

- L'octroi des autorisations doit être équitable ;
- Les clauses du contrat liant le médecin et l'employeur (MSP) doivent être scrupuleusement respectées ;
- Un comité d'évaluation (comprenant des représentants de l'Ordre) est à instituer : il statuera sur les agréments des candidatures ainsi que sur les litiges et les manquements à l'éthique ;
- La liste des médecins autorisés à exercer sous le régime de l'APC devra être communiquée à l'Ordre ainsi que le lieu et les horaires de leurs vacations ;
- Les directeurs de clinique devront s'engager à faire respecter la législation, notamment celle relative à la tenue de registres des comptes-rendus opératoires.

4. L'Ordre des médecins fait le constat suivant :

- s'il est vrai que l'APC concerne une minorité de médecins (moins de 1% du corps médical)* et que la polémique autour de ce mode d'exercice donne lieu à des excès (verbaux fort heureusement) – souvent médiatisés – et au non respect des prescriptions du code de déontologie (art.49) relatives à la confraternité ;
- il n'en demeure pas moins que ceux – représentants, supposés charismatiques, de l'élite intellectuelle et morale – qui l'ont choisi doivent respecter leur engagement à se conformer aux règles de cet exercice énoncées dans un cahier des charges.

* Au 15 avril 2006, les praticiens hospitalo-universitaires exerçant sous le régime de l'APC sont au nombre de 74 (parmi les 737 prof et MCA que compte le cadre HU) dont 62 appartiennent aux spécialités dites chirurgicales incluant la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL.

Par ailleurs 50 médecins spécialistes, parmi 180 affectés dans les Hôpitaux régionaux ont été autorisés à avoir une pratique privée à temps partiel (source MSP).

A PROPOS DE MÉDICAMENTS POUVANT ÊTRE DÉTOURNÉS DE L'USAGE POUR LEQUEL ILS SONT PRESCRITS

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle aux confrères les dispositions de la circulaire du Ministère de la Santé Publique n°133/99, datée du 18/12/1999, relative à la prescription "des médicaments faisant l'objet d'abus dont la liste est fixée par avis du Ministère de la Santé Publique". Ainsi il leur est demandé de :

1. "Respecter les textes en vigueur, notamment la loi n°69/54 du 26/07/1969, portant réglementation des substances vénéneuses et la circulaire n°150/96 du 31/12/1996, instituant les ordonnances colorées dans les structures hospitalières".

2. Veiller notamment à :

* "ne jamais associer le Clonazépam (Rivotril) au Trihexyphénidyle (artane 5 et 15 mg, Parkizol...)" ;

* "vérifier qu'il n'y a pas de prescriptions répétées (chevauchement) ou excessives (posologie) ou couvrant une longue période de traitement, sans pour autant léser les malades dont l'état de santé exige ce genre de prescriptions";

* "proscrire les reconductions automatiques de traitements".

3. "Tenir à jour, obligatoirement, des dossiers ou un fichier des malades dans les cabinets médicaux".

4. "Mentionner systématiquement le numéro de la Carte d'Identité Nationale (CIN) sur le dossier médical du patient".

5. "Bien rédiger l'ordonnance qui doit être lisible et qui doit comporter, entre autres, la date, le nom et le prénom du malade, le numéro de sa CIN, le cachet du médecin et sa signature".

Quant au pharmacien qui exécute l'ordonnance, il doit exiger la CIN du malade et éventuellement de la personne tierce chargée de se procurer le traitement et transcrire sur l'ordonnancier, à l'encre verte, son numéro ainsi que les prescriptions des médicaments ci-dessus visés.

Le Ministère de la Santé Publique "attache de l'importance à l'application stricte de la présente, faute de quoi, des mesures disciplinaires seront prises à l'encontre des contrevenants, sans préjudice des poursuites judiciaires, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur".

LES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE EN 2004

Près de 10.000* cas de « maladies à déclaration obligatoire » ont été notifiées aux services compétents du Ministère de la Santé Publique au cours de l'année 2004; la quasi-totalité (98,3%) par des établissements publics de soins : hôpitaux de circonscription (8000 cas, dont 4758 cas de leishmaniose cutanée) ; hôpitaux régionaux (près de 1000 cas) et CHU (539 cas).

* **SIDA, MST :**

Le nombre enregistré de nouveaux cas est de 156, parmi lesquels 65 tunisiens et 91 étrangers, dont 63 Libyens venus pour soins et suivi de leur maladie. Les sujets atteints de SIDA maladie sont au nombre de 45.

Les 65 cas diagnostiqués chez des tunisiens concernent majoritairement des adultes (44 hommes et 16 femmes) ; les enfants de moins de 15 ans sont au nombre de 5.

La contamination se fait le plus souvent par voie sexuelle (43 dont 33 à l'occasion de rapports hétérosexuels), mais aussi par le biais du matériel d'injection utilisé par des drogués (15 cas), ainsi que par voie transplacentaire (5 contaminations de fœtus par leur mère).

Concernant les autres MST, il est à signaler que la menace de la syphilis demeure actuelle : 82 cas, authentifiés par les tests sérologiques ont été déclarés. Le taux de séropositivité syphilitique chez les donneurs de sang est de 0,35%.

* **Fièvre typhoïde :**

Des cas sporadiques sont signalés à travers tout le territoire de la République. Le fait remarquable est la survenue d'une épidémie dans la région de Gabès (145 personnes atteintes),

la source vraisemblable de la contamination étant la consommation de produits « traditionnels » à base de lait cru ou de « Legmi ».

* **Méningite bactérienne :**

243 cas présumés ont été notifiés, dont 23% confirmés bactériologiquement. Le germe en cause est le pneumocoque (11%), le méningocoque (10%) et l'hémophilus (2%).

* **Tuberculose :**

Pour les 2000 cas signalés, près des 2/3 sont à localisation pulmonaire contre 17% d'atteintes ganglionnaires. 46% des malades ont un âge compris entre 20 et 40 ans. Le taux d'incidence (autour de 20 pour 100.000) n'a pas varié depuis 2001.

* **Rage :**

3 personnes sont décédées des suites de rage survenues dans les gouvernorats à habitat rural dispersé de l'ouest. La contamination est en rapport avec la morsure d'un chien ; les analyses faites à l'Institut Pasteur dans le cadre du dépistage de la rage animale, montrent que 1/3 des animaux suspects sont porteurs du virus.

* **Brucellose :**

Elle sévit principalement dans les régions frontalières semi désertiques du Sud qui totalisent plus de 80% des 354 cas déclarés.

* Source : Bulletin épidémiologique (n° 4, année 2004) édité par la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), Ministère de la Santé Publique. Le comité de rédaction est composé des Drs M. Garbouj, M. Bejaoui, H. Aloui, M. Nabli et B. Ghorbal.

A PROPOS DE MÉDICAMENTS POUVANT ÊTRE DÉTOURNÉS DE L'USAGE POUR LEQUEL ILS SONT PRESCRITS

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle aux confrères les dispositions de la circulaire du Ministère de la Santé Publique n°133/99, datée du 18/12/1999, relative à la prescription "des médicaments faisant l'objet d'abus dont la liste est fixée par avis du Ministère de la Santé Publique". Ainsi il leur est demandé de :

1. "Respecter les textes en vigueur, notamment la loi n°69/54 du 26/07/1969, portant réglementation des substances vénéneuses et la circulaire n°150/96 du 31/12/1996, instituant les ordonnances colorées dans les structures hospitalières".

2. Veiller notamment à :

* "ne jamais associer le Clonazépam (Rivotril) au Trihexyphénidyle (artane 5 et 15 mg, Parkizol...)" ;

* "vérifier qu'il n'y a pas de prescriptions répétées (chevauchement) ou excessives (posologie) ou couvrant une longue période de traitement, sans pour autant léser les malades dont l'état de santé exige ce genre de prescriptions";

* "proscrire les reconductions automatiques de traitements".

3. "Tenir à jour, obligatoirement, des dossiers ou un fichier des malades dans les cabinets médicaux".

4. "Mentionner systématiquement le numéro de la Carte d'Identité Nationale (CIN) sur le dossier médical du patient".

5. "Bien rédiger l'ordonnance qui doit être lisible et qui doit comporter, entre autres, la date, le nom et le prénom du malade, le numéro de sa CIN, le cachet du médecin et sa signature".

Quant au pharmacien qui exécute l'ordonnance, il doit exiger la CIN du malade et éventuellement de la personne tierce chargée de se procurer le traitement et transcrire sur l'ordonnancier, à l'encre verte, son numéro ainsi que les prescriptions des médicaments ci-dessus visés.

Le Ministère de la Santé Publique "attache de l'importance à l'application stricte de la présente, faute de quoi, des mesures disciplinaires seront prises à l'encontre des contrevenants, sans préjudice des poursuites judiciaires, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur".

LES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE EN 2004

Près de 10.000* cas de « maladies à déclaration obligatoire » ont été notifiées aux services compétents du Ministère de la Santé Publique au cours de l'année 2004; la quasi-totalité (98,3%) par des établissements publics de soins : hôpitaux de circonscription (8000 cas, dont 4758 cas de leishmaniose cutanée) ; hôpitaux régionaux (près de 1000 cas) et CHU (539 cas).

* **SIDA, MST :**

Le nombre enregistré de nouveaux cas est de 156, parmi lesquels 65 tunisiens et 91 étrangers, dont 63 Libyens venus pour soins et suivi de leur maladie. Les sujets atteints de SIDA maladie sont au nombre de 45.

Les 65 cas diagnostiqués chez des tunisiens concernent majoritairement des adultes (44 hommes et 16 femmes) ; les enfants de moins de 15 ans sont au nombre de 5.

La contamination se fait le plus souvent par voie sexuelle (43 dont 33 à l'occasion de rapports hétérosexuels), mais aussi par le biais du matériel d'injection utilisé par des drogués (15 cas), ainsi que par voie transplacentaire (5 contaminations de fœtus par leur mère).

Concernant les autres MST, il est à signaler que la menace de la syphilis demeure actuelle : 82 cas, authentifiés par les tests sérologiques ont été déclarés. Le taux de séropositivité syphilitique chez les donneurs de sang est de 0,35%.

* **Fièvre typhoïde :**

Des cas sporadiques sont signalés à travers tout le territoire de la République. Le fait remarquable est la survenue d'une épidémie dans la région de Gabès (145 personnes atteintes),

la source vraisemblable de la contamination étant la consommation de produits « traditionnels » à base de lait cru ou de « Legmi ».

* **Méningite bactérienne :**

243 cas présumés ont été notifiés, dont 23% confirmés bactériologiquement. Le germe en cause est le pneumocoque (11%), le méningocoque (10%) et l'hémophilus (2%).

* **Tuberculose :**

Pour les 2000 cas signalés, près des 2/3 sont à localisation pulmonaire contre 17% d'atteintes ganglionnaires. 46% des malades ont un âge compris entre 20 et 40 ans. Le taux d'incidence (autour de 20 pour 100.000) n'a pas varié depuis 2001.

* **Rage :**

3 personnes sont décédées des suites de rage survenues dans les gouvernorats à habitat rural dispersé de l'ouest. La contamination est en rapport avec la morsure d'un chien ; les analyses faites à l'Institut Pasteur dans le cadre du dépistage de la rage animale, montrent que 1/3 des animaux suspects sont porteurs du virus.

* **Brucellose :**

Elle sévit principalement dans les régions frontalières semi désertiques du Sud qui totalisent plus de 80% des 354 cas déclarés.

* Source : Bulletin épidémiologique (n° 4, année 2004) édité par la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), Ministère de la Santé Publique. Le comité de rédaction est composé des Drs M. Garbouj, M. Bejaoui, H. Aloui, M. Nabli et B. Ghorbal.

* Leishmaniose cutanée zoonotique :

Les régions de l'ouest (sud, centre) sont les plus touchées : la grande majorité des 8190 cas constatés y est signalée. Il en est de même pour la leishmaniose viscérale (42 cas au total).

* Paludisme :

39 cas « importés » parmi lesquels 15 tunisiens dont 14 résidant à l'étranger. Pour le quinzième paludéen («tunisien»), le mécanisme « d'importation » est original. Il s'agit d'un sujet polytransfusé ; l'enquête révèle que

l'un des flacons administré provenait d'un donneur impaludé, dont la maladie importée avait échappé au filtre du dépistage.

Enfin, des maladies cibles du programme de vaccination, telles que la poliomyélite (aucun cas signalé), la rougeole, la coqueluche ainsi que la grippe font l'objet d'une surveillance spécifique pour laquelle le concours des médecins pourrait être sollicité. Pour ce qui est du tétanos, 2 cas survenus chez des adultes (53 et 54 ans), travailleurs manuels ont été diagnostiqués.

CAUSES MEDICALES DE DECES POUR L'ANNEE 2001

Said HAJJAM, « Statistique Nationale des Causes de Décès pour 2001 » publiée par l'Institut National de Santé Publique)

Les indicateurs de causes de décès sont largement utilisés pour définir, en un lieu précis et pour une population donnée, les priorités sanitaires. En Tunisie et pour l'année 2001, ces indicateurs ont été mesurés à partir des données fournies par l'exploitation de 13 351 certificats de déclarations conformes au modèle international qui a été introduit en Tunisie par le décret N° 99 – 1403 du 17 Mai 1999 qui fixe le modèle du certificat médical de décès et les informations qu'il doit comporter (disponible auprès des Conseils régionaux de l'Ordre).

Qualité de la certification :

Un certificat sur cinq ne renferme aucune indication sur la ou les causes de décès.

Causes de décès :

L'analyse par groupes de pathologies montre que les causes les plus fréquentes sont les maladies du système circulatoire qui sont responsables d'environ 3 décès sur dix, suivies par les cancers toutes localisations confondues (15%)

et les maladies endocriniennes et métaboliques (8,6%).

Les dix premières causes de décès sont comme suit :

MALADIES OU CAUSES EXTERIEURES	NOMBRE DE DECES	%
Hypertension artérielle	1160	8,7
Diabète sucre	922	6,9
Accident vasculaire cérébral	741	5,6
Cardiopathies ischémiques	675	5,1
Broncho-pneumopathies	559	4,2
Accidents de la voie publique	499	3,7
Insuffisance cardiaque	467	3,5
Prématurité	427	3,2
Cancer du poumon	422	3,2
Insuffisance rénale	291	2,2

SPECIALITES ET COMPETENCES EN 2005

Spécialités :

- 291 diplômes validés ;
- Répartition des diplômés autorisés à exercer leur spécialité :

Selon leur sexe : 186 hommes, 105 femmes ;

Par «famille» de spécialités : médicales : 128 ; chirurgicales: 136 ; biologiques : 11 ; imagerie : 11 + 1 radiothérapie ; médecine sociale : 4 ;

Par spécialité (dix premières) : gynécologie obstétrique: 29 ; ophtalmologie : 23 ; pédiatrie : 21 ; chirurgie orthopédique : 26, cardiologie : 18, dermatologie : 17 ; imagerie médicale : 11 ; anesthésie-réanimation : 12 ; gastro-entérologie : 9 ; stomatologie : 7 et urologie : 7.

- Par spécialités «préférées» des femmes :

la dermatologie: 13/17 ; la psychiatrie: 5/6 ; la biologie : 8/11 ; des hommes : toutes les branches de la chirurgie : 61/68 et l'anesthésie réanimation 12/12.

Compétences :

* 156 diplômes validés.

* Les plus demandées: la « réparation juridique du dommage corporel » : 23 ; les maladies professionnelles : 22 ; la gériatrie : 21 ; la médecine d'urgence : 18 ; l'hémodialyse : 18 ; médecine appliquée au sport : 16 ; la sexologie : 10

LE MEDECIN ET LES MEDIAS

Nul doute que notre époque est celle de la société d'information et de la communication, le monde médical ne peut rester en marge de cette évolution. Les médias, qu'ils soient écrits ou audiovisuels constituent un véritable pouvoir, surtout si on y inclue le formidable espace que

constitue l'internet. L'utilisation de ces boulevards de l'information peut être particulièrement bénéfique quand il s'agit de diffuser des informations scientifiques dans un but d'éducation sanitaire. Cependant ces messages peuvent passer au second plan au profit d'une information

* Leishmaniose cutanée zoonotique :

Les régions de l'ouest (sud, centre) sont les plus touchées : la grande majorité des 8190 cas constatés y est signalée. Il en est de même pour la leishmaniose viscérale (42 cas au total).

* Paludisme :

39 cas « importés » parmi lesquels 15 tunisiens dont 14 résidant à l'étranger. Pour le quinzième paludéen («tunisien»), le mécanisme « d'importation » est original. Il s'agit d'un sujet polytransfusé ; l'enquête révèle que

l'un des flacons administré provenait d'un donneur impaludé, dont la maladie importée avait échappé au filtre du dépistage.

Enfin, des maladies cibles du programme de vaccination, telles que la poliomyélite (aucun cas signalé), la rougeole, la coqueluche ainsi que la grippe font l'objet d'une surveillance spécifique pour laquelle le concours des médecins pourrait être sollicité. Pour ce qui est du tétanos, 2 cas survenus chez des adultes (53 et 54 ans), travailleurs manuels ont été diagnostiqués.

CAUSES MEDICALES DE DECES POUR L'ANNEE 2001

Said HAJJAM, « Statistique Nationale des Causes de Décès pour 2001 » publiée par l'Institut National de Santé Publique)

Les indicateurs de causes de décès sont largement utilisés pour définir, en un lieu précis et pour une population donnée, les priorités sanitaires. En Tunisie et pour l'année 2001, ces indicateurs ont été mesurés à partir des données fournies par l'exploitation de 13 351 certificats de déclarations conformes au modèle international qui a été introduit en Tunisie par le décret N° 99 – 1403 du 17 Mai 1999 qui fixe le modèle du certificat médical de décès et les informations qu'il doit comporter (disponible auprès des Conseils régionaux de l'Ordre).

Qualité de la certification :

Un certificat sur cinq ne renferme aucune indication sur la ou les causes de décès.

Causes de décès :

L'analyse par groupes de pathologies montre que les causes les plus fréquentes sont les maladies du système circulatoire qui sont responsables d'environ 3 décès sur dix, suivies par les cancers toutes localisations confondues (15%)

et les maladies endocriniennes et métaboliques (8,6%).

Les dix premières causes de décès sont comme suit :

MALADIES OU CAUSES EXTERIEURES	NOMBRE DE DECES	%
Hypertension artérielle	1160	8,7
Diabète sucre	922	6,9
Accident vasculaire cérébral	741	5,6
Cardiopathies ischémiques	675	5,1
Broncho-pneumopathies	559	4,2
Accidents de la voie publique	499	3,7
Insuffisance cardiaque	467	3,5
Prématurité	427	3,2
Cancer du poumon	422	3,2
Insuffisance rénale	291	2,2

SPECIALITES ET COMPETENCES EN 2005

Spécialités :

- 291 diplômes validés ;
- Répartition des diplômés autorisés à exercer leur spécialité :

Selon leur sexe : 186 hommes, 105 femmes ;

Par «famille» de spécialités : médicales : 128 ; chirurgicales: 136 ; biologiques : 11 ; imagerie : 11 + 1 radiothérapie ; médecine sociale : 4 ;

Par spécialité (dix premières) : gynécologie obstétrique: 29 ; ophtalmologie : 23 ; pédiatrie : 21 ; chirurgie orthopédique : 26, cardiologie : 18, dermatologie : 17 ; imagerie médicale : 11 ; anesthésie-réanimation : 12 ; gastro-entérologie : 9 ; stomatologie : 7 et urologie : 7.

- Par spécialités «préférées» des femmes :

la dermatologie: 13/17 ; la psychiatrie: 5/6 ; la biologie : 8/11 ; des hommes : toutes les branches de la chirurgie : 61/68 et l'anesthésie réanimation 12/12.

Compétences :

* 156 diplômes validés.

* Les plus demandées: la « réparation juridique du dommage corporel » : 23 ; les maladies professionnelles : 22 ; la gériatrie : 21 ; la médecine d'urgence : 18 ; l'hémodialyse : 18 ; médecine appliquée au sport : 16 ; la sexologie : 10

LE MEDECIN ET LES MEDIAS

Nul doute que notre époque est celle de la société d'information et de la communication, le monde médical ne peut rester en marge de cette évolution. Les médias, qu'ils soient écrits ou audiovisuels constituent un véritable pouvoir, surtout si on y inclue le formidable espace que

constitue l'internet. L'utilisation de ces boulevards de l'information peut être particulièrement bénéfique quand il s'agit de diffuser des informations scientifiques dans un but d'éducation sanitaire. Cependant ces messages peuvent passer au second plan au profit d'une information

* Leishmaniose cutanée zoonotique :

Les régions de l'ouest (sud, centre) sont les plus touchées : la grande majorité des 8190 cas constatés y est signalée. Il en est de même pour la leishmaniose viscérale (42 cas au total).

* Paludisme :

39 cas « importés » parmi lesquels 15 tunisiens dont 14 résidant à l'étranger. Pour le quinzième paludéen (« tunisien »), le mécanisme « d'importation » est original. Il s'agit d'un sujet polytransfusé ; l'enquête révèle que

l'un des flacons administré provenait d'un donneur impaludé, dont la maladie importée avait échappé au filtre du dépistage.

Enfin, des maladies cibles du programme de vaccination, telles que la poliomyélite (aucun cas signalé), la rougeole, la coqueluche ainsi que la grippe font l'objet d'une surveillance spécifique pour laquelle le concours des médecins pourrait être sollicité. Pour ce qui est du tétanos, 2 cas survenus chez des adultes (53 et 54 ans), travailleurs manuels ont été diagnostiqués.

CAUSES MEDICALES DE DECES POUR L'ANNEE 2001

Said HAJJAM, « Statistique Nationale des Causes de Décès pour 2001 » publiée par l'Institut National de Santé Publique)

Les indicateurs de causes de décès sont largement utilisés pour définir, en un lieu précis et pour une population donnée, les priorités sanitaires. En Tunisie et pour l'année 2001, ces indicateurs ont été mesurés à partir des données fournies par l'exploitation de 13 351 certificats de déclarations conformes au modèle international qui a été introduit en Tunisie par le décret N° 99 – 1403 du 17 Mai 1999 qui fixe le modèle du certificat médical de décès et les informations qu'il doit comporter (disponible auprès des Conseils régionaux de l'Ordre).

Qualité de la certification :

Un certificat sur cinq ne renferme aucune indication sur la ou les causes de décès.

Causes de décès :

L'analyse par groupes de pathologies montre que les causes les plus fréquentes sont les maladies du système circulatoire qui sont responsables d'environ 3 décès sur dix, suivies par les cancers toutes localisations confondues (15%)

et les maladies endocriniennes et métaboliques (8,6%).

Les dix premières causes de décès sont comme suit :

MALADIES OU CAUSES EXTERIEURES	NOMBRE DE DECES	%
Hypertension artérielle	1160	8,7
Diabète sucre	922	6,9
Accident vasculaire cérébral	741	5,6
Cardiopathies ischémiques	675	5,1
Broncho-pneumopathies	559	4,2
Accidents de la voie publique	499	3,7
Insuffisance cardiaque	467	3,5
Prématurité	427	3,2
Cancer du poumon	422	3,2
Insuffisance rénale	291	2,2

SPECIALITES ET COMPETENCES EN 2005

Spécialités :

- 291 diplômes validés ;
- Répartition des diplômés autorisés à exercer leur spécialité :

Selon leur sexe : 186 hommes, 105 femmes ;

Par « famille » de spécialités : médicales : 128 ; chirurgicales: 136 ; biologiques : 11 ; imagerie : 11 + 1 radiothérapie ; médecine sociale : 4 ;

Par spécialité (dix premières) : gynécologie obstétrique: 29 ; ophtalmologie : 23 ; pédiatrie : 21 ; chirurgie orthopédique : 26, cardiologie : 18, dermatologie : 17 ; imagerie médicale : 11 ; anesthésie-réanimation : 12 ; gastro-entérologie : 9 ; stomatologie : 7 et urologie : 7.

- Par spécialités « préférées » des femmes :

la dermatologie: 13/17 ; la psychiatrie: 5/6 ; la biologie : 8/11 ; des hommes : toutes les branches de la chirurgie : 61/68 et l'anesthésie réanimation 12/12.

Compétences :

- * 156 diplômes validés.

* Les plus demandées: la « réparation juridique du dommage corporel » : 23 ; les maladies professionnelles : 22 ; la gériatrie : 21 ; la médecine d'urgence : 18 ; l'hémodialyse : 18 ; médecine appliquée au sport : 16 ; la sexologie : 10

LE MEDECIN ET LES MEDIAS

Nul doute que notre époque est celle de la société d'information et de la communication, le monde médical ne peut rester en marge de cette évolution. Les médias, qu'ils soient écrits ou audiovisuels constituent un véritable pouvoir, surtout si on y inclue le formidable espace que

constitue l'internet. L'utilisation de ces boulevards de l'information peut être particulièrement bénéfique quand il s'agit de diffuser des informations scientifiques dans un but d'éducation sanitaire. Cependant ces messages peuvent passer au second plan au profit d'une information

soit non encore validée par la communauté scientifique, soit à caractère spectaculaire voire carrément publicitaire. A ce propos le code de déontologie renferme des dispositions claires consignées notamment en ses articles 26 et 16 que nous allons commenter.

I- L'article 26

« Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical. ».

Cet article attire l'attention sur la responsabilité du médecin qui publie à l'intention de ses pairs un procédé nouveau insuffisamment validé de diagnostic ou de traitement. Ces dérives sont devenues moins nombreuses au cours des dernières années grâce à la diffusion de méthodes de travail en équipe plus rigoureuses, et à des conditions de publication des résultats de la recherche plus strictes, après avis de comités de lecture.

La deuxième phrase (de l'article 26) interdit aux médecins de s'adresser au public par la presse écrite ou parlée, pour vanter traitements ou procédés d'examen. De telles publications peuvent constituer une tromperie si elles viennent à être controversées par la suite, et une publicité (interdite au corps médical) si l'auteur signe son article ou laisse donner son nom ou son adresse.

II- L'article 16

« La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de propagande et de publicité sont interdits aux médecins. Sont également interdites les manifestations spectaculaires touchant à la médecine et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif ».

Avec la rédaction cet article le code cherche à remédier aux abus dont se rendraient coupables des médecins à l'occasion de leurs rapports avec les médias, leur fréquence et leur importance ne cessant de croître.

Commerce et publicité sont indissociables et nécessitent une analyse pratique.

1. La médecine n'est pas une activité commerciale :

La santé n'est pas un bien marchand. L'acte médical ne peut pas être considéré comme une marchandise échangée pour une contrepartie financière. Le médecin ne "vend" pas des ordonnances ou des soins, ou des certificats. La médecine est un service et qui est particulier à plus d'un égard.

Le "contrat de soins" qui est à la base de la responsabilité médicale n'est pas une convention commerciale, ni un marché. C'est un contrat tacite : le médecin s'engage à donner les soins adéquats qui ne sont pas définis par avance et qui diffèrent selon les circonstances.

Cette notion ne renferme aucun jugement péjoratif vis-à-vis des professions commerciales qui ont leurs propres règles ; les missions du médecin sont d'une autre nature. S'il n'est pas immoral que le gain soit le moteur d'une entreprise commerciale, la rentabilité ne peut être l'objectif principal du médecin.

2. Procédés directs et indirects de publicité :

Ainsi qu'il est précisé dans l'article 16 toute "réclame" est interdite, qu'elle émane du médecin lui-même ou des

organismes auxquels il est lié directement ou indirectement, ou pour lesquels il travaille. Sa participation à l'information du public doit être mesurée ; la personnalité du médecin, qui peut valoriser le message éducatif, doit s'effacer au profit de ce message sans s'accompagner de précisions sur son exercice (type, lieu, conditions).

L'appréciation du caractère publicitaire prend en compte deux données: la volonté publicitaire utilisant l'information comme prétexte et la notion de proportionnalité, lorsque dans le message transmis l'impact publicitaire submerge manifestement l'information elle-même. De façon schématique, deux situations peuvent être identifiées :

* L'attitude publicitaire :

Dans le cadre de l'information de portée générale sur les nouveautés se rapportant à des maladies, à des techniques ou à des thérapeutiques, l'information peut devenir une occasion de se faire connaître à son avantage, l'intention publicitaire utilisant l'information - licite en soi- comme prétexte. Le message transmis est débordé par l'impact publicitaire. Ce déséquilibre peut également s'observer lorsque le médecin communique de façon manifestement exagérée et/ou redondante sur les conditions dans lesquelles il exerce.

Sont par ailleurs interdits la distribution de tracts publicitaires, les annonces non motivées dans les journaux ou dans les annuaires, les encarts publicitaires. Ainsi, le médecin "doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, sa qualité ou ses déclarations" et "se garder de toute attitude publicitaire".

* L'information individuelle publicitaire ou mensongère :

Elle apparaît dans de multiples circonstances, volontiers sous des formes apparemment anodines.

L'information peut être exacte mais être étendue sans justification. Il en est de même lorsque les vacances, les absences font l'objet d'insertions dans les journaux et constituent en réalité des prétextes à faire parler de soi. A ce propos, il est bon de rappeler que ce type d'information doit être au préalable communiqué au conseil régional de l'ordre.

Le nom, la qualité (qualifications, caractéristiques d'exercice, attributions, responsabilités, fonctions) ne peuvent être mentionnés sans l'accord de l'intéressé. Toute information inexacte est donc de sa responsabilité et, suivant sa nature ou son mode d'expression, elle peut devenir fautive.

L'information peut être mensongère, soit en elle-même (qualitativement ou quantitativement), soit parce qu'elle pérennise une situation ou des données qui se sont modifiées et n'ont pas été corrigées. Elle peut l'être également - le plus souvent de façon indirecte - par la présentation (document destiné à la clientèle, journal local, brochure municipale), par la globalisation à un groupe (associations professionnelles \ ou non, sociétés d'exercice) d'une donnée normalement limitée à un ou quelques membres. Elle peut l'être aussi par l'utilisation de titres non autorisés (art. 23), car favorisant la confusion entre des diplômes faciles à acquérir et des qualifications réelles, ou se rapportant à des aspects parcellaires de l'activité.

**L'EQUITE VEUT QUE CHAQUE PRATICIEN SOIT
TRAITE DE LA MEME FAÇON ; LA PUBLICITE POUR
LES UNS A POUR CONSEQUENCE LA DISCRIMINATION
DES AUTRES**

DEMOGRAPHIE DES CONSEILS DE L'ORDRE

Les conseils de l'Ordre des Médecins comprennent au total 56 membres, 16 pour le Conseil National, 8 pour chacun des 5 conseils régionaux. La quasi-totalité des membres (54, soit 96,42 %) sont de sexe masculin. Leur âge s'échelonne entre 72 et 37 ans; le plus âgé est au Conseil National, le plus jeune fait partie du Conseil Régional de Béja (Tableau 1).

Répartition par âge des conseillers (par Conseil)

	National	Tunis	Sousse	Sfax	Gabès	Béja
Moyenne (années)	56	44	50	50	48	47
Médiane (années)	55	44	50,5	44,5	46,5	45
Valeurs Extrêmes (Années)	45 à 72	39 à 49	46 à 55	44 à 63	38 à 62	37 à 66

Près des 2/3 exercent dans le secteur privé, 20% sont hospitalo-universitaires.

La majorité sont des spécialistes, 41, pour 25 généralistes: mis à part le Conseil Régional de Gabès où existe la parité entre spécialiste et généralistes, les autres Conseils comptent entre 1 et 2 généralistes.

Quant à la répartition des (41) spécialistes, elle est comme suit: 19 appartiennent aux spécialités dites «chirurgicales» (dont 6 gynécologues, 4 chirurgiens généralistes), 11 font partie des spécialités médicales, 6 sont radiologues, 3 médecine sociale, 1 réanimateur et 1 anesthésiste réanimateur.

Mais au delà de ces différences (que chacun interprétera en fonction de ses références propres) ce qui unit ces conseillers est leur motivation à servir la profession et à en préserver «l'image»; leur sincérité et leur désintéressement.

INSCRIPTIONS AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS AU COURS DE L'ANNEE 2005

Au cours de l'année 2005, 719 médecins ont obtenu d'être inscrits au tableau de l'ordre des médecins. 360 sont de sexe féminin pour 359 hommes. L'âge médian est de 30 ans. 25% sont des spécialistes (186).

Parmi les 719 médecins inscrits au TOM, 72% déclarent n'avoir pas encore d'activité (291 femmes et 231 hommes); 12% ont opté pour la libre pratique (53 hommes, 31 femmes) et 16% exercent dans le secteur public. Une curiosité: parmi les "nouveaux", 3 MCA (??) et 52 AHU (?).

Répartition des nouveaux inscrits

Age		26-27			28-32			33-37			38-50		
Secteur Public	MCA							1		1	1	1	2
	MSP				2	1	3	3	2	5	1		1
	AHU				8	7	15	26	6	32	5		5
	Médecin Militaire				1	1	2	3	2	5	3		3
	Résident	1		1	11	14	25	2		2			
	Libre pratique	1	2	3	29	22	51	15	6	21	8	1	9
Sans activité		6	38	44	145	197	342	65	48	113	15	8	23
A l'étranger					5	2	7	3		3			
Total Général		8	40	48	200	246	446	118	64	182	33	10	43

L'INSTALLATION DE PLUSIEURS MEDECINS DANS UN MEME IMMEUBLE

Le choix du lieu où le médecin envisage d'installer son cabinet obéit à des contraintes de nature déontologique, juridique (contrat de bail ou d'acquisition...) et administrative (enregistrement du contrat de bail ou d'acquisition...). Ce qui suit est un inventaire des seules contraintes déontologiques.

1. En premier lieu, le médecin s'assure que le local qu'on lui propose permet des conditions d'exercice correctes; par ailleurs un cabinet secondaire n'est pas autorisé.

« Article 12 : 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. »

« Article 86 : Un médecin ne peut avoir qu'un seul cabinet. Tout cabinet médical doit être soumis à l'approbation préalable du conseil régional de l'ordre des médecins territorialement compétent qui vérifie sa conformité aux dispositions de l'article 12 du présent code. »

2. Une 2ème condition est que l'« immeuble » ne fait pas partie des locaux d'un établissement sanitaire privé.

« Article 82 : La médecine de libre pratique s'exerce dans le cadre de cabinets individuels ou de groupe mono ou pluridisciplinaires ou dans le cadre de sociétés civiles professionnelles.

Sauf dispositions contraires prévues par la législation ou la réglementation en vigueur, les cabinets médicaux qu'ils soient individuels, de groupe ou faisant partie de sociétés civiles professionnelles doivent être installés en dehors des locaux des établissements sanitaires privés. »

3. La 3ème condition est que le médecin vérifie qu'il ne s'installe pas dans le proche voisinage d'un confrère qu'il aurait remplacé.

Il s'agit d'une règle de bonne confraternité. L'interdiction est matérialisée par :

- une clause formelle de non-concurrence insérée dans le contrat de remplacement.

- l'article 58 du Code de déontologie.

« Article 58 : Un médecin qui, pendant ou après ses études, a remplacé un de ses confrères, ne doit pas s'installer pendant un délai d'un an après la fin du remplacement dans une circonscription définie par le conseil régional de l'ordre des médecins où il puisse entrer en concurrence directe avec le confrère qu'il a remplacé, sauf accord, lequel doit être notifié au conseil régional de l'ordre des médecins. »

4. La 4ème condition : Le médecin vérifie qu'il ne s'installe pas dans le même local où exerçait un confrère depuis moins de 2 ans.

DEMOGRAPHIE DES CONSEILS DE L'ORDRE

Les conseils de l'Ordre des Médecins comprennent au total 56 membres, 16 pour le Conseil National, 8 pour chacun des 5 conseils régionaux. La quasi-totalité des membres (54, soit 96,42 %) sont de sexe masculin. Leur âge s'échelonne entre 72 et 37 ans; le plus âgé est au Conseil National, le plus jeune fait partie du Conseil Régional de Béja (Tableau 1).

Répartition par âge des conseillers (par Conseil)

	National	Tunis	Sousse	Sfax	Gabès	Béja
Moyenne (années)	56	44	50	50	48	47
Médiane (années)	55	44	50,5	44,5	46,5	45
Valeurs Extrêmes (Années)	45 à 72	39 à 49	46 à 55	44 à 63	38 à 62	37 à 66

Près des 2/3 exercent dans le secteur privé, 20% sont hospitalo-universitaires.

La majorité sont des spécialistes, 41, pour 25 généralistes: mis à part le Conseil Régional de Gabès où existe la parité entre spécialiste et généralistes, les autres Conseils comptent entre 1 et 2 généralistes.

Quant à la répartition des (41) spécialistes, elle est comme suit: 19 appartiennent aux spécialités dites «chirurgicales» (dont 6 gynécologues, 4 chirurgiens généralistes), 11 font partie des spécialités médicales, 6 sont radiologues, 3 médecine sociale, 1 réanimateur et 1 anesthésiste réanimateur.

Mais au delà de ces différences (que chacun interprétera en fonction de ses références propres) ce qui unit ces conseillers est leur motivation à servir la profession et à en préserver «l'image»; leur sincérité et leur désintéressement.

INSCRIPTIONS AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS AU COURS DE L'ANNEE 2005

Au cours de l'année 2005, 719 médecins ont obtenu d'être inscrits au tableau de l'ordre des médecins. 360 sont de sexe féminin pour 359 hommes. L'âge médian est de 30 ans. 25% sont des spécialistes (186).

Parmi les 719 médecins inscrits au TOM, 72% déclarent n'avoir pas encore d'activité (291 femmes et 231 hommes); 12% ont opté pour la libre pratique (53 hommes, 31 femmes) et 16% exercent dans le secteur public. Une curiosité: parmi les "nouveaux", 3 MCA (??) et 52 AHU (?).

Répartition des nouveaux inscrits

Age		26-27			28-32			33-37			38-50		
Secteur Public	MCA							1		1	1	1	2
	MSP				2	1	3	3	2	5	1		1
	AHU				8	7	15	26	6	32	5		5
	Médecin Militaire				1	1	2	3	2	5	3		3
	Résident	1		1	11	14	25	2		2			
	Libre pratique	1	2	3	29	22	51	15	6	21	8	1	9
Sans activité		6	38	44	145	197	342	65	48	113	15	8	23
A l'étranger					5	2	7	3		3			
Total Général		8	40	48	200	246	446	118	64	182	33	10	43

L'INSTALLATION DE PLUSIEURS MEDECINS DANS UN MEME IMMEUBLE

Le choix du lieu où le médecin envisage d'installer son cabinet obéit à des contraintes de nature déontologique, juridique (contrat de bail ou d'acquisition...) et administrative (enregistrement du contrat de bail ou d'acquisition...). Ce qui suit est un inventaire des seules contraintes déontologiques.

1. En premier lieu, le médecin s'assure que le local qu'on lui propose permet des conditions d'exercice correctes; par ailleurs un cabinet secondaire n'est pas autorisé.

« Article 12 : 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. »

« Article 86 : Un médecin ne peut avoir qu'un seul cabinet. Tout cabinet médical doit être soumis à l'approbation préalable du conseil régional de l'ordre des médecins territorialement compétent qui vérifie sa conformité aux dispositions de l'article 12 du présent code. »

2. Une 2ème condition est que l'« immeuble » ne fait pas partie des locaux d'un établissement sanitaire privé.

« Article 82 : La médecine de libre pratique s'exerce dans le cadre de cabinets individuels ou de groupe mono ou pluridisciplinaires ou dans le cadre de sociétés civiles professionnelles.

Sauf dispositions contraires prévues par la législation ou la réglementation en vigueur, les cabinets médicaux qu'ils soient individuels, de groupe ou faisant partie de sociétés civiles professionnelles doivent être installés en dehors des locaux des établissements sanitaires privés. »

3. La 3ème condition est que le médecin vérifie qu'il ne s'installe pas dans le proche voisinage d'un confrère qu'il aurait remplacé.

Il s'agit d'une règle de bonne confraternité. L'interdiction est matérialisée par :

- une clause formelle de non-concurrence insérée dans le contrat de remplacement.

- l'article 58 du Code de déontologie.

« Article 58 : Un médecin qui, pendant ou après ses études, a remplacé un de ses confrères, ne doit pas s'installer pendant un délai d'un an après la fin du remplacement dans une circonscription définie par le conseil régional de l'ordre des médecins où il puisse entrer en concurrence directe avec le confrère qu'il a remplacé, sauf accord, lequel doit être notifié au conseil régional de l'ordre des médecins. »

4. La 4ème condition : Le médecin vérifie qu'il ne s'installe pas dans le même local où exerçait un confrère depuis moins de 2 ans.

« Article 59 : Un médecin ne peut s'installer dans les locaux où exerçait un confrère dans les deux années qui suivent l'expiration ou la résiliation du bail de location sauf accord écrit de ce dernier. »

5. Enfin, le médecin doit s'assurer qu'un confrère de même discipline n'exerce pas déjà dans le même immeuble.

« Article 60 : Un médecin ne peut pas installer son cabinet dans un immeuble où exerce un autre médecin de même discipline sans l'accord écrit donné par celui-ci.

Lorsque cet accord n'a pu être obtenu, le cas peut être soumis au conseil régional de l'ordre des médecins qui décidera. »

Par même discipline, il faut entendre les disciplines reconnues par l'attestation de qualification délivrée aux médecins par le CNOM et non les éventuelles orientations que les médecins ont pu donner à leur exercice et les « compétences » non reconnues par le CNOM.

Pourquoi cette interdiction ?

Il s'agit avant tout d'une règle de bonne confraternité. L'intérêt pour les patients est aussi évident, en prévenant le risque de confusion entre confrères.

Cette interdiction n'est pas une exclusivité tunisienne. Elle figure dans les codes de déontologie médicale français, algérien et marocain.

Les dérogations à cette interdiction sont au nombre de deux :

- une autorisation écrite de tous les confrères de même discipline déjà installés ;
- ou à défaut, l'autorisation du conseil régional des médecins territorialement compétent.

Sur quels critères le CROM devrait décider d'attribuer une dérogation ?

La règle est de délivrer une autorisation, sauf en cas :

- d'infraction aux articles 58 ou 59 du code de déontologie ;
- ou de risque de confusion pour le public : situations rares : homonymie, exercice antérieur en association.

On estime que le seul fait d'exercer la même spécialité ne suffit pas pour créer un risque de confusion pour le public. Dans les immeubles où existent de nombreux cabinets, la cohabitation est inévitable, et les confrères qui envisagent de louer ou acheter un local professionnel dans de tels immeubles le savent très bien.

En octroyant au CROM la possibilité d'autoriser une installation même en cas de refus d'un confrère de même spécialité déjà installé, le législateur s'oppose à tout monopole de pratique médicale tout en s'assurant du respect du code de déontologie.

L'achat d'un cabinet médical suffit-il pour obtenir une autorisation d'installation ?

Un refus d'autorisation d'installation peut être signifié pour les raisons citées plus haut même si le médecin fait valoir son achat du local. En effet, aucun médecin n'est censé ignorer le code de déontologie médicale.

« Article 113 : Tout médecin, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil de l'ordre des médecins qu'il a eu connaissance du présent code et s'engage sous serment et par écrit à le respecter. »

Tout médecin qui projette de louer ou à fortiori d'acheter un cabinet médical peut et devrait demander l'avis préalable du conseil régional de l'ordre des médecins.

Comment traiter plusieurs demandes de nouvelles installations concomitantes ?

Le CROM privilégie un accord mutuel et écrit d'installation entre les confrères de même discipline.

En l'absence de cet accord, le CROM autorise toutes les installations ne comportant pas une Infraction aux articles 58 et 59 du code de déontologie ou un risque de confusion pour le public.

La constitution d'une Société Civile Professionnelle (SCP) entre médecins offre t-elle une autre possibilité de dérogation ?

Non. Les raisons sont notamment les suivantes :

- L'objet de la SCP est l'exercice en commun par ses membres de la profession médicale, généralement avec partage des frais et des honoraires (non obligatoire).

- Il s'agit d'une société ayant un objet civil d'exercice de la profession médicale (régie par le code de déontologie) relevant toutefois du droit commercial (régé par le code du commerce) pour ce qui est de la comptabilité, du régime des actions, de la rémunération des associés par des dividendes et surtout de la fiscalité (bénéfices industriels et commerciaux), c'est-à-dire de l'impôt sur les sociétés.

- En s'inspirant du droit français, où la démographie médicale est plus importante qu'en Tunisie, le nombre d'associés au sein d'un SCP devrait être limité (en France : 10 de spécialités différentes, 8 de même discipline). Les raisons déontologiques sont évidentes : la création d'un regroupement de médecins ne doit pas être sous-tendue par un souci de réussite commerciale, ni par le souhait d'un monopole régional.

- Les statuts d'une SCP traitent obligatoirement des adhésions et des retraits volontaires ou forcés d'un ou plusieurs associés. Mais le CNOM ne peut accepter des clauses restrictives pour l'installation d'un confrère non associé au sein d'un immeuble qui n'est pas la propriété exclusive de la SCP.

LA QUALITE DANS LA RELATION MEDECIN-MALADE

LE CAS DE LA MEDECINE AMBULATOIRE

(D'après : Brahim Yazid, Pierre Blaise, Béchir Zouari, Vincent De Brouwere)

La qualité des soins est recherchée par tous: hommes politiques, administrateurs, professionnel, usagers. Mais les intérêts des uns et des autres ne convergent pas toujours.

Les hommes politiques cherchent dans la qualité la justification de leurs choix, et l'affirmation des principes de leurs politiques.

Les administrateurs, les gestionnaires et les financiers poursuivent des buts de rationalisation des dépenses, de rentabilité et de compétitivité.

Les professionnels sont avant tout soucieux des conditions de travail: disponibilité de personnel qualifié et en nombre suffisant, adéquation des locaux, nombre et qualité des équipements, etc. ... Leur devise est généralement la suivante: «faire le maximum que la science médicale permet de faire dans une situation donnée». L'aspect technique est, dans la majorité des cas, l'aspect qui prime à leurs yeux.

Les usagers, malades ou utilisateurs, à quelque titre que ce soit des services de soins, ont un double souci: un souci de « technicité » (" avoir ce que la Science médicale a de mieux à offrir") et un souci de confort (être respectés dans leur libre choix, dans leur pudeur, dans leur dignité). Ils sont, à la différence de la majorité des professionnels, portés à voir en la médecine à la fois une science (aspects techniques des soins) et un art (humanisation).

Ces intérêts divergents sont parfois contradictoires.

La rationalisation des dépenses oblige à faire des choix en matière de priorités qui peuvent aller à l'encontre du souci de «faire le maximum». Les aspects techniques peuvent être des facteurs d'incidents et d'accidents iatrogènes qui nuisent à l'humanisation des soins et même à la santé des usagers.

La conciliation de ces divers intérêts est donc nécessaire; or, elle est souvent difficile. Comment alors définir la qualité des soins?

La qualité des soins peut être définie comme étant la conformité des soins à des normes pré-établies, couvrant les aspects techniques et les aspects humains, et respectant les intérêts des divers intervenants: administratifs, professionnels et usagers. Quant à l'**assurance de la qualité des soins**, elle peut, sur la base de la définition précédente, être définie ainsi:

« Ensemble d'interventions planifiées visant à atteindre des normes de soins préétablies, par des mesures de la qualité effective et la mise en oeuvre d'actions correctrices appropriées, s'inscrivant dans une perspective de qualité durable ».

Par "perspective de qualité durable", on entend une continuité dans le temps qui permet de consolider ce qui est satisfaisant et de l'améliorer, et d'actualiser les normes au fur et à mesure que la médecine et les ressources pour les soins se développent.

LA QUALITE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE: LE CONSTAT

On peut distinguer trois dimensions de la qualité des soins: qualité du service (temps d'attente, conditions d'attente, confort de la salle de consultation etc.) qualité technique (qualité de la démarche thérapeutique et diagnostique, conformité aux standards de bonne pratique professionnelle etc.), et qualité relationnelle (relation médecin malade, globalité des soins, empathie, capacité d'écoute, démarche clinique centrée sur le patient).

La qualité du service : Le service est rarement centré sur le patient. La quasi-totalité des consultations est interrompue au moins une fois par une entrée intempestive (sans même frapper à la porte avant d'entrer) pour résoudre un problème de service (un papier à signer, un avis pour un autre malade, un problème

logistique de service). L'intimité du malade n'est donc pas respectée. On attend d'une consultation de médecine générale une relation personnalisée et respectueuse. Or, la considération pour le malade qui consulte, le respect de son intimité, la démonstration d'une attention non distraite durant le temps de la consultation, semblent échapper totalement.

En ce qui concerne la qualité technique des pratiques cliniques et thérapeutiques, les patients sont rarement examinés, la prise de tension ou l'auscultation n'est pas conforme aux standards de bonne pratique, les justifications des prescriptions d'examen complémentaires, radios ou ECG ne semblent pas très rationnelles.

En ce qui concerne la qualité relationnelle, les médecins sont conscients qu'une relation médecin - malade de bonne qualité est importante. Cependant, leur attitude est conforme à la formation traditionnelle, biomédicale et centrée sur une médecine de spécialité dans laquelle la relation médecin - malade est instrumentalisée dans le but de permettre au médecin de poser un diagnostic de maladie. Dans la tradition médicale, un interrogatoire 'performant', parfois qualifié de « policier » a pour objet de traduire le discours du malade en symptômes et se doit d'écarter toute digression susceptible de distraire le raisonnement biomédical. C'est systématiquement le médecin qui conduit le dialogue, ne laissant pas d'opportunité au malade de s'exprimer ouvertement et de donner son point de vue. L'éventualité que le malade puisse proposer une meilleure alternative n'est même pas imaginée.

PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS:

Une authentique démarche clinique centrée sur le patient (concept au cœur de la **médecine de famille**) a pour spécificité de valoriser dans l'échange médecin - malade les 'ouvertures' offertes au cours de la conversation par le patient. Le principe est d'exploiter et d'encourager ces digressions pour élargir le champ biomédical et s'intéresser au vécu par le malade de son problème de santé. La technique de consultation fait appel à une technique de communication qui encourage le malade à exprimer avec ses mots la façon dont il vit le problème de santé qui l'amène. L'art du médecin consiste alors à articuler le discours du patient avec le raisonnement médical afin de cerner, ensemble, le véritable problème et de proposer une solution adaptée.

Une explication possible de l'absence de mise en valeur d'une relation médecin - malade équilibrée peut être l'absence de maîtrise technique de la gestion de cette relation. Une relation dans laquelle le malade est invité à donner son point de vue, à exposer ses difficultés psychosociales ou affectives risque d'être très déstabilisante, voire menaçante pour le médecin. Ceci est d'autant plus vrai s'il ne maîtrise pas le processus relationnel, ne sait pas le gérer et n'a pas de liens avec des services sociaux susceptibles de prendre le relais si cela s'avère approprié. Il y a beaucoup de raisons pour un médecin de se réfugier derrière son savoir technique.

CONCLUSION

La qualité des soins est une forme de culture. Son développement nécessite une acceptation volontaire et la motivation pour l'enracinement de la qualité comme composante prioritaire des actions. Dans le cadre de la formation en médecine familiale qui sera mise en place, l'apprentissage de l'approche clinique centrée sur le patient est une priorité.

La grande et complexe question de l'Ethique en matière de santé est comme partout ailleurs, tributaire des attitudes, des croyances et des modèles de pensée d'une communauté.

A la différence de la Morale, l'éthique nous confronte à la notion de choix. Elle nous invite à peser le pour et le contre dans l'intérêt d'autrui. Cette délibération intérieure dépend dans une communauté donnée des processus mentaux à l'œuvre en nous, mais également des mécanismes sociaux qui régulent les relations entre les individus.

En matière de santé, l'évolution du concept de maladie a engendré d'importantes modifications dans la perception du médecin, lui même sujet-objet en tant que partenaire social, de ces modifications. Pour schématiser à l'extrême, l'évolution du concept santé-maladie a connu, médecines chinoises et asiatiques exclues, trois grands moments magique et religieux, puis empirique, enfin scientifique.

Ces différents moments, leurs produits de pensée, quoique historiquement successifs, continuent de nos jours à s'interpénétrer. Des traces, et bien plus que cela, des modèles magiques, empiriques survivent et continuent à opérer au sein même du modèle scientifique.

1. La perception de la maladie comme fruit d'une malédiction, manifestation d'un sort, d'un maléfice, cette perception compatible avec la notion de transgression qui prédispose au châtement, conduit naturellement le médecin à n'être qu'un prêtre ou un guérisseur.

C'est au nom de la sainteté et du sacré qu'il exerce son rôle au sein de sa communauté. Sa science est une histoire de conscience dévouée. La question de la rétribution, pouvait alors se poser en termes de don et de contre-don. La gratitude du malade s'offre comme une réponse à la sagesse et à la bonté du médecin.

2. La perception empirique de la maladie comme la conséquence d'une dégénérescence, d'un désordre, d'un dérèglement, tous phénomènes inhérents aux ressorts secrets du corps ont conduit à percevoir le médecin comme ce spécialiste des inventaires, des classifications. Ce dépisteur d'anomalie, le médecin, se met à faire parler les organes malades, il leur donne des noms, les stigmatise, le fustige et les soumet à son pouvoir de contrainte.

Le médecin apparaît dès lors comme un puissant agent de l'ordre, il participe du pouvoir et de ce fait acquiert la place qui est dévolue à cette catégorie sociale. Il a pignon sur rue, et sa rétribution est indiscutable.

La question de l'argent n'en est pas une. On ne s'interroge pas sur ses gains, on les comprend, ils sont mérités. Comme tous les puissants de ce monde, il est parfaitement naturel que le médecin soit riche aussi.

3. La perception contemporaine de la maladie est tout naturellement également dépendante des auxiliaires que le médecin a vu surgir autour de lui et dont beaucoup sont ses propres «créatures». Son pouvoir d'explorer en s'appuyant sur des outils de plus en plus perfectionnés, son pouvoir de traiter avec des produits qui ne sont pas de son cru et qui lui sont à lui-même prescrits par d'énormes machines à produire des molécules et des concepts nouveaux, son pouvoir personnel se voit restreint au profit de celui de ses auxiliaires. La maladie n'est plus un désordre, mais la manifestation programmée d'un ordre autre. La maladie est l'expression du discours des gènes, elle est non pas désordre, mais déséquilibre entre différents statuts, différents discours.

S'ajoute à cette perception «démocratique» de la maladie, le pouvoir des médias qui donne à chaque individu l'illusion d'en savoir assez, sinon trop. Tous ces faits ont conduit le médecin à n'être plus perçu que comme ce technicien dont on peut à l'occasion se passer. De partenaire du pouvoir, il se mute en salarié ou en artisan.

Sa rétribution et son salaire ne peuvent plus répondre à autre chose qu'à la loi économique de l'offre et de la demande, du coût efficacité du produit, de la nécessité et du caractère superflu de ce produit. S'ajoute à cela l'idée démocratique que la santé est un droit pour tous.

Le médecin se transforme, sans qu'il en soit toujours conscient, dans le meilleur des cas en bon artisan, le plus souvent il n'est qu'un éboueur de luxe.

Ce qui complique les choses en matière de Santé, d'éthique et d'Argent, c'est l'imbrication des modèles perceptifs d'une part et d'autre part le hiatus qui s'est instauré entre la perception sociale de la maladie et de la santé, et la perception que le corps médical a de son rôle, de sa place et de son statut. Cette dysharmonie, est une sorte de crise de conscience qui comme toute crise favorise un petit nombre d'initiés qui fomentent un complot contre les principes de rigueur de justice et d'équilibre.

Les crises autorisent les marchés noirs, les commerces illicites, les enrichissements indécents d'un petit nombre, et la paupérisation du plus grand nombre.

En d'autres termes, tout ce qui se constate ici ou là est parfaitement normal et compréhensible; Il n'y a pas de solution miracle à cette question dont les termes et l'énoncé se sont construits au cours des générations.

Il reste des solutions conjoncturelles auxquelles les pouvoirs publics devront s'atteler, sans quoi la crise des médecins fera tâche d'huile (selon Jacques Attali, l'ordre médical est le modèle réduit de l'ordre politique. Des médecins malheureux font le lit d'un pouvoir malheureux).

Est-il «normal» qu'un médecin ne soit, au nom de la sacro-sainte économie, considéré que comme un simple et dérisoire outil ? Cela serait normal et même parfaitement normal dans un monde où tous les secrets de la nature seraient percés, monde qui n'aurait plus ni Dieu, ni magie.

Autrement et comme nous pouvons en toute foi le penser, la situation du médecin doit se comprendre en terme d'anomie. Elle doit être revue et corrigée.

Directeur de la publication

Dr. Taoufik NACEF

Comité de rédaction

Dr. Mohamed Ahmed ALOULOU
Dr. Mohamed HOUISSA
Dr. Mohamed JOUINI
Dr. Mustapha JERIDI
Dr. Mounir BEN SLAMA
Dr. Mohamed Elyes BEN MARZOUK
Dr. Lotfi BEN HASSINE
Dr. Abdallah BEN MARZOUK
Dr. Nabil BEN ZINEB
Dr. Kilani CHABOUH
Dr. Mohamed Fathi DEROUICHE
Dr. Mohamed FARHAT
Dr. Abdelhamid HACHICHA
Dr. Moncef KHALLADI
Dr. Amen Allah MESSADI

Collaborateurs

Mme. Henda Zidi Chtioui
Mr. Lotfi Ben Ghozzia
Mme. Saliha Oubeidallah