



SOMMAIRE

Editorial :	[1]
• L'Ordre des médecins dans la mouvance de la Révolution	
Analyse et point de vue :	[2]
• Des maux de la Santé et des mesures d'urgence	
Déontologie :	[4]
• Pouvoirs disciplinaires du conseil national de l'ordre des médecins	
• Complicité des médecins de prison dans la torture	
• Pour une asepsie verbale en salle d'opération	
• Attention aux dépassements d'honoraires	
• Halte aux certificats médicaux de complaisance	
Exercice médical :	[8]
• Harmonisation de l'exercice de la biologie médicale	
• Protocole d'accord	
• Qui est habilité à pratiquer l'ostéopathie ?	
• De la disponibilité à l'esclavagisme, il n'y a qu'un pas	
Ordre des Médecins et Médias :	[11]
• Quelle représentativité pour le Conseil de l'Ordre des Médecins ?	
• Droit de réponse de l'ordre	
Révolution et solidarité :	[12]
• Communiqués, aide sanitaire pendant la révolution, dénonciation de la répression en Lybie, assemblée Générale du 5 mars 20011, communiqué de dénonciation des agressions envers les médecins	
Exercice des spécialistes dans les régions :	[14]
• Médecins spécialistes à l'intérieur. Une solution durable et juste	
• Service National et médecins spécialistes	
Projet de texte de loi :	[16]
• Réforme des études médicales	
Lois, décrets, circulaires :	[17]
• L'hôpital privé en Tunisie : établissement sanitaire « hybride » ?	
• Médicalisation des actes d'anesthésie	
Les finances de l'ordre :	[19]
• Audit des états des recettes & dépenses du CNOM pour l'exercice 2009	
• Bilan financier du CNOM 2009-2010	
Activités du conseil national	[20]
• Composition des Conseils de l'Ordre, des commissions nationales et Comités Internes pour 2011-2012	
Opinions : Exercice médical particulier	[23]
• Relation contractuelle entre médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) et établissements sanitaires privés	
• Le médecin des prisons en Tunisie. Etat des lieux	
Opinions : Activité privée complémentaire :	[25]
• Hôpital et APC : Concilier l'inconciliable	
• Tête vide, vessie pleine	
Opinions : Médias et Médecins :	[28]
• Médias et Folie	
• Médias et campagne de dénigrement de la médecine tunisienne	
Point de vue sur l'AG de l'ordre	[30]
• Récit d'un confrère	
Point de vue : exercice des spécialistes dans les régions	[31]
• Mission sanitaire à Kébili : Témoignage	
• Lettre ouverte d'une résidente en gynécologie à Madame la ministre de la santé	

Directeur de la publication Mohamed Nejib Chaabouni
Rédacteur en chef Mounir Youssef Makni

Comité de rédaction

Emna Menif
Nabil Ben Zineb
Rim Horchani
Mohamed Ayed
Kilani Chabbouh
Slim Ben Salah
Lotfi Ben Hassine

Amen Allah Messadi
Najeh Cheniti
Mounir Ben Slama
Mohamed Ahmed Aloulou
Abdelhamid Bouattour
Rachid Kamoun
Youssef Letaief

Collaborateurs

Mme. Henda Zidi Chtioui, Mme. Saliha Oubeidallah

Réalisation : EDISCIENCES - Tél./Fax : 71 880 314

ADRESSE

CNOMT, 16, Rue de Touraine
1082 Cité Marhajène - Tunis
Tél: 216 71 792 736 - 71 799 041
Fax: 216 71 788 729 -
E-mail: cnom@planet.tn
Site: www.ordre-médecins.org.tn

EDITORIAL

L'Ordre des médecins dans la mouvance de la Révolution

«La résonnance universelle des révolutions tient à ce qu'elles incarnent ce moment si rare où l'idée de la fatalité disparaît, où le peuple prend l'avantage»

Investi à l'aube de la révolution, le conseil national de l'Ordre des médecins, a rendu un fervent hommage aux martyrs tout en saluant le courage de tous ceux qui se sont soulevés contre la dictature. Il a également appelé pour que le processus de la transition démocratique engagé soit irréversible. Fondée sur des valeurs essentielles de la vie : la dignité, la liberté, l'égalité et la justice, la révolution du 14 janvier ouvre ainsi une page nouvelle dans l'histoire de notre pays et amorce le passage au «printemps arabe».

Réunis en assemblée générale début mars 2011, les médecins ont revendiqué, la participation, à travers les structures professionnelles, au débat qui détermine les grands choix de la nation pour l'établissement d'institutions démocratiques. Ainsi la profession médicale, représentée par le président du conseil national de l'Ordre des médecins adhère activement à la Haute Instance pour la Réalisation des Objectifs de la Révolution, de la Réforme Politique et de la Transition Démocratique. Elle contribue, pour sa part, à poser les jalons des futures élections de l'assemblée nationale constituante qui est censée doter le pays du cadre de la légalité institutionnelle nécessaire à la rédaction d'une nouvelle constitution et à l'exercice légitime du pouvoir. Il s'agit bien entendu d'élections plurielles, libres et transparentes pour la première fois en Tunisie.

Propulsé par ce vent de liberté, le conseil national de l'Ordre des médecins a si tôt mis en place un groupe de réflexion multidisciplinaire afin de proposer les réformes appropriées des textes régissant la profession du médecin et l'organisation sanitaire. L'objectif étant de réunir les conditions d'une médecine de qualité, basée sur la compétence et l'éthique professionnelles et dispensée par des praticiens épanouis dans leur travail; quelques soit leurs modes d'exercice.

En tant qu'acteur institutionnel et dans le cadre de sa mission consultative, l'Ordre des médecins a étudié puis émis un avis motivé concernant le projet de décret fixant le cadre général du régime des études médicales et les conditions d'obtention du diplôme national de docteur en médecine. Il a également contribué à l'étude de la situation problématique de la médecine de spécialité à l'intérieur du pays.

(Suite page 3)

Dans les rubriques « Opinions » et « Point de vue », les textes sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs et les analyses et jugements exprimés dans les articles ne sauraient en aucun cas être attribués au comité de rédaction du bulletin.



Des maux de la Santé et des mesures d'urgence

Le secteur de la Santé connaît d'énormes problèmes qui nécessitent des solutions de toute urgence. Dresser le bilan des politiques successives de la santé remplirait de pleines pages de rapports et de manuels. Un constat s'impose de fait, néanmoins, le secteur de la Santé est en souffrance. Trois principales mesures s'imposent en urgence.

Le gel de réformes inopportunes.

Certains projets de réformes engagés les derniers mois qui ont précédé la révolution populaire qui a balayé le régime en place doivent être gelés pour être réévalués. Et pour cause, ces réformes s'inscrivaient dans une orientation politique dangereuse qui était celle de la démission de l'Etat du secteur public et la promotion immodérée du secteur libéral annihilant toutes les chances d'attractivité de l'hôpital public. Un exemple en est une illustration, la politique, devenue prioritaire, d'exportation des services de santé. Si l'importation de la patientèle étrangère en Tunisie, car il s'agit de cela en réalité, est une excellente option pour l'économie nationale et pour le secteur libéral, la politique adoptée était catastrophique. Le projet de création d'agences d'intermédiaires, pour ne citer que celles là, allait consacrer la faillite de la déontologie et de l'éthique médicales. Cela revenait à créer des réseaux de «distribution» des malades, tenus par des professionnels dont le statut et les prérogatives sont restés flous et qui seraient au service de groupements d'intérêts que l'on peut aisément imaginer. Ce monopole n'avait aucune chance de promouvoir les compétences ou l'équité, mais le système de commissions. Les malades seraient livrés au plus offrant, à la commission la plus élevée, à la ristourne la plus conséquente... Ainsi, au lieu de combattre la dichotomie qui a gangréné le secteur libéral, on allait l'ériger en institution bénie par l'Etat. Quant au projet de mise à niveau du secteur public, il a été élaboré dans le cadre de ces orientations tant décriées par les professionnels de la Santé. Ce dossier doit être traité, de nouveau, à la lumière d'une nouvelle politique de Santé, portée par un projet global qui sera mis en application par un gouvernement élu, en lui allouant des budgets conséquents.

Les ressources humaines

Il est indispensable de répondre aux besoins urgents en effectifs médicaux et paramédicaux, aussi bien dans les hôpitaux universitaires que dans les hôpitaux régionaux, identifiés depuis des années, portés à la connaissance des ministres successifs et qui garantissent le bon fonctionnement des institutions publiques de santé et la sécurité des malades.

De façon démagogique, une loi irrationnelle et injuste, à laquelle ont bien sur échappé les candidats « recommandés » et « pistonnés », a décrété qu'on ne recrutait pas de médecins spécialistes dans les hôpitaux universitaires dont le fonctionnement devait être assurés par les seuls médecins universitaires. Deux failles dans cette option. D'abord, la création de postes universitaires est adaptée aux besoins d'enseignement et de recherche

des facultés de médecine et non pas sanitaires des hôpitaux universitaires qui ont une mission de soins en plus de celles de formation et de recherche. Cela a perverti le choix de la carrière universitaire devenue le seul moyen de recrutement dans les hôpitaux des grandes villes et dont les concours se sont transformés en moyen de promotion administrative. Je me garderais d'en commenter les conséquences potentielles sur la qualité de l'enseignement médical. Ensuite, ce biais de recrutement a dramatiquement réduit les effectifs médicaux dans les hôpitaux universitaires. Les consultations et les urgences se sont vues confiées aux médecins en apprentissage, au lieu d'être assurées par des médecins seniors, qui, seuls peuvent assumer la responsabilité de l'efficacité des soins et de la sécurité des patients. La situation n'est pas meilleure pour ce qui est des personnels paramédicaux. Il n'est pas nécessaire d'aller à Regueb pour trouver un infirmier seul pendant l'astreinte d'après midi ou la garde de nuit. Cette même situation est retrouvée dans les hôpitaux universitaires.

Ces modes de fonctionnement sont inacceptables. Le renforcement en personnels des hôpitaux universitaires, au même titre que des hôpitaux régionaux, est une priorité qui ne peut souffrir d'être différée. Les hôpitaux universitaires sont sous la pression de l'afflux d'un nombre élevé de patients des grandes villes, accueillent des patients de toutes les régions, assurent un soutien aux hôpitaux régionaux et sont la référence pour des pathologies lourdes et des thérapeutiques pointues. En outre, ils sont la référence dans la formation des personnels de santé et donc les garants de la Santé de demain, publique et privée.

Les contraintes budgétaires ont servi d'alibi. Pourtant cela tombe sous le sens, le retard de diagnostic et l'allongement de la durée d'hospitalisation avec pour corollaire l'augmentation de l'absentéisme ont un coût plus élevé que les émoluments des personnels. Sans compter que des sommes colossales ont été investies dans des équipements sous employés voire inexploités en raison du manque de personnels.

A cela s'ajoute la détérioration de la qualité de la prise en charge, que ce soit au niveau des conditions d'accueil des patients et de la déshumanisation de la relation soignant-patient qu'au niveau de la qualité et de l'efficacité des soins.

Des centaines d'emplois justifiés sont à pourvoir dans le secteur public de la Santé et dont le financement doit nécessairement être la priorité du gouvernement. Ils permettront d'atteindre un double objectif, l'emploi des jeunes et la justice sociale. Car, à quelle justice sociale pourrait-on prétendre si les citoyens, quelle que soit leur catégorie sociale, n'ont pas accès à des soins de qualité ? Le problème de l'implantation des spécialités médicales à l'intérieur du pays doit, quant à lui, s'inscrire dans une perspective de développement régional en même temps que de choix stratégiques de Santé. Dans l'urgence, la solution peut venir d'un recrutement immédiat de médecins dont les demandes d'emploi sont déposées au



Ministère de la Santé Publique et d'un effort de solidarité auquel les médecins ont spontanément et en nombre répondu. Elle ne doit pas reposer sur des solutions provisoires à effet de poudre aux yeux, comme le Service National. Celui-ci a un triple inconvénient : il est exclusivement appliqué au corps médical et au sein du corps il ne s'applique qu'à certains spécialistes, il est de fait vécu comme une injustice et ne tient pas compte des situations personnelles et familiales particulières, il se base sur l'implantation, dans les régions, de médecins sous payés qui ne s'impliqueront pas dans le développement durable des structures sanitaires du fait de leur affectation provisoire, forcée et subie et il bloque la création d'emploi en « comblant les trous » à faible coût. Un Etat fort et l'application de la Loi

L'autorité de l'Etat et la prééminence de la Loi doivent être réhabilitées. Ce qui a perverti la vie dans la Cité, d'une façon générale, et le secteur de la Santé, dans le cas particulier, est le constat d'impunité devant tous les dépassements. La priorité n'est pas la chasse à la sorcière. C'est le rétablissement d'un fonctionnement normal des institutions, débarrassé de la corruption, du laisser-aller, du mépris de la réglementation... de la « sorcière » pour le coup. Cela est possible par la simple application de la loi, sans exclusive. Ceux qui ont commis des méfaits devront répondre de leurs actes. Ceux qui continuent aujourd'hui à défier la loi et les règlements, quelque soit le corps auquel ils appartiennent, ceux qui bloquent le fonctionnement des institutions de Santé de façon anarchique et au mépris des règles élémentaires de la revendication légitime, devront aussi assumer leurs responsabilités et répondre de leurs actes. Il est temps

que la Loi soit au dessus de Tous et que les procédures réglementaires qui sont à la base d'un Etat de Droit soient respectées.

Les revendications salariales et corporatistes ne doivent pas occuper le devant de la scène à l'heure actuelle. Néanmoins, à moyen terme, la revalorisation des salaires des personnels soignants, médecins universitaires, médecins sanitaires et personnels paramédicaux et juxta médicaux, devra être traitée avec sérieux et sans démagogie. C'est une condition nécessaire pour arrêter l'hémorragie de médecins hospitaliers vers le secteur libéral. C'est aussi une condition, à côté de la stricte application de la loi, pour mettre un terme à tous les dépassements et à toutes les dérives, notamment ceux liés l'activité libérale réglementaire ou sauvage, qui déstructurent les hôpitaux publics et le système de formation médicale.

Cette réflexion n'est pas exhaustive et n'aborde que certaines priorités. Un débat approfondi et décomplexé devra précéder des réformes radicales portant sur l'élaboration d'un Code de la Santé, la révision du Code de Déontologie Médicale, de la démographie médicale, de la réforme de l'enseignement de la médecine, des filières de formation para et juxta médicales, de la formation médicale (et paramédicale) continue, des modalités d'installation dans le secteur libéral, de la carte sanitaire, des équipements lourds, des passerelles privé-public, des pôles de santé, l'industrie pharmaceutique, de la caisse d'assurance maladie... Le chantier est vaste et ne peut être engagé que par l'implication de tous les acteurs du secteur.

Dr. Emna Menif

EDITORIAL (suite)

De part son rôle fédérateur des médecins de toutes disciplines et de tous secteurs, autour des mêmes valeurs, le conseil national de l'Ordre des médecins, a conduit plusieurs actions de soutien sanitaire en faveur des hôpitaux des régions défavorisées et cela avec le concours des conseils régionaux de l'Ordre des médecins, des différents syndicats des médecins, des pharmaciens et médecins dentiste et en étroite coordination avec le Croissant Rouge tunisien, le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de la Défense Nationale.

Par ailleurs, tout en dénonçant la répression sanglante perpétrée contre le peuple libyen frère, le conseil national de l'Ordre des médecins a organisé une mission sanitaire en faveur de l'hôpital de Benghazi, en plus de sa collaboration active dans plusieurs actions de rapatriement de blessés libyens et leurs prises en charge par des établissements sanitaires publiques et privés, en coordination avec l'organisation Médecins Sans Frontières.

Après tant d'années de dictature, de brimades et de refoulement, il va de soit que la révolution déclenche une explosion des libertés, y compris la liberté d'expression qui se réclame sans contrainte et sans limite, aux risques de choir dans la diffamation. L'institution ordinale n'était pas épargnée par ces dérapages. Elle a fait usage de son droit de réponse, dignement et loin de toute polémique.

Soixante quatre conseillers ordinaires bénévoles, élus démocratiquement et répartis entre six conseils régionaux et un conseil national, veillent scrupuleusement au respect des principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la médecine. Ils veillent aussi au respect de l'éthique et de la déontologie médicale, en toutes circonstances et plus particulièrement au cours des soins dispensés aux personnes vulnérables dont notamment celles privées de liberté. Si les médias ont récemment dénoncé la participation du médecin à la torture des prisonniers, il convient de préciser qu'aucune plainte dans ce sens n'est parvenue à l'Ordre dans le passé. Il s'agit d'un comportement difficile de concevoir, d'expliquer, d'imaginer et en l'occurrence d'admettre de la part d'un médecin. Après la révolution, un rapport émanant d'une association de lutte contre la torture nous est parvenu. Il fait l'objet d'une instruction en cours. L'Ordre est déterminé à assainir la corporation, à travers une procédure disciplinaire rigoureuse, respectant les droits de la défense et assurant un jugement équitable.

Dr. Mohamed Nejib Chaabouni

POUVOIRS DISCIPLINAIRES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

L'exercice par le conseil national de l'Ordre des médecins de son pouvoir disciplinaire rencontre beaucoup d'incompréhension dans l'opinion publique et suscite parfois des critiques de la part des intéressés, qu'il s'agisse des médecins poursuivis disciplinairement ou des patients qui ont saisi l'Ordre d'une plainte contre un médecin.

Le caractère confidentiel de la procédure est particulièrement visé par cette incompréhension et pour répondre à ces objections, qui sont sérieuses, il est indispensable de rappeler les principes fondamentaux du droit disciplinaire qui, seuls, peuvent expliquer des situations à première vue discutables.

I- Définitions et fondement juridique

Le pouvoir disciplinaire permet à un organe ou une instance d'assurer la répression des fautes ayant un caractère professionnel, commises par les membres d'une corporation (agent de la fonction publique ou bien membres de professions libérales : médecins, avocats ...)

On peut qualifier ces fautes de manquements aux obligations qui s'imposent à cette corporation, souvent édictées dans un code de déontologie. Par ailleurs, la crainte de sanctions confère au régime disciplinaire un effet de prévention.

La compétence disciplinaire en première instance est attribuée au conseil de discipline, constitué exclusivement par le conseil national de l'ordre des médecins, assisté d'un conseiller juridique. (article 27 de la loi 91- 21 du 13 mars 1991, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste.)

II- Le but du pouvoir disciplinaire

Le but du pouvoir disciplinaire est d'établir et de maintenir, dans l'intérêt général, les règles du bon exercice de certaines professions, soit des professions ayant un caractère public, soit des professions ayant une importance spéciale pour la société.

Le droit disciplinaire n'a donc pas pour but la protection directe des intérêts de particuliers. Cette protection est assurée notamment par le droit pénal, le droit civil, le droit social, dont l'application est confiée aux tribunaux ordinaires et non aux juridictions disciplinaires.

Les patients, victimes d'un délit commis par un médecin, peuvent s'adresser aux autorités répressives (procureur de la république, juge d'instruction, tribunaux correctionnels) pour obtenir une enquête et des poursuites pénales. Ils peuvent aussi, demander la réparation du dommage qui leur a été causé par le délit (dommages-intérêts) devant une cours civile. Leurs intérêts particuliers sont ainsi protégés par le droit pénal et le droit civil.

S'ils signalent aux conseils de l'Ordre les faits dont ils ont été victimes, c'est parce qu'ils souhaitent que le conseil de l'Ordre veille à un meilleur exercice de la profession et que les faits dont ils ont été victimes soient sanctionnés disciplinairement. Mais cette sanction, si elle peut leur donner une satisfaction morale, ne vise cependant pas directement à la protection de leurs intérêts particuliers.

Sachant que les buts du droit pénal, du droit civil et du droit disciplinaire sont différents, on peut cumuler, pour un même fait, les sanctions pénales, les sanctions civiles et les sanctions disciplinaires.

III- Principes et règles du droit disciplinaire.

Seuls seront indiqués ici les principes et les règles propres au droit disciplinaire et qui en font une branche du droit autonome.

1- Infractions et sanctions disciplinaires:

Il convient d'abord de rappeler que le droit pénal est dominé par le principe de la légalité des délits et des peines. Un juge ne peut donc jamais considérer un fait, quel que soit son caractère odieux, comme un délit, si ce fait n'entre dans la définition d'aucun des délits réprimés par la loi. La légalité des peines signifie que le juge ne peut appliquer que les peines prévues par la loi et cela à un double point de vue : d'une part, il ne peut prononcer que les peines que la loi énumère, il ne peut "inventer" une peine, d'autre part, même parmi les peines énumérées par la loi, il ne peut prononcer pour un délit déterminé, que les peines expressément prévues pour ce délit.

Ces principes ne sont pas applicables en matière disciplinaire parce que celle-ci ne se prête pas à une définition de toutes les fautes disciplinaires possibles. Un fait peut donc être considéré comme une infraction disciplinaire, même s'il n'est pas expressément prévu par le code de déontologie médicale, c'est l'exemple des articles 15 et 22 du code déontologie médicale qui interdisent au médecin, respectivement, d'exercer en même temps que la médecine une activité incompatible avec la dignité professionnelle, et toutes pratiques

propres à déconsidérer sa profession.

Par contre le conseil de discipline ne peut, prononcer que les sanctions qui sont expressément prévues par l'article 33 de la loi 91- 21 du 13 mars 1991; il apprécie librement la sanction à appliquer à une faute déterminée.

2- Règles de la preuve :

En matière pénale, la charge de la preuve des infractions reprochées au prévenu incombe au ministère public (procureur de la république). Le prévenu peut se taire ou même nier le fait. Il n'a pas l'obligation d'avouer un fait qu'il a commis. L'effet de cette règle, qui est très strictement appliquée, est cependant compensé par les pouvoirs très étendus conférés aux autorités répressives (droit de perquisition, d'arrestation, de saisie, etc ...).

En matière civile, c'est le demandeur en justice qui doit faire la preuve du bien-fondé de l'action qu'il intente contre le défendeur en justice. S'il ne peut fournir la preuve exigée (suivant les cas, écrits, témoignages, présomptions), il échouera dans son procès.

En matière disciplinaire, le principe est aussi que la faute disciplinaire doit être prouvée contre celui qui est poursuivi. Mais la portée de ce principe est fortement limitée par la règle suivant laquelle le justiciable disciplinaire a le devoir de collaborer à l'instruction. Il doit la vérité à ses pairs, devant lesquels il comparait. Il ne peut ni se taire ni dissimuler certains faits (article 112 du décret 93-1155 du 17 mai 1993 portant code de déontologie médicale). Le fait de dissimuler ou de travestir la vérité est considéré, en soi, comme une faute disciplinaire, passible d'une sanction distincte de celle qui est prononcée pour les faits donnant lieu aux poursuites.

Il est évident, dès lors, que si le dossier disciplinaire, ou le texte de la sentence ou même simplement la sanction prononcée étaient communiqués au juge pénal, au juge civil ou au plaignant, il en résulterait une violation flagrante des droits de la défense. Une condamnation pénale ou une condamnation civile pourraient être fondées sur des déclarations que le médecin était obligé de faire au juge disciplinaire mais qu'il n'était pas tenu de faire au juge pénal ou au juge civil.

C'est pour cette raison, notamment, qu'il n'est pas possible de faire connaître officiellement au plaignant la sanction prononcée ou même le seul fait qu'une sanction a été prise. Le plaignant pourrait soutenir devant le juge civil que la sanction prononcée par l'Ordre prouve la faute du médecin, invoquée par exemple à l'appui d'une action en responsabilité.

Dans toutes les affaires disciplinaires, notamment en

matière de discipline judiciaire ou policière, le plaignant est seulement avisé que sa plainte recevra ou a reçu la suite nécessaire. Dans des cas particulièrement pénibles, il peut être indiqué de donner quelques explications verbales au plaignant, de lui dire par exemple que l'on est intervenu avec la fermeté voulue, mais il n'est pas possible de faire plus.

3- Secret professionnel :

Le médecin qui comparait devant ses pairs ne peut invoquer le secret professionnel, sauf en ce qui concerne les confidences du patient. Il peut au contraire l'invoquer devant le juge pénal ou le juge civil. Cette règle, comme les règles de la preuve citées ci-dessus, est une raison supplémentaire et déterminante de ne pas communiquer le dossier, ni la décision au juge pénal, au juge civil ou au plaignant.

Si cette communication avait lieu, elle entraînerait, dans certains cas au moins, la violation du secret professionnel et provoquerait dès lors la nullité des poursuites pénales ou du jugement civil.

IV- Conclusion

Le but essentiel du pouvoir disciplinaire demeure la protection du citoyen et de la profession contre les éventuels dépassements du médecin dans son exercice. Ce pouvoir disciplinaire a des règles strictes, notamment le respect du caractère confidentiel de la procédure.

En confiant aux médecins eux-mêmes l'exercice du pouvoir disciplinaire, le législateur a entendu marquer à la fois une exigence et une confiance. Une exigence parce que, du fait des sanctions spécifiques qui peuvent les atteindre dans leur exercice professionnel, les médecins supportent des risques que ne connaissent pas la plupart des autres professionnels. Une confiance parce que ce pouvoir de prononcer des sanctions – et parfois de graves sanctions – est confié à des médecins désignés par leurs pairs.

Ce pouvoir disciplinaire confié à des médecins les engage profondément. C'est sur eux que les pouvoirs publics comptent pour éviter des abus préjudiciables aux malades et à la société ; c'est sur eux, également, que les médecins comptent pour que soit respectée, dans l'exercice d'une responsabilité toute personnelle, leur liberté de décision en présence du patient.

Dr. Mohamed Nejib Chaabouni



COMPLICITÉ DES MÉDECINS DE PRISON DANS LA TORTURE

En réponse aux déclarations d'organisations non gouvernementales de droit de l'homme qui ont accusé publiquement lors d'une conférence de presse, la poursuite de la torture après le 14 janvier 2011 au cours des interrogatoires musclés et dans certaines prisons en insistant sur la complicité des médecins de prison, qui auraient aidé les tortionnaires selon ces accusations par leur évaluation de la résistance des prisonniers à la torture et par leur maîtrise des sites et endroits du corps qui ne gardent pas de traces de violence. L'ordre des médecins s'engage à ouvrir une instruction contre tout médecin suspecté d'avoir participé activement ou passivement à la torture et promet de prendre toutes les mesures disciplinaires qu'il jugera nécessaires à l'encontre des médecins, si les faits reprochés se confirment.

D'ailleurs, une table ronde intitulée accès aux soins des personnes privées de liberté a eu lieu lors de la réunion de coordination de l'Ordre qui s'est tenue les 16 et 17 juillet 2011 aux îles de Kerkennah. Trois exposés ont traité de l'aspect juridique, l'aspect éthique et l'état des lieux de la médecine des prisons et ils ont été suivis d'un débat.

Il a été convenu que l'ordre des médecins s'implique activement dans tous projets d'organisation de ce secteur médical en élaborant avec le ministère de la santé un cahier de charge ou statuts spécifiques des centres de soins des établissements pénitentiaires (ou il sera précisé les normes en locaux, normes en personnels, mission de chacun intervenant, indépendance du médecin etc...). Enfin pour libérer les médecins de la pression de l'administration pénitentiaire, il a été proposé aussi de transférer la tutelle de la direction médicale des prisons du ministère de la justice au ministère de la santé à l'instar de plusieurs pays européens.

La rédaction

POUR UNE ASEPSIE VERBALE EN SALLE D'OPÉRATION

Le CNOM a récemment été saisi par une parturiente qui s'est plainte de l'ambiance farfelue, qui régnait au bloc opératoire au moment où elle bénéficiait d'un accouchement par césarienne : grand nombre de personnes dans la salle d'opération, rires, blagues, usage fréquent du téléphone portable ...

Cette plainte illustre bien le problème de la discipline au bloc opératoire. En effet, le développement des techniques d'anesthésie locorégionale, qui permettent aux malades de rester bien éveillés au cours de l'acte opératoire, n'ont fait que mettre à nu ce phénomène.

L'article 31 du code de déontologie médicale stipule : *"Le médecin, dès l'instant où il est appelé à donner des soins à un malade et qu'il accepte de remplir cette mission, s'oblige ... à agir toujours avec correction et aménité envers le malade"*. Aménité signifie politesse et affabilité qui charme selon le dictionnaire Larousse.

La discipline individuelle au bloc opératoire impose bien entendu toutes les mesures d'asepsie chirurgicale bien connues par le personnel de la santé qui lui accorde généralement beaucoup d'attention et qui veille à lutter contre l'infection nosocomiale, certes primordiales, mais ce personnel oublie souvent "l'asepsie verbale" et les règles d'une bonne attitude professionnelle pourtant élémentaires pour l'ensemble du personnel soignant toutes catégories confondues.

Au bloc opératoire, tous les intervenants sont invités à adopter une attitude modérée, dans la voix et dans le geste, afin de privilégier une ambiance sereine et rassurante, indispensable au bon fonctionnement des soins. Les professionnels se doivent de respecter l'intimité du patient et sa pudeur et de le tenir informé sur les actes pratiqués. Ils sont tenus aussi de respecter les règles de confidentialité et le secret professionnel conformément aux règles éthiques et déontologiques.

Une fois l'intervention est démarrée, il est impératif de garder les portes de la salle d'opération fermées et d'éviter les déplacements inutiles et de limiter le nombre de personnes en salle au strict minimum indispensable. Ce ci est souvent difficile à appliquer dans des structures où les impératifs de formation vont à l'encontre de ces limitations

Toutes les règles du bon comportement et de bonne attitude professionnelle au bloc opératoire devraient figurer sur la charte ou manuel d'organisation et de fonctionnement du bloc opératoire et devraient être régulièrement rappelées à tout le personnel du bloc. Cette charte s'applique à l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux et à toutes personnes susceptibles d'entrer au bloc opératoire. Elle s'inscrit dans la démarche qualité qui doit être mise en place par tout établissement sanitaire disposant d'un bloc opératoire et elle devrait être soumise à l'approbation du comité local d'éthique ou au conseil régional de l'ordre des médecins avant son adoption définitive.

Dr. Nabil Ben Zineb



ATTENTION AUX DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Nous avons appris récemment des autorités saisies pour les affaires d'honoraires et de plusieurs citoyens que des confrères établissent leur honoraire de manière abusive. Certains chirurgiens facturent par exemple le K chirurgical à 15 dinars pour les ressortissants libyens soit plus de deux fois la limite supérieure de la fourchette des honoraires. Ou bien cette consœur spécialiste en endocrinologie exerçant dans un groupement médical à Tunis qui s'est vue majorer ses honoraires de consultation pour atteindre 60 dinars la consultation justifiant son geste par la compensation de la diminution de sa clientèle libyenne.

Nous rappelons ici que le dépassement d'honoraire est considéré comme une faute professionnelle grave par le code de déontologie médicale et que le médecin doit toujours établir lui-même sa note d'honoraires avec tact et mesures en tenant compte des honoraires établis et révisés périodiquement par le conseil national de l'ordre des médecins et les organismes professionnels (Article 42 du CDM) et que tout abus dans la fixation des honoraires constitue une faute professionnelle grave (Article 43 du CDM).

Dans tout le code de déontologie médicale nous ne retrouvons que trois fautes professionnelles graves dont le dépassement d'honoraire. Il faut savoir qu'une faute professionnelle grave peut être passible d'une lourde sanction disciplinaire pouvant aller jusqu'à l'interdiction d'exercice.

La fourchette des honoraires médicaux actuellement en vigueur dans le secteur libéral est celle révisée au mois de janvier 2010 (disponible sur le site du conseil national de l'ordre : www.ordre-medecins.org.tn, dans la rubrique exercice de la médecine - devenir du médecin - tarification des actes). A titre d'exemple la consultation généraliste C de 20 à 25 DT, la Cs de 30 à 40 DT et le KC de 5 à 7 DT ...

La rédaction

HALTE AUX CERTIFICATS MÉDICAUX DE COMPLAISANCE

De multiples plaintes parviennent aux conseils régionaux ainsi qu'au conseil national de l'Ordre des médecins, déplorant des arrêts de travail jugés/suspectés injustifiés et/ou abusifs.

Il importe de rappeler que tout certificat ou document signé par un médecin doit être parfaitement objectif et honnête. La signature d'un médecin bénéficie par principe d'un grand crédit, et toute erreur ou compromission de sa part fait, notamment au corps médical entier, un tort considérable.

Il faut souligner plusieurs points :

- Le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté. Ont été sanctionnés des médecins dont les certificats avaient été rédigés sans examen du patient.
- Si le certificat rapporte les dires de l'intéressé ou d'un tiers, le médecin doit s'exprimer sur le mode conditionnel et avec la plus grande circonspection ; le rôle du médecin est en effet d'établir des constatations médicales, non de recueillir des attestations ou des témoignages et moins encore de les reprendre à son compte.
- Un certificat médical ne doit pas comporter d'omission volontaire dénaturant les faits. Cela suppose un examen et un interrogatoire préalables soigneux.
- En cas de fraude ou de déclaration mensongère, le médecin fautif est passible de sanctions disciplinaires de la part de la juridiction ordinale, en plus de celles encourues devant les tribunaux. L'article 28 du code de déontologie médicale considère la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance comme une faute grave.

Dr. Mohamed Nejib Chaabouni

HARMONISATION DE L'EXERCICE DE LA BIOLOGIE MÉDICALE

La biologie médicale est une spécialité particulière du fait qu'elle est exercée par les médecins et les pharmaciens biologistes pour la biologie humaine et par les vétérinaires pour la biologie animale. C'est une spécialité régie par une réglementation spécifique qui charge la commission technique de biologie médicale (CTBM) et l'unité des laboratoires de biologie médicale (ULBM) du ministère de la santé publique de gérer cette activité dans le secteur libéral. La commission vérifie la conformité des diplômes, des normes en locaux, des normes en matériels utilisés et des analyses à pratiquer. Sur ce, la CTBM émet un avis favorable à l'installation d'un laboratoire de biologie médicale et un arrêté du ministre de la santé publique autorise l'ouverture du laboratoire sous réserve de conformité des lieux attestée par l'inspecteur de la santé publique.

Les pharmaciens biologistes dépendent du conseil de l'ordre des pharmaciens qui ne gère d'ailleurs pas les dossiers d'ouverture des laboratoires des pharmaciens biologistes; tout au plus il prend acte de l'autorisation du ministre de la santé pour mettre à jour sa base de donnée. Les médecins biologistes relèvent quant à eux du conseil de l'ordre des médecins et ils sont soumis comme tous les médecins à l'autorisation d'ouverture délivrée par le conseil régional de l'ordre des médecins territorialement compétent. Aux pièces demandées à tous les médecins, il est ajouté pour les biologistes et les anatomopathologistes l'arrêté d'autorisation du ministre de la santé que l'ordre des médecins considère à juste titre comme autorisation de conformité technique et non une autorisation d'exercer la médecine.

Cette double autorisation d'une part et l'appartenance des biologistes à deux corps de métiers différents qu'ils soient médecins ou pharmaciens ont entretenu un flou dans la détermination du rôle de chacun, et cela ne s'est pas fait attendre pour mettre à nu cette aberration. La première lacune est que des pharmaciens biologistes ont ouvert des laboratoires dans le même immeuble qu'un médecin ou vis-vers-ça.

En se référant aux articles 60 et 62 du code de déontologie médicale (CDM) et de l'article 39 du code de déontologie pharmaceutique (CDP) et au fait que l'activité des analyses de biologie médicale constitue une même et unique discipline qu'elle soit pratiquée par les médecins biologistes ou par les pharmaciens biologistes, un médecin biologiste ou un pharmacien biologiste ne sera autorisé à ouvrir un laboratoire d'analyses médicales dans un même immeuble où existe déjà un laboratoire équivalent sans l'accord préalable du médecin ou pharmacien biologiste initialement installé. C'est ainsi qu'un avis préalable sera demandé par l'ULBM au conseil de l'ordre concerné pour toute nouvelle installation ou

transfert de laboratoire d'analyses médicales et un engagement sur l'honneur du déposant de la demande d'ouverture attestant l'absence de laboratoire d'analyses médicales dans le même immeuble conformément au protocole d'accord conclu entre le conseil national de l'ordre des médecins et le conseil national de l'ordre des pharmaciens dont ci-dessous le texte intégral du protocole d'accord.

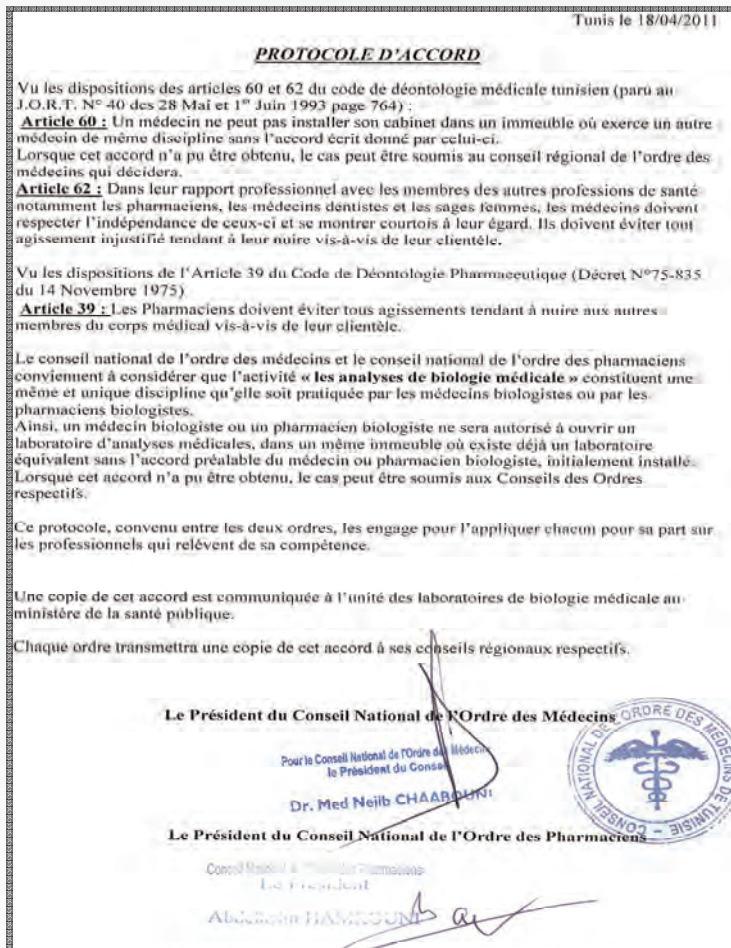
Des améliorations dans la procédure sont accomplies certes, mais des questions restent encore posées :

- Est-ce qu'un biologiste pharmacien et un biologiste médecin sont soumis aux mêmes dispositions disciplinaires dans l'exercice de leur profession ?

Le code de déontologie pharmaceutique a-t-il prévu toutes les subtilités de l'exercice médical de la biologie clinique ?

Un grand travail reste à faire pour harmoniser au mieux la formation des biologistes et pour harmoniser leur droit et leur devoir.

Dr. Mounir Youssef Makni (membre de la CTBM 2009- 2012)





QUI EST HABILITÉ À PRATIQUER L'OSTÉOPATHIE ?

Nous avons été saisis par plusieurs collègues qui nous ont informés qu'un projet de création d'une école privée destinée à former des ostéopathes en Tunisie est annoncé sur la presse nationale, ce qui voulait dire que des professionnels « non médecins » vont pouvoir pratiquer des manipulations vertébrales et autres gestes thérapeutiques sur des malades sans qu'un diagnostic médical ne soit établi au préalable avec ce que cela comporte comme risque pour la santé des malades. Cette nouvelle catégorie de professionnels de la santé disaient-ils, va empiéter sur le champ d'action des médecins physiques, médecins formés à l'ostéopathie et les kinésithérapeutes.

Et sachant qu'un mastère d'ostéopathie est enseigné à la faculté de médecine de Sfax, nos interlocuteurs nous interpellent pour faire figurer l'ostéopathie sur la liste officielle des compétences reconnues en médecine. Ils nous ont demandé de réagir afin de préserver les droits des médecins et assurer la qualité des soins médicaux pour nos concitoyens. C'est la raison pour laquelle, nous avons demandé l'avis du Dr. Mohamed Habib Elleuch professeur en médecine physique et coordinateur du mastère de Médecine Manuelle-Ostéopathie à la faculté de médecine de Sfax qui nous a répondu en ces termes : « à mon avis l'exercice de l'ostéopathie doit être réservé exclusivement aux médecins. C'est une discipline qui comporte un diagnostic et un traitement manuel dont la démarche clinique pour avoir un diagnostic précis est primordiale, et c'est une étape médicale. En France et dans d'autres pays, les traitements manuels sont pratiqués aussi par des ostéopathes non médecins, et dans pas mal de situations, ces derniers demandent un avis médical avec certificat d'absence de contre indication pour se protéger du risque médico-légal en cas d'accident. Il s'agit d'une nouvelle discipline en Tunisie et les médecins diplômés en médecine manuelle-ostéopathie viennent de démarrer les techniques manuelles en pratique clinique et des consultations spécialisées dans ce cadre devraient être organisées. Nous ne sommes qu'au début de l'exercice de l'ostéopathie ».

Voici quelques données et dates concernant l'ostéopathie dans le monde et en Tunisie (*) :

1874 : Etablissement des grands principes de l'art ostéopathique par manipulations vertébrales.
1892 : Création du collège américain d'ostéopathie. Puis reconnaissance de l'ostéopathie comme profession paramédicale.

En France, l'ostéopathie est enseignée depuis 1962. En 2002, la loi a réorganisé l'enseignement et la pratique de la MMO pour les non-médecins et les non-kinésithérapeutes. Les décrets relatifs aux actes et aux conditions d'exercice de la MMO par les non médecins ont été publiés en 2007.

2007 : Publication des recommandations de la « Haute Autorité de la Santé » qui interdisent aux ostéopathes non-médecins les manipulations gynéco-obstétricales et les touchers pelviens et les obligent pour les manipulations du rachis cervical, du crâne, de la face et du nourrisson d'avoir un certificat de non-contre-indication préétabli par un médecin.

En Tunisie, l'ostéopathie est à ses débuts et la loi ne parle que de la manipulation vertébrale et la reconnaît comme étant un acte médical qui figure sur la nomenclature générale des actes professionnels de juin 2006. Cet acte est réservé aux médecins sous la désignation d'une «manipulation vertébrale ou de membres» et codifié MKB020030 avec la cotation KE10 et le nombre total maximal de séances de manipulations autorisé est de 10 par cure. Il faut savoir que le KE est défini comme étant «tout acte de spécialité pratiqué par un médecin dans la limite de ses compétences ».

Le conseil national a débattu du sujet de l'ostéopathie lors d'une réunion ordinaire ; la majorité des conseillers considèrent que la pratique de l'ostéopathie et les manipulations manuelles devraient être réservées uniquement aux médecins et aux kinésithérapeutes ayant subi une formation adéquate.

(*) Extraits d'un mémoire sur l'ostéopathie en Tunisie soutenu début juin 2011 à la faculté de médecine de Sfax

La rédaction



DE LA DISPONIBILITÉ À L'ESCLAVAGISME, IL N'Y A QU'UN PAS

Ces vingt dernières années ont été marquées entre autre par la paupérisation de la population tunisienne alors que le nombre de médecins n'a cessé d'augmenter atteignant 16000 en 2010 contre 5000 en 1990. La moitié des médecins sont généralistes et compte tenu du faible nombre de postes créés dans le secteur public, le choix par défaut pour la majorité des médecins se limite à l'installation dans le secteur libéral.

Nous avons constaté au cours de notre exercice ordinal au CROM de Tunis le malaise des médecins à plus d'un titre, d'abord par le nombre important de transfert de cabinet au cours de la première année d'installation, et puis par l'installation de cabinet dans une partie de leur domicile pour réduire les charges et pour pouvoir répondre présent à toute heure, de jour comme de nuit. D'autres pour fidéliser la clientèle, ils mettent leur numéro de téléphone personnel à la disposition de tous pour toute fin utile, en espérant être sollicité. Cette disponibilité est bien mise en évidence, on croit qu'elle fait partie d'une stratégie de travail. C'est la raison pour laquelle, il n'est pas rare de trouver des cartes de visite où il est mentionné clairement parfois en rouge « ouvert 24h/24 et 7 jours/7 » et c'est à se demander comment un médecin pouvait-il assumer seul cette astreinte, à moins d'être un superman.

Des enquêtes nous ont permis d'apprendre que ce mode d'exercice se pratique par les médecins de différentes manières :

- Certains médecins exercent en solo.
- D'autres s'organisent en groupe, mais sans aviser le CROM.
- D'autres se font remplacer la nuit, le week-end ou les jours fériés, par un médecin hospitalier ou par un médecin sans activité ou encore par un autre confrère généraliste installé dans le privé. Il va sans dire que ces remplacements se font sans aviser le CROM et sans autorisation de ce dernier.
- D'autres, enfin, ne respectent aucunement leur annonce et se permettent de se désengager d'une façon unilatérale et sans en informer leurs patients.

D'après la réglementation en vigueur, l'exercice de la médecine dans le secteur libéral ne peut se concevoir qu'en cabinet individuel, ou cabinet de groupe ou sous forme de société civile professionnelle. En l'état actuel des

choses, aucun texte de loi n'interdit à un médecin de travailler 24h/24; malgré cela l'ordre des médecins ne peut pas cautionner ce genre de pratique. Bien que cette disponibilité soit perçue par la population comme une évidence et considère qu'un médecin est censé soigner les malades à toutes heures et que c'est sa vocation et son destin. Des médecins exerçant dans les cités périphériques des grandes villes se plaignent de ne voir arriver les premiers patients qu'en fin d'après midi, et se voient obliger d'adapter malgré eux leurs horaires de travail pour pouvoir gagner leurs vies.

Il est évident qu'un tel rythme de travail ne peut être assuré indéfiniment par une seule personne. La fatigue, la lassitude et l'absence de récupération seraient une source d'erreurs parfois gravissimes. Les remplacements sont envisageables, mais en aucun cas il n'est permis de se faire remplacer partiellement et de façon répétitive et organisée comme par exemple tous les weekends, les après midis ou les nuits uniquement. Car ça s'apparente plus à une exploitation d'un médecin par un autre et l'interdiction de ces pratiques perverses, préservera la dignité du médecin.

En revanche, dans les villes ou les circonscriptions municipales sont dotées d'un service de garde médicale privée, il serait inconcevable d'assurer la permanence de soins à titre individuel en cabinet médical. Tout praticien désirant travailler en dehors des horaires d'ouvertures habituelles devrait logiquement et simplement intégrer l'équipe des médecins de l'urgence et ce sera bénéfique pour tout le monde. Cette organisation ne touche en rien à la qualité et à la continuité des soins des patients de la région, bien au contraire.

Pour ceux qui ne respectent aucunement leur annonce de disponibilité 24h/24 et se permettent de se désengager d'une façon unilatérale et sans en informer le public, nous les avertissons de la possibilité d'être poursuivi pour abstention fautive, ou au moins pour perte de chance. Un médecin averti en vaut deux et que chacun d'entre nous assume la responsabilité de ses engagements.

Dr. Taieb Bassoumi



Article diffamatoire publié sur l'hebdomadaire « Réalités » N° 1322 du 28/4 au 4/5/2011 signé R.S

Quelle représentativité pour le Conseil de l'Ordre des Médecins ?

Des voix commencent à s'élever parmi les confrères. En Tunisie, presque toutes les structures élues ont saisi l'opportunité historique qu'offre la révolution pour s'émanciper de l'héritage pour le moins encombrant du président déchu, mais pas encore les médecins. Qu'attendent-ils pour se réveiller, dépoussiérer leur corporation, et la mettre en phase avec la nouvelle Tunisie, qui se prépare on l'espère, à adopter la démocratie comme valeur fondamentale. L'Ordre des Médecins, on le sait n'est pas démocratique :

- Il souffre d'une très faible représentativité (moins de 3 pour cent de votant lors des dernières élections) avec mise à l'écart de candidat sérieux, légitimes mais non conformes aux règles de ZABA and Co, ce qui s'est soldé par une affaire en justice contre le CNOM. On nous a toujours dit que la démobilisation était un phénomène national mais il ne faut pas oublier que les AG électives étaient toujours organisées un samedi où il y a un maximum d'événements et de réunions scientifiques des sociétés savantes. Le vote n'est possible que durant des heures très limitées, sans accepter ni vote à distance ni procuration, ni vote postal. Pour ce qui est des régions certains jeunes confrères de l'intérieur devaient sacrifier une journée de travail pour jouir de leurs droits de vote.
- L'ordre des médecins recevait des ordres venus du

Palais disait-on, c'est le médecin personnel du président qui gérait les listes et les élections, pour avoir un CNOM docile, au pas, qui puisse servir les passes droites, fermer les yeux quand il faut garantir la loyauté des privilégiés (convention, APC, CNAM, fautes...). et bien les ouvrir quand il faut aussi écarter les «non violets».

Le temps est venu pour :

- Dissoudre le CNOM actuel, par une AG extraordinaire avec les CROM.
- Démontrer que les médecins tunisiens sont dignes d'une corporation démocratique, dynamique et moderne.
- Réformer les textes de lois qui régissent l'organisation du corps constitué de notre profession.

Même si les médecins traînent aujourd'hui la «culpabilité» du certificat du 7 Novembre 1987, il faut oser et avoir le courage de tourner la page et entamer l'ère post révolutionnaire dans la sérénité et la démocratie si non les extrémistes de tout bord saisirait l'opportunité historique pour investir nos structures comme ça s'est vu dans d'autres organismes à travers le pays. Le CNOM ne sera pas épargné par la vague révolutionnaire qui balaye le pays et ce sera très exemplaire et salutaire que les ordinaires actuels prennent les devants et organisent des élections historiques anticipées. Ça sauvera peut être notre CNOM.

DROIT DE RÉPONSE DE L'ORDRE PARU SUR LE N° 1325 DU 19 AU 25/5/2011

*A monsieur le Directeur de la revue « Réalités »
Monsieur le Directeur,*

Le conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance de l'article publié en page 13 de votre parution n°1322 du 28 avril dernier. Exerçant notre droit, nous vous prions de publier la réponse ci-après :

Se réclamant des vertus du 14 janvier, sauf de celle du courage puisqu'il ne signe que de ses initiales, l'auteur demande un sabotage du conseil de l'Ordre au motif qu'il ne serait pas représentatif de la profession et qu'il aurait été l'obligé du régime déchu. Cette double allégation appelle autant de mises au point :

Première mise au point :

Les élections ordinaires sont organisées par la loi 91-21 du 13 mars 1991. Cette loi, avec ses deux décrets d'application, a introduit par rapport au texte qu'elle réformait trois progrès :

- la suppression du vote par correspondance c'est-à-dire la possibilité de bourrer les urnes
- la décentralisation du scrutin (6 bureaux de vote répartis sur le territoire national)
- la limitation à 2 du nombre maximum de mandats.

Ces textes ont aussi apporté une rigueur nouvelle en fixant dans ses moindres détails la procédure électorale. Le degré absolu de la démocratie y est même atteint puisque chaque médecin inscrit au tableau de l'Ordre, qu'il ait ou non voté, a un droit de recours qui, dès qu'il est exercé, suspend le verdict des urnes jusqu'à décision du tribunal compétent.

Ces procédures ont toujours été scrupuleusement respectées et chaque électeur a pu exercer ses droits. Quand au médecin personnel de l'ex-président, quelles qu'aient pu être son influence et ses capacités d'intervention ailleurs, il n'a pesé dans les élections ordinaires que le poids de sa propre voix.

Il reste ce que nous déplorons tous : le taux d'abstention qui, sans atteindre et de loin le chiffre prétendu, a toujours

été important par manque d'intérêt ou décredibilisation du geste citoyen, le débat est ouvert...

Deuxième mise au point :

Nous n'avons pas le souvenir que quiconque en présentant sa candidature au conseil de l'Ordre ait jamais avancé ses qualités de partisan ou d'opposant au régime, seules étaient exprimées les conceptions quant au devenir professionnel. Il est de l'honneur de ceux qui se sont succédés dans l'instance ordinaire, d'avoir mis dans l'exercice de leur mission, leurs convictions politiques entre parenthèses. Il est aussi de leur honneur d'avoir défendu les valeurs qui fondent l'exercice médical et la pérennité d'une médecine indépendante et de qualité quel que fût l'interlocuteur et quel que fût le moment.

La chose n'était pas de tout repos :

- Que l'on se souvienne de la campagne éhontée de dénigrement menée à la fin des années quatre vingt dix contre le président du conseil national de l'Ordre des médecins par des organes de presse inféodés au régime et instruments de ses méthodes de déstabilisation.

- Que l'on se souvienne que le conseil de l'Ordre des médecins était violemment pris à partie au motif qu'il s'opposait à certaines modalités de la «Réforme Ben Ali de l'Assurance maladie».

- Que l'on se souvienne des campagnes savamment orchestrées dans les médias pour les besoins de telle ou telle conjoncture et désignant le médecin à la défiance populaire...

Le système corrompait dans les faits et moralisait dans les discours. Il ne pouvait prospérer que sur les complicités. Il n'a jamais rencontré celle du conseil de l'Ordre des médecins. Prétendre le contraire, c'est calomnier l'Institution et ceux qui y ont œuvré, et insulter la mémoire de ceux d'entre eux qui ne sont plus là. S'appuyer sur les valeurs de la révolution pour le faire est une imposture.

Pour le conseil national de l'Ordre des médecins
Le Président Dr. Mohamed Néjib CHAABOUNI



Communiqué de Janvier 2011

Lors de la réunion constitutive de son bureau, lundi 24 janvier 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie, a rendu hommage avec émotion à ceux qui au prix de leur vie ont été les conquérants de l'impossible, et aux innombrables anonymes jeunes et moins jeunes qui en se soulevant avec courage contre la dictature et la corruption ont droit à notre reconnaissance.

Ce qui a été accompli est remarquable et ce qui reste à faire est considérable et demande la vigilance, l'esprit de responsabilité et le dévouement de tous :

- Vigilance, pour que la mutation en cours soit irréversible, pour quelques raisons et sous quelques formes que se soit.
- Esprit de responsabilité, pour que le débat demeure au niveau du seul intérêt national, et du rendez-vous avec l'histoire, pour la construction d'une Tunisie nouvelle libre et démocratique.
- Dévouement dont doivent faire preuve toutes les forces vives de la nation et plus particulièrement la profession médicale au service de la population parce que telle est sa vocation et tel est son honneur.

Communiqué : Aide sanitaire

Un collectif de Santé a été mis en place sous l'égide du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), réunissant les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins, le Syndicat des Médecins, Pharmaciens et Dentistes Hospitalo-universitaires, le Syndicat des Médecins, Pharmaciens et Dentistes de la Santé Publique, le Syndicat Tunisien des Médecins de Libre Pratique et le syndicat des Médecins Spécialistes de Libre Pratique. Ce collectif coordonne son action avec le Croissant Rouge Tunisien et les Ministères de la Santé Publique et de la Défense Nationale pour faire face à l'urgence humanitaire et sanitaire aux frontières Tuniso-libyennes et secourir les victimes libyennes.

Ce communiqué a informé le public que les médecins tunisiens et les structures sanitaires sont prêts à prodiguer l'assistance et les soins nécessaires gratuitement et à assurer l'accueil et l'évacuation des blessés aux structures adaptées, en fonction de la gravité de leur état.

Il a informé les professionnels de la santé bénévoles et tous ceux qui souhaitent faire des dons en médicaments ou en vivres de prendre contact avec le CNOM.

Ce collectif a coordonné également les opérations de soutien aux structures régionales sanitaires tunisiennes, sous forme de relais de missions d'une semaine d'équipes pluridisciplinaires. Et dans ce cadre l'Ordre a demandé aux professionnels de la santé qui souhaitent participer à ces missions, de contacter également le CNOM.

Un compte-courant bancaire indépendant est mis dès lors à la disposition des donateurs pour financer la fourniture de médicaments et de matériels de première nécessité au profit des régions et des victimes libyennes.

Pour toute personne qui désire contribuer au financement des opérations d'aide au profit des réfugiés libyens au sud du pays ou aux missions d'aide sanitaire aux gouvernorats qui en ont besoin, le compte à Amen Bank, El Menzah 1 Libellé du CCB : CNOM/don pour la révolution N° CCB : 07008002210554341733 est à votre disposition.

Communiqué : Dénonciation de la répression en Lybie

L'Ordre National des Médecins de Tunisie dénonce avec force la répression sanglante perpétrée à l'égard de la population libyenne et qui se transforme en génocide.

- Appelle la communauté internationale à intervenir vigoureusement pour mettre un terme à l'assassinat des civils désarmés.
- Demande aux instances humanitaires internationales de permettre l'ouverture d'un couloir sanitaire pour évacuer les blessés.
- Affirme son soutien au peuple libyen frère et met à sa disposition le corps médical tunisien pour secourir des victimes.
- Invite les citoyens tunisiens à un don de sang immédiat

Communiqué de dénonciation des agressions envers les médecins

Le conseil national de l'Ordre des médecins exprime sa profonde préoccupation, suite aux multiples agressions verbales et/ou physiques perpétrées à l'encontre des médecins au cours de l'exercice de leurs fonctions.

Il dénonce toutes formes de violences notamment celles qui ont touché récemment à la fois le personnel soignant et les établissements sanitaires.

Il appelle les autorités compétentes à mettre en place, sans délai, des solutions concrètes en faveur de la protection et la sécurité du corps médical et paramédical.

Le conseil national de l'Ordre des médecins veille aux conditions de l'exercice de la profession. Il invite les praticiens à saisir l'instance ordinaire chaque fois qu'ils sont menacés sur les lieux de travail, et à déposer systématiquement une plainte, même en cas d'agression verbale : les insultes et menaces aux professionnels de santé constituent un délit pénal.



L'action d'aide sanitaire pendant la révolution

Le soulèvement des tunisiens le 14 janvier 2011 a fait surgir un élan de solidarité et un patriotisme qu'on croyait disparu à jamais chez nous. D'ailleurs l'initiative est venue de plusieurs médecins qui ont contacté les conseils régionaux de l'ordre et le conseil national afin de s'inscrire sur une liste de bénévoles pour couvrir les manques en spécialités médicales dans les différentes régions sinistrées de notre pays et donner leurs soins aux populations défavorisées. C'est ainsi qu'une « cellule » de coordination de l'aide sanitaire a été mise en place au conseil national de l'ordre des médecins en collaboration avec les différents conseils régionaux et les syndicats des médecins hospitaliers et libéraux. Les besoins urgents des régions ont été répertoriés et c'est ainsi que plusieurs de nos confrères volontaires anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, gynécologues, pneumologues, rhumatologues, radiologues et ophtalmologues ont fait le déplacement vers ces régions pour leur apporter l'aide et selon les besoins spécifiques les collègues se sont dirigés vers les hôpitaux régionaux soit de Kasserine, du Kef, de Kébili, de Zarzis, alors que d'autres sont allés sur la frontière tuniso-libyenne. L'aide était plutôt symbolique et ponctuelle et nous a permis de mieux connaître les vrais besoins de ces régions.

A côté de cette bonne action conjoncturelle, les médecins tunisiens n'ont pas cessé de travailler, ne serait-ce qu'un jour, et malgré les conditions d'insécurité qui ont marqué pendant plusieurs semaines notre pays après la journée mémorable du 14 janvier en assurant la continuité des soins 24h/24h dans pratiquement toutes les structures sanitaires existantes sur tout le territoire tunisien au détriment de leur famille et de leur sécurité. D'autres jeunes médecins bénévoles en formation et des étudiants en médecine étaient plus présents à la place du gouvernement au moment des deux sit-in de la Kasbah I et II. Ils ont assurés les premiers soins d'urgence sur place pour les nombreux grévistes de la faim et la prise en charge des malades chroniques parmi les protestataires. L'ensemble du corps médical tunisien a répondu aux demandes de soins des citoyens dès les premiers jours du soulèvement populaire et a accompli son devoir de soignant et de citoyen à part entière en étant fier d'appartenir à ce beau pays.

Dr. Rim Horchani

Assemblée Générale du 5 mars 2011

Le conseil national de l'Ordre des médecins, un mois après la répartition des tâches au sein de son nouveau bureau, organise en collaboration avec le conseil national de l'Ordre des médecins dentistes une assemblée générale à laquelle il invite tous les médecins et médecins dentistes à assister au débat sur le rôle du médecin dans la politique de santé après la révolution du 14 janvier 2011. Cette assemblée générale a eu lieu le samedi 05 mars 2011 à l'amphithéâtre cérémonial de la Faculté de Médecine de Tunis. Etaient présents à la tribune le doyen de la faculté de médecine de Tunis, la présidente du conseil national des médecins dentistes, le président du CNOM en exercice et comme modérateur de la séance, un ancien président du CNOM. Après les allocutions de bienvenue et une introduction pour placer le cadre de la réunion dans son contexte post révolution et débattre du rôle de la profession dans l'accomplissement de la révolution, la parole est donnée à l'assistance.

Plusieurs collègues médecins et médecins dentistes ont pris la parole les uns après les autres, le débat était assez chaud avec une liberté déconcertante où on a tout entendu, une bonne séance de thérapie de groupe. Les principales idées et recommandations de la réunion ont fait l'objet d'un communiqué de presse publié le 9 mars 2011 par le conseil national de l'ordre des médecins, voir plus loin le texte intégral. Par ailleurs un commentaire assez amusant et caricatural a concerné d'autres aspects de la réunion et qui a été publié le 6 mars 2011 sur facebook par Dr Mounir Charfi dont le texte intégral est publié plus loin dans la rubrique opinions, assemblée générale, récit d'un confrère.

Communiqué du 9 mars 2011

A l'initiative du conseil national de l'ordre, les médecins se sont réunis le samedi 5 mars 2011 pour débattre du rôle de la profession dans l'accomplissement de la révolution.

Un hommage a d'abord été rendu à ceux, qui au prix de leur vie ou de leur sang, ont renversé la dictature et requalifié le citoyen dans sa dignité. Leur sacrifice leur confère des droits sur nous et nous investit d'une responsabilité sacrée. Cette responsabilité est faite d'un devoir de vigilance pour que la rupture avec le régime déchu, son système, ses méthodes et ses affidés, soit nette et irréversible.

Cette responsabilité exige que les principes de liberté, de dignité et de justice deviennent intangibles. Cette responsabilité demande à chacun de participer dans les structures professionnelles au processus d'établissement d'institutions démocratiques.

Cette responsabilité fait une ardente obligation à différer, quand elles n'ont pas de caractère urgent, toutes les revendications et à redoubler d'effort pour relancer une pleine activité sans laquelle tout serait durablement compromis. Cependant, d'ores et déjà, un vaste travail d'évaluation, de réflexion et de proposition doit être initié pour que les secteurs qui ont pu être pervertis dans leur vocation, tel le secteur de la santé, recouvrent leur éthique et leurs valeurs. Cette responsabilité doit s'exprimer enfin dans une double solidarité :

- Solidarité vis-à-vis de nos compatriotes en situation de précarité
- Solidarité avec les peuples frères qui à leur tour ont engagé le combat de l'honneur et de la dignité.

La flamme de l'espérance qui est née chez nous, ne doit pas s'éteindre.



MÉDECINS SPÉCIALISTES À L'INTÉRIEUR. UNE SOLUTION DURABLE ET JUSTE

Une délégation du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie a rencontré Madame la Ministre de la Santé Publique le mercredi 16 février 2011 pour évoquer les urgences sanitaires et certaines préoccupations de la profession médicale.

A cette occasion, l'Ordre des médecins réitère sa totale adhésion aux valeurs de la révolution tunisienne et sa solidarité avec les concitoyens qui ont souffert de l'exclusion et qui ont été victimes de violences et propose des mesures pour renforcer le nombre de médecins spécialistes à l'intérieur du pays.

Pour commencer, l'ordre s'engage fermement à apporter son soutien aux régions sinistrées par des missions sanitaires dans les hôpitaux régionaux en renfort aux médecins déjà présents et pour parer, dans l'urgence, aux manques enregistrés au niveau des équipes soignantes.

Il appelle à l'adoption de solutions durables et justes pour ces régions et considère que l'affectation provisoire de médecins dans le cadre d'un Service National ne représente pas l'option idéale. Le service national est de fait, appliqué au seul corps médical et plus particulièrement aux médecins des spécialités sous représentées. De ce fait, il est vécu comme une injustice vis-à-vis des médecins spécialistes. Il s'agit d'une mesure arbitraire et inadaptée, décrétée par le gouvernement précédent, en réponse au déséquilibre de la répartition des prestations sanitaires dans le pays. Cette mesure ne conduit pas à l'adhésion de ces médecins au développement des structures où ils seront affectés. Elle constitue un blocage à la création d'emplois et au recrutement définitif de médecins dans ces régions. De plus, elle fait abstraction des situations personnelles et familiales, puisque bon nombre de confrères convoqués pour effectuer leur service national sont déjà installés dans le secteur libéral, et devraient par conséquent, fermer leurs cabinets médicaux, mettre au chômage leurs secrétaires et infirmières, entrer en cessation de paiement de leurs créances et loyers, abandonner leurs clientèles et quitter leurs familles. Autant il exprime son attachement à promouvoir les hôpitaux régionaux, autant l'Ordre des Médecins reste convaincu de la nécessité de préserver les unités de soins universitaires qui doivent être la référence pour assurer la formation des médecins de demain. L'appauvrissement en effectifs de ces unités, par l'affectation des nouveaux assistants hospitalo-universitaires, ayant souvent une formation spécifique, dans des structures encore sous équipées à l'intérieur du pays, est contre productive à plus d'un titre et ne pourra avoir que des conséquences néfastes sur la santé des citoyens et l'avenir de la médecine tunisienne.



SERVICE NATIONAL ET MÉDECINS SPÉCIALISTES

Le service militaire était pendant plusieurs décennies le passage obligé, réservé aux chômeurs pris lors des rafles et aux médecins aux quels il est imposé une attestation de régularisation de la situation militaire avant l'inscription au tableau de l'ordre des médecins et par voie de conséquence juste avant le début d'une carrière professionnelle.

Pour les hôpitaux régionaux, la plupart des soins médicaux en spécialité étaient assurés et le sont encore dans certaines régions par des médecins étrangers, des chinois des européens de l'est ou des russes qui étaient recrutés dans le cadre de la coopération technique et pour la plupart avec des petits salaires. Ces médecins sous payés ont fait ce qu'ils pouvaient compte tenu de leur modeste qualification, en revanche dans certaines spécialités chirurgicales comme la gynécologie, plusieurs cas de complications graves ont été constatés et sous la pression des populations locales, les pouvoirs publics d'avant le 14 janvier 2011 avaient préparé tout un programme pour faire bénéficier ces régions des jeunes compétences tunisiennes. Le projet consistait à imposer par la loi le passage obligatoire par ces régions de tous les médecins détenteurs de diplômes dans certaines spécialités parmi les plus demandées comme la gynécologie, la réanimation, la pédiatrie et la chirurgie et les besoins sont différents d'une région à l'autre. D'où la réactualisation du décret sur le service national et les affectations individuelles pour l'adapter aux besoins du ministère de la santé publique.

Les conditions étaient déjà médiocres avant le 14 janvier, elles sont devenues intenable après cette date pour plusieurs régions à cause des départs précipités des coopérateurs. Pour revenir à ce texte qui a été élaboré par le MSP et soumis aux organisations professionnelles des médecins ordre et syndicat et malgré les réserves exprimées par le CNOM, le texte fut adopté et publié en 2010. Le gouvernement provisoire n'a pas trouvé mieux pour résoudre le problème de pénurie de spécialistes dans ces régions que d'appliquer cette loi. Comment appliquer équitablement cette loi pour tous les spécialistes hommes et femmes, sans discrimination alors que les besoins des régions ne concernent que certaines spécialités et pas toutes ? Il faut savoir que cette loi est déjà appliquée pour les nouveaux assistants et les conséquences n'ont pas tardé à apparaître et le dernier concours d'assistantat a été marqué par un nombre de postulants inférieur aux postes créés dans certaines spécialités. Les conséquences sont désastreuses et je vous laisse imaginer la situation dans les services universitaires d'ici quelques années.

Par ailleurs, le conseil national a beaucoup insisté auprès du ministère de la santé pour privilégier le recrutement des médecins spécialistes dans les régions qui en ont besoin. La ministre nous tient alors au mot et nous promet de recruter de suite 250 médecins spécialistes. Nous chargeons une personne au CNOM pour contacter tous les médecins spécialistes inscrits au tableau de l'ordre et classés sans activité (non recruté par la santé publique et non installé dans le secteur privé) et qu'elle fut notre surprise, quand sur plusieurs centaines de médecins contactés nous n'avons pu proposer au ministère de la santé qu'une trentaine de candidats. Il semble qu'il n'y a pas de chômage chez les médecins spécialistes et on se pose des questions sur les activités réelles de tous ceux qui ont refusé la proposition de recrutement de suite. Sont-ils entrain d'assurer des remplacements en Tunisie ou à l'étranger ? Sont-ils entrain d'exercer à l'étranger. Y'a-t-ils des diplômés qui ont changé de profession ? Et comment gagnent-ils leur vie ? Les questions restent sans réponse.

Dr. Mounir Youssef Makni

- Décret n° 2010-1681 du 5 juillet 2010, modifiant le décret n° 2004-516 du 9 mars 2004, fixant les modalités de désignation des incorporés pour accomplir le service national en dehors des unités des forces armées et le taux de la participation pécuniaire mensuelle à la charge des incorporés dans le cadre des affectations individuelles et dans le cadre de la coopération technique.
- Arrêté conjoint du ministre de la défense nationale, du ministre des finances et du ministre de la santé publique du 29 septembre 2010, fixant le montant de la prime spécifique octroyée aux incorporés désignés pour accomplir le service national auprès du ministère de la santé publique et des structures y relevant.



Projet de réforme des études médicales et formation du médecin de famille et du médecin spécialiste en Tunisie

Le ministère de la santé publique a soumis au CNOM pour avis, un projet de décret fixant le cadre général du régime des études médicales et les conditions d'obtention du diplôme national de docteur en médecine habilitant à l'exercice de la médecine de famille.

Dans son article 3, ce décret stipule que les *études médicales comportent 3 cycles : un premier cycle des études médicales (PCEM) qui dure deux (2) années ; un deuxième cycle des études médicales (DCEM) qui dure quatre (4) années et un troisième cycle des études médicales (TCEM) qui conduit :*

- soit à l'habilitation à l'exercice de la médecine de famille après une formation de deux années,
- soit au Diplôme de médecin spécialiste après une formation de 4 ou 6 années selon le cursus de la spécialité médicale choisie.

Pourquoi réformer ?

Plusieurs arguments plaident en faveur d'une réforme urgente de l'enseignement médical et des filières de formation du médecin de famille et du médecin spécialiste en Tunisie. Parmi ces arguments, on peut citer :

- La nécessité de revaloriser la médecine générale vécue comme un échec alors que le système actuel de santé, en particulier depuis la création de la CNAM, a élevé le médecin généraliste au rang de médecin spécialiste en médecine de famille dont le rôle est de plus en plus important dans la chaîne des soins.
- Les recommandations des évaluations externes, en particulier de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF), qui ont été effectuées début 2005 dans les Facultés de Tunis et de Sousse.
- Les résultats des études effectuées par la Direction des études et de la planification du Ministère de la Santé Publique qui ont fait la lumière sur les modifications épidémiologiques, sociales et économiques que connaît notre pays à savoir l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et l'augmentation de l'incidence du diabète, de l'hypertension artérielle et des maladies cardio-vasculaires, de l'obésité, des cancers et des maladies psychiatriques.
- La nécessité d'adapter notre formation aux standards internationaux avec la formation du Médecin de Famille en 8 ans et du spécialiste en 10 à 12 ans avec un enseignement et des évaluations périodiques obligatoires.

Les bases de la réforme

La réforme s'articule autour de 3 idées principales :

1. Déplacer la date du Concours National de Résidanat (après la 5ème année ou DCEM-3 à la mi-octobre) et en restructurer les modalités.
2. Restructurer l'enseignement du 2ème cycle : actualisation et intégration multidisciplinaire des cours.
3. Valoriser les stages hospitaliers en particulier ceux relatifs aux stages internés de médecin de famille.

Ainsi, à la fin de la 5ème Année (2ème session, juillet) est

organisé à la mi octobre de la même année un Concours National de Résidanat.

Ne peuvent se présenter à ce Concours de Résidanat que les étudiants qui auront validé tous les stages et tous les crédits. Ces étudiants qui ont réussi la 5ème année n'auront pas uniquement 3 mois pour préparer le Concours de Résidanat mais pourraient commencer à le faire dès la 1ère année du 2ème cycle (DCEM-1). De plus, la 5ème année sera allégée par translation des cours pour permettre aux étudiants de concourir dans de bonnes conditions.

Dans tous les cas et avant de débiter la 6ème année (DCEM-4 ou l'année d'internat pour tous), les étudiants devront être classés en futurs résidents ou futurs internes de médecins de famille.

Les étudiants qui ont échoué à un premier concours de résidanat pourront demander un report des stages de la 6ème année pour repasser une 2ème fois le concours de résidanat.

Tous les candidats qui ont réussi à la 5ème Année, qu'ils aient passé ou non le concours de résidanat, seront obligés d'effectuer une année d'internat de 3 quadrimestres : l'un en médecine, l'autre en chirurgie et le 3ème sera variable en fonction du statut :

- Pour les internes de spécialités, il sera libre parmi tous les services hospitalo-universitaires.
- Pour les internes de médecine de famille, il devra obligatoirement passer soit en Gynécologie soit en Pédiatrie.

Durant cette année d'internat, les internes de spécialités passeront les examens de cliniques de Chirurgie et de Médecine tandis que les internes de Médecine de Famille passeront les examens de cliniques de Médecine, de Chirurgie et soit de Gynécologie, soit de Pédiatrie.

Cette année d'internat pour tous débutera le 1er janvier de chaque année pour permettre la correction en deux mois et demi du Concours National de Résidanat soit du 15 octobre à fin décembre.

À la suite de cette année d'internat (DCEM-4), les étudiants entament le troisième cycle des études médicales :

- Certains étudiants entreront directement dans la formation spécialisée de médecin de famille qui durera deux ans.
- D'autres étudiants qui avaient déjà réussi au concours de résidanat vont rentrer directement dans les différentes filières des spécialités du résidanat qui durera selon les spécialités de 4 à 6 ans.

L'avis du CNOM

Le CNOM a exprimé son adhésion aux principes de cette réforme, tout en insistant sur :

- L'importance des décrets complémentaires qui seront ultérieurement établis, spécifiques de chaque faculté de médecine, et qui devront consacrer les principes de l'intégration des cours et de la valorisation des stages.
- L'utilité d'instaurer des concours de résidanat régionaux, ce qui aura l'avantage de développer les spécialités médicales dans les régions tout en augmentant les chances de réussite des étudiants qui désirent passer plusieurs concours.

Dr. Nabil Ben Zineb



L'HÔPITAL PRIVÉ EN TUNISIE : ÉTABLISSEMENT SANITAIRE « HYBRIDE » ?

Nous revenons sur le décret n° 2010-2200 du 6 septembre 2010, modifiant et complétant le décret n° 93-1915 du 31 août 1993, fixant les structures et les spécialités ainsi que les normes en capacité, locaux, équipements et personnels des établissements sanitaires privés qui a été publié au JORT n° 74 du 14 septembre 2010, 2534 -2536 pour commenter plus librement certains aspects.

Parmi les nouveautés introduites par ce décret, nous relevons un allègement des normes en personnel et en équipement pour les hôpitaux privés par rapport aux anciennes normes de 1993. Ces nouvelles normes sont pratiquement calquées sur celles des cliniques pluridisciplinaires. Nous relevons aussi une réécriture de l'article 9 de sorte qu'il autorise désormais et sans limite le recours par l'hôpital privé aux médecins et biologistes de libre pratique pour dispenser des prestations aux malades hospitalisés avec une rémunération à l'acte alors que ce recours était l'exception justement pour séparer les modes d'exercice salarial et libéral et éviter ainsi les dérapages et les dépassements.

Cette démarche pourrait faire de l'hôpital privé, un grand établissement sanitaire privé hybride jouissant des avantages de l'hôpital et de ceux de la clinique en même temps. Parmi les avantages d'un hôpital privé ce sont l'ouverture des consultations externes privées au sein même de l'hôpital et la forfaitisation des actes médicaux, ce qui constitue une concurrence déloyale par rapport aux médecins libéraux et une exploitation des médecins salariés de cet hôpital privé. Nous craignons en conséquence que tôt ou tard, ce nouveau modèle libéral hybride deviendra une source de problèmes déontologiques et d'exercice.

Le texte rappelle la restriction exclusive de l'activité du laboratoire de biologie médicale des établissements sanitaires privés aux malades hospitalisés et aux malades vus aux urgences. Bien sûr cette restriction ne

concerne pas les hôpitaux privés qui restent ouverts à tous les malades internes et externes. Le texte rappelle la même restriction pour la radiologie sauf pour le matériel lourd qui peut prodiguer des actes à titre externe. Cette restriction ne concerne pas non plus les hôpitaux privés.

Le même décret introduit dans son article 27 bis, l'obligation de la médicalisation des actes d'anesthésie pratiqués au sein des cliniques privées ayant une activité chirurgicale. Nous remarquons pour la première fois l'utilisation du terme clinique au lieu d'établissement sanitaire privé. Cette précision prendra un sens un peu plus loin quand on déroge à l'obligation de médicalisation des actes d'anesthésie pour les hôpitaux privés. Quelle clairvoyance de la part de ceux qui ont commandé et suggérer ces modifications. C'est une écriture qui a dénaturé le texte original de 1993 dans le but de servir quelques privilégiés et cela même contre l'avis de l'ordre des médecins.

En résumé, un hôpital privé est une clinique pluridisciplinaire qui organise légalement des consultations externes dans ses murs, qui a un laboratoire de biologie ouvert sur les malades externes et un service de radiologie qui pratique tous les actes de radiologie aux malades externes en toute légalité et qui n'a pas d'obligation de médicalisation des actes d'anesthésie, et de surcroît emploie des médecins salariés à faible coût. C'est considéré par plusieurs collègues comme étant de la concurrence déloyale envers les médecins libéraux et les cliniques privées et il est de la responsabilité de tous de veiller à l'annulation de ces modifications qui ont tant dénaturé le texte original et lui ont fait perdre son sens et ses fondements. A bon entendeur.

La rédaction



MÉDICALISATION DES ACTES D'ANESTHÉSIE

Nous revenons sur l'article 27 bis du décret n° 2010-2200 du 6 septembre 2010 (*) qui concerne un mode d'exercice libéral très particulier celui des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) et qui souffre de l'absence d'une réglementation spécifique. Cet article vient se glisser dans ce décret sur les établissements sanitaires privés comme pour combler une défaillance réglementaire.

Nous pensons que cette obligation de la médicalisation des actes d'anesthésie aurait dû être accompagnée par une pléiade d'autres articles précisant en particulier le nombre de MAR par établissement sanitaire privé en fonction du nombre de salles d'opérations, du nombre d'interventions chirurgicales, d'accouchements et d'actes en hôpital du jour, mais aussi les modalités pratiques pour assurer la continuité des soins et la sécurité optimale des patients. Nous pensons qu'un texte réglementant cet exercice particulier devrait être minutieusement préparé et soumis à l'approbation des différentes parties concernées par cet exercice, à savoir les MAR et toutes les structures professionnelles des spécialités chirurgicales, médicales et exploratoires ainsi que les représentants des directeurs des établissements sanitaires privés.

Les actes d'anesthésie pratiqués au sein des cliniques privées doivent être effectués par les médecins spécialistes en anesthésie réanimation et sous leur responsabilité même s'ils sont aidés en cela par les techniciens supérieurs en anesthésie. Ce qui nous amène à dire qu'aucun malade ne sera endormi sans avoir été vu par le médecin anesthésiste et sans sa présence tout au long de l'intervention puisqu'il est

stipulé que les prestations d'anesthésie réanimation doivent être assurées de manière continue. La question qui se pose aujourd'hui : avons-nous suffisamment de MAR dans les cliniques pour couvrir les 4 à 6 heures de grandes fréquentations des cliniques par les médecins spécialistes qu'on peut évaluer à une quinzaine de postes différents d'anesthésie et de réanimation par polyclinique d'une capacité moyenne ?

La médicalisation des actes d'anesthésie au sein des cliniques constitue un objectif à atteindre très probablement dans les prochaines années. La volonté d'y parvenir est partagée par tous et ne concerne malheureusement que les cliniques et l'obligation épargne dans les textes les hôpitaux privés et les hôpitaux publics qui ne sont pas concernés par ce décret. Il s'agit d'une discrimination qui certes améliore la sécurité des malades des cliniques mais surcharge le coût des actes des interventions pour une patientèle assez modeste jouissant d'une couverture en assurance maladie très partielle et limitée à certaines interventions chirurgicales.

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

La rédaction



AUDIT DES ÉTATS DES RECETTES & DÉPENSES DU CNOM POUR L'EXERCICE 2009 Synthèse & Recommandations

Au cours de l'année 2010, le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie a chargé un auditeur externe de procéder à l'étude minutieuse des états financiers de l'institution pour l'exercice 2009. A la fin de sa mission, l'auditeur externe a établi un rapport détaillé dont les principales conclusions sont les suivantes :

- Aucune « malversation » ou anomalie grossière de gestion de l'institution.
- Le CROM de Sfax est la meilleure structure ordinale du point de vue organisation de la gestion financière.
- Les dépenses de chaque CROM rapportées au nombre de médecins qui y dépendent varient entre 3.9 DT et 24.5 DT (tableau suivant). Ces disparités peuvent s'expliquer par une part fixe des charges indépendante de l'effectif des médecins (entretien, taxes ...).

CROM	Nb médecins	Dépenses par Médecin (DT)
Béja	708	14.124
Gabès	734	24.523
Gafsa	594	16.835
Sfax	1908	14.675
Sousse	2718	8.830
Tunis	7516	3.991

- Certaines dépenses semblent élevées : frais de bureautique (plus de 21 mille dinars), frais des télécommunications (près de 13 mille dinars). Plusieurs mesures ont été prises pour maîtriser ces dépenses : abonnements à des lignes téléphoniques mobiles, changement de l'abonnement wimax par l'adsl ...
- Par ailleurs, l'auditeur a attiré notre attention sur certaines anomalies d'organisation : absence de logiciel de gestion des cotisations des médecins dans certains CROM, absence de bordereau pour certaines transmissions entre les différents CROM et le CNOM...
- Enfin, d'autres anomalies concernent le respect de la réglementation sociale et fiscale en vigueur : certaines primes ou heures supplémentaires accordées au personnel des conseils n'ont pas fait l'objet de déclaration à l'IRPP, divers règlements n'ont pas fait l'objet de retenue à la source de 15%...

Tous les trésoriers de l'institution ordinale se sont engagés à œuvrer au mieux pour corriger toutes ces anomalies.

Dr. Nabil Ben Zineb

BILAN FINANCIER DU CNOM 2009-2010

Libellé	Montant en DT
Solde au 01/01/2009	385 609,415
Recettes 2009 (essentiellement cotisations)	+593 485,561
Dépenses 2009	
Charges CNOM : 164 946,396	-475 907,034
Charges CROM : 127 500,000	
Charges du personnel : 163 652,018	
Investissement : 019 808,620	
Solde au 01/01/2010	503 187,942
Recettes 2010 (essentiellement cotisations)	+728 875,372
Dépenses 2010	
Charges CNOM : 139 805,863	
Charges CROM : 089 184,000	-483 760,090
Charges du personnel : 157 231,282	
Investissement : 097 538,945	
Solde au 01/01/2011	748 303,224

Les détails du bilan financier de l'institution ordinale pour les années 2009-2010 sont consultables au siège du CNOM par tout médecin inscrit au tableau de l'ordre.

Dr. Nabil Ben Zineb

COMPOSITION DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS 2011-2012

Suite aux élections qui se sont déroulées le Samedi 08 Janvier 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins de Tunisie s'est réuni le 24 Janvier 2011 et a procédé à la répartition des fonctions comme suit :

Président	Dr. Mohamed Néjib CHAABOÛNI
Vice-Présidents	Dr. Amen Allah MESSADI Dr. Najeh CHENITI
Secrétaire Général	Dr. Nabil BEN ZINEB
Secrétaire Général-Adjoint	Dr. Mohamed AYED
Trésorier	Dr. Mounir BEN SLAMA
Trésorier Adjoint	Dr. Kilani CHABBOÛH
Membres	Dr. Mohamed Ahmed ALOÛLOÛ Dr. Abdelhamid BOUATTOÛR Dr. Rachid KAMOÛN Dr. Slim BEN SALAH Dr. Mounir Youssef MAKNI Dr. Lotfi BEN HASSINE Dr. Youssef LETAIEF Dr. Emna MENIF Dr. Rim HORCHANI

COMPOSITION DES COMMISSIONS NATIONALES 2011-2012

Le conseil national de l'Ordre des médecins procède lors de la réunion de répartition des fonctions qui suit chaque renouvellement de la moitié des membres à la désignation des représentants de l'ordre au sein des conseils/comités/commissions/groupes de travail permanents des ministères et organismes qui en dépendent. Cette désignation est faite sur la base de la compétence, de l'absence de conflit d'intérêt et de la répartition équitable des tâches par consensus. (Article 12 du règlement intérieur de l'ordre des médecins de 2010)

Commission	Nom du représentant
Ethique médicale	DR CHAABOÛNI
Reconnaissance des qualifications (spécialités et compétences)	DR MENIF, DR BEN ZINEB, DR MESSAADI
Biologie médicale (MSP)	DR MAKNI, DR HORCHANI
Agrément Etablis. Sanitaires Privés et équipements lourds (MSP)	DR MAKNI, DR HORCHANI
Spécialités Pharmaceutiques (MSP)	DR KAMOÛN, DR MESSAADI, DR MENIF
Bureau National des Stupéfiants (MSP)	DR CHABBOÛH
Sida (MSP)	DR BEN SLAMA
Alimentation du Nourrisson et de l'enfant (MSP)	DR MESSAADI
Transfusion Sanguine (MSP)	DR HORCHANI
Octroi de visa pour les filtres d'hémodialyse (MSP)	DR AYED
Médecine de reproduction (MSP)	DR BEN ZINEB, DR MAKNI
Médecine d'urgence (MSP)	DR KAMOÛN
Validation des candidatures aux concours de recrutement du M.s.p. (MSP)	DR MENIF
Equivalence des Diplômes (M. Enseignement Sup)	DR BEN ZINEB
CNAM (Contrôle médical)	DR LETAIEF, DR MESSAADI
CNAM (Commission nationale sectorielle des médecins libéraux)	DR AYED, DR LETAIEF
Exportation des Services	DR BEN SALAH, DR BEN HASSINE
UTSS	DR CHENITI
Révision de la législation (loi 91/21, code de déontologie médicale, décrets 92/448 et 91/1647, entraide)	DR CHAABOÛNI, DR MAKNI, DR CHABBOÛH, DR AYED



COMMISSIONS ET COMITÉS INTERNES

1. Commission de contrôle des comptes et des placements financiers de l'ensemble de l'institution ordinale en application du règlement intérieur de l'ordre 2010

DR CHENITI N.
DR MESSADI A.
DR MAKNI M.Y.
DR HORCHANI R.

2. Commission paritaire de la trésorerie de l'ordre pour 2011 (composée par les 4 membres de la commission de contrôle des comptes de l'ordre, par les deux trésoriers du conseil national et par les 6 trésoriers des conseils régionaux).

DR CHENITI N.
DR MESSADI A.
DR MAKNI M.Y.
DR HORCHANI R.
DR BEN SLAMA M.
DR CHABBOUH K.
Dr BANASR A.
DR BACHA K.
DR BEN H'MED A.
DR GHERIBI S.
DR MKAOUIAR R.
DR ACHACHE H.

3. Comité de suivi du projet de la Maison du médecin

DR MAKNI M.Y.
DR BEN SLAMA M.
DR NACEF T.
DR MESSADI A.
DR BEN ZINEB N.
DR CHENITI N.
DR CHAABOUNI N.
DR CHTOUROU S.

4. Comité d'éthique de l'Ordre

DR CHAABOUNI N.
DR CHENITI N.
DR MESSADI A.
DR BEN ZINEB N.
DR MAKNI M.Y.
Président du CROM

5. Comité éditorial du bulletin, du Site du CNOM et de l'informatique

DR MAKNI M.Y.
DR MENIF E.
DR AYED M.
DR HORCHANI R.
DR BEN HASSINE L.
DR BEN SALAH S.

6. Comité de réflexion sur l'exportation des Services de soins

DR BEN SALAH S.
DR BEN SLAMA M.



COMPOSITION DES CROMS POUR 2010-2011

CROM BEJA

Président :	Dr. Ameer HASNAOUI
Vice Président :	Dr. Abdellatif TOUJANI
Secrétaire Général :	Dr. Chaouki RIABI
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Féthi REZGUI
Trésorier :	Dr. Khaled BACHA
Membres :	Dr. Fadhel BEDHIEFI
	Dr. Khalil BOUKHRIS
	Dr. Sahbi MAALI

CROM SFAX

Président :	Dr. Amine GHORBEL
Vice Président :	Dr. Anouar ABDELKAFI
Secrétaire Général :	Dr. Hassen TURKI
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Lotfi TRIKI
Trésorier :	Dr. Ridha MKAOUIAR
Membres :	Dr. Imed MAALOUL
	Dr. Adlene ABDELHEDI
	Dr. Mohamed HAMMAMI

CROM GABES

Président :	Dr. Hédi SAÛLA
Vice Président :	Dr. Sami KRIMI
Secrétaire Général :	Dr. Med Mongi BOUKHCHINA
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Ridha RIAHI
Trésorier :	Dr. Abdelhamid BEN H'MED
Membres :	Dr. Fatima AMORRI
	Dr. Abdelhakim ISSAOUI
	Dr. Med Hédi KADRI

CROM TUNIS

Président :	Dr. Hatem JABBES
Vice Président :	Dr. Taieb BASSOUMI
Secrétaire Général :	Dr. Jalel BOUBAKER
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Ridha DHAOUI
Trésorier :	Dr. Ahmed BANASR
Membres :	Dr. Sadok EL HAMMAMI
	Dr. Samir CHTOUROU
	Dr. Mohamed Ridha BEN SLAMA

CROM GAFSA

Président :	Dr. Zine Elabidine MISSAOUI
Vice Président :	Dr. Noureddine RABHI
Secrétaire Général :	Dr. Abdelmoumen EL ACHKHAM
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Imed BRAHMI
Trésorier :	Dr. Sabeur GHERIBI
Membres :	Dr. Abdelghani CHAABANI
	Dr. Wided ZAANI
	Dr. Larbi LETIFI

CROM SOUSSE

Président :	Dr. Farhat GUETAT
Vice Président :	Ali MTIRAOUI
Secrétaire Général :	Dr. Foued BOUZAOUECHE
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Mohamed LIOUANE
Trésorier :	Dr. Hatem ACHACHE
Membres :	Dr. Mohamed Fathi BEN ALAYA
	Dr. Sahbi DIMASSI
	Dr. Youssr ZINELABIDINE

Il est à noter que Dr Hatem Achache est sous le coup d'une sanction disciplinaire confirmée en appel et que d'après la loi n° 91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste dans son article 33 qui stipule que l'avertissement et le blâme entraînent, en outre, la

privation du droit de faire partie du conseil national ou du conseil régional pendant une durée de un an.

En conséquence il ne peut pas siéger dans ses fonctions de conseiller à partir de la notification du jugement c'est-à-dire du 24/05/2011 au 23/05/2012



RELATION CONTRACTUELLE ENTRE MÉDECINS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS (MAR) ET ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVÉS

Le Dr. Rachid Kamoun, anesthésiste réanimateur et membre du conseil national de l'ordre a publié un point de vue sur le bulletin de l'ordre du mois décembre 2010. C'était la synthèse d'un séminaire organisé par la société tunisienne d'anesthésie réanimation qui a été consacré à la relation conventionnelle et contractuelle entre les MAR et les établissements sanitaires privés. Des juristes et médecins anesthésistes français ont été invités pour parler de leur expérience et il semble que le contexte français soit très différent du notre puisque l'obligation de la médicalisation des actes d'anesthésie est très ancienne en France alors que le nombre de MAR est toujours au dessous des besoins réels. En France, les MAR sont très demandés et jouissent d'une autorité assez particulière au sein des établissements sanitaires privés. Certains d'entre eux se permettent de faire travailler sous leur nom et responsabilité des MAR étrangers, qui sont le plus souvent sous payés et sans aucune sécurité sociale.

Donc aucune réelle comparaison entre la situation française et tunisienne en la matière sauf notre ambition d'arriver un jour à médicaliser totalement les actes d'anesthésie et de réanimation et de trouver les moyens de leurs financements. D'ailleurs, nous regrettons que l'ordre des médecins n'ait pas été invité à cette réunion et qu'il n'ait pu contribuer activement au débat qui est resté limité aux MAR. Le point de vue des autres médecins spécialistes était absent dans ce débat et c'est très regrettable car le patient à l'origine, choisit l'un de ces médecins pour l'intervention chirurgicale ou pour l'examen exploratoire et ce sont ces médecins qui le confient au MAR pour l'acte d'anesthésie.

Les conclusions de cette réunion étaient la préparation d'un contrat type pour l'exercice de l'AR, établi entre les MAR et les établissements sanitaires privés comme il a été stipulé à l'article 27 bis. Dr. Kamoun s'est inspiré de

la réglementation française et a préparé un projet de contrat, une séance de travail a été consacrée à ce sujet lors de la réunion de coordination de l'ordre des médecins au mois de juin 2010. Le débat était riche entre les différents intervenants et la discussion a buté sur un point qui concerne l'exclusivité de l'activité de l'AR imposée aux cliniques par les MAR conventionnés signataires et qui exigent leur approbation et consentement pour tout nouveau MAR désirant rejoindre l'équipe. A cela s'ajoute la durée du contrat et le dédommagement en cas de rupture de contrat avant terme par la clinique. Ce sont les deux points de discorde qui n'ont pas recueilli l'adhésion des conseillers présents.

Nous rappelons que cette exclusivité est une revendication syndicale des MAR et qui a certainement des bien faits sur l'indépendance de l'exercice de l'AR, mais elle peut générer aussi des problèmes relationnels entre les jeunes MAR qui aspirent à se sédentariser au sein d'une équipe et les moins jeunes titulaires d'une place qui bloquent les nouvelles candidatures surtout en l'absence de norme de capacité en MARs pour une clinique. Cette exclusivité pose un problème pour le patient qui se trouve privé du libre choix du médecin et cette situation serait contre productive voire dangereuse dans certain cas et pourvoyeuse de conflits entre médecins.

L'exercice de l'AR est très particulier et mérite plus de réflexion et plus de concertation avec les autres spécialistes représentés par leur société savante pour élaborer des recommandations consensuelles de bonnes pratiques de l'AR dans le secteur public et libéral. A bon entendeur, le débat reste ouvert.

Dr. Mounir Youssef Makni

Le Médecin des Prisons en Tunisie. Etat des lieux

C'est le 1er Mars 1988 qu'a commencé l'exercice de la médecine dans les prisons tunisiennes pour se développer petit à petit par la suite. Le service médical était géré par des médecins conventionnés avec la direction des prisons. Ces médecins étaient tenus d'assurer théoriquement deux vacations par semaine d'une heure maximum chacune pour garantir une prise en charge médicale aux détenus, aidés en cela par un agent de la sécurité qui faisait fonction d'infirmier. En plus de ces ressources humaines très réduites, l'infrastructure destinée à l'activité médicale se limitait à un local de 12 m² avec une chaise, une table faisant fonction de bureau, une table d'examen façonnée artisanalement dans les ateliers de la prison, un stéthoscope, un tensiomètre et très rarement un marteau à réflexe. Pour les malades nécessitant la mise en observation pour maladie ordinaire, chronique ou l'isolement pour maladies contagieuses, la majorité des prisons ne disposait à cette époque que d'une chambre allouée à cet effet.

Alors, dans ces conditions, demander une simple radio de thorax faisait partie du parcours du combattant car il fallait trouver un moyen de transport, des agents d'accompagnement et un service de radiologie disponible pour pouvoir transférer le détenu malade à l'hôpital le plus proche. Comme on pouvait l'imaginer, ça pourrait affecter l'exécution des prescriptions médicales et parfois retarder une prise en charge spécialisée et ce ci indépendamment de la volonté du médecin des prisons.

Nous étions en 1988 quatre médecins exerçant à plein temps :

- Un médecin responsable à la direction centrale des prisons dépendant du ministère de l'intérieur.
- Un médecin affecté à la prison 9 Avril
- Un médecin assurant la prise en charge médicale dans les trois prisons de Bizerte.
- Une femme médecin dans la prison des femmes de Manouba.

Ces quatre médecins étaient détachés du ministère de la santé publique auprès du ministère de l'intérieur, et devaient en plus et par moment intervenir dans d'autres prisons pour assurer des consultations médicales. Ils faisaient ce qu'ils pouvaient compte tenu de leur nombre réduit et de l'importance de la demande de soins.

Mais devant la demande croissante en soins médicaux de la part des détenus d'une part, et les revendications des familles et d'organisations gouvernementales et non gouvernementales d'autre part, le besoin s'est fait sentir de mettre en place un service médical comme il se doit et de le développer au fur et à mesure pour répondre aux besoins de chaque établissement pénitentiaire. Petit à petit, les choses se sont améliorées et une sous direction médicale au niveau de l'administration centrale est créée et un médecin est nommé à sa tête. Un autre médecin est chargé de diriger le service médical du personnel et un pharmacien assurant le suivi, la gestion du budget destiné à l'achat des médicaments et l'approvisionnement des prisons en médicaments et aussi de contrôler l'achat des médicaments de la caisse sociale des différents établissements pénitentiaires.

Quant aux médecins exerçant dans les prisons à plein temps leur nombre dépasse aujourd'hui les 35 entre hommes et femmes et assurent les prestations médicales dans pratiquement toutes les prisons du pays. A ces médecins généralistes s'ajoutent aussi les médecins

dentistes exerçant à plein temps et qui sont au nombre de 7, et les médecins dentistes conventionnés et les 44 médecins spécialistes conventionnés répartis dans différentes prisons.

En 1988, le budget alloué pour le volet médical était très réduit voire insignifiant, aujourd'hui il se compte en plusieurs milliards (médicaments, équipement médical dont des unités dentaires et radiologiques, honoraires de prestations médicales payantes...). Toutes les prisons sont maintenant pourvues d'infrastructures médicales appropriées et équipées allant des plus simples équipements aux plus sophistiqués (unités de radiologies, de stomatologies, échographie, unité ophtalmologie, unité kinésithérapie etc...) avec le personnel qualifié qui va avec.

La journée du médecin des prisons est bien remplie, il assure les visites médicales d'accueil, les visites médicales quotidiennes programmées et oriente les malades vers les consultations de spécialités. Il assure aussi la visite médicale régulière des détenus travailleurs et les visites d'hygiène de la prison. Il est appelé à participer aux caravanes de santé dans les prisons programmées par la direction centrale suivant les besoins et les demandes des directeurs des prisons. Il anime aussi des séances d'éducation sanitaire au profit des détenus. En plus de tout cela, le médecin des prisons est tenu d'accomplir des tâches administratives en rapport avec ses compétences comme la rédaction des rapports médicaux à la demande de la sous direction de la santé ou d'instances judiciaires. Il doit veiller aussi sur l'alimentation des détenus (menu hebdomadaire des détenus et régimes diététiques pour certains malades particuliers dans le cadre d'une prescription médicale). Enfin c'est lui qui a la charge de coordonner avec les médecins hospitaliers dépendants du ministère de la santé publique et parfois même avec les établissements sanitaires privés pour faciliter l'accès aux soins spécialisés des détenus par exemple les consultations ou les explorations.

Il faut savoir, outre ces nombreuses tâches plus prenantes les unes que les autres, que le médecin des prisons est confronté dans son quotidien à des difficultés particulières en rapport avec la nature même du milieu carcéral qui rend son exercice assez contraignant par moment. La population carcérale a ses spécificités exposant les soignants à plus de stress qu'ailleurs. Les médecins des prisons sont exposés aussi au harcèlement, aux menaces, aux contrariétés, au chantage et à des pressions de tout genre de la part des détenus eux même ou de leurs familles. Parfois les agressions envers les médecins prennent des tournures plus sérieuses et de verbales elles peuvent devenir physiques.

D'autre part, le médecin des prisons est soumis à la pression de l'administration qui ne comprend pas bien la mission d'un médecin au sein d'un établissement pénitentiaire et ne réalise pas qu'un médecin se doit de rester indépendant dans ses pratiques médicales de son employeur, ce qui est parfois à l'origine de sérieux désaccord avec l'administration.

Dr. Halim Bouchoucha
Directeur de la Santé des Services Pénitentiaires en Tunisie



Hôpital et APC : Concilier l'inconciliable

L'état tunisien, depuis l'indépendance, a estimé ne pas avoir les deniers suffisants pour payer les professeurs de médecine à leur juste valeur et les a donc autorisés à faire du privé (Activité Privée Complémentaire ou APC). Le salaire de l'état étant fixe alors que les gains du privé sont proportionnels aux prestations, le résultat ne se fit pas attendre : l'hôpital est délaissé et les ravages sont multiples :

1. Les professeurs perdent leurs âmes : Les plus naïfs croyant pouvoir faire de l'APC juste pour arrondir leur fins de mois, finissent par réaliser, souvent trop tard que le privé les a vidés subrepticement, de leur altruisme et de leur ferveur scientifique. Ayant goûté aux luxe, calme et volupté des cliniques, les locaux de l'Hôpital qui leur étaient pourtant familiers, paraissent du coup trop vétustes et peu « hospitaliers », la file des patients semble ne jamais se tarir, les commandes de matériel paraissent venir à dos d'âne de la Chine, les rendez-vous des explorations ou des hospitalisations sont si tardifs que les patients deviennent plus malades par l'attente que par leurs maladies ! A l'inverse, à la clinique, ou fauteuils, café, repas et télévision sont toujours à portée de main, les patients sont explorés et opérés le jour de leur admission, avec le sourire du personnel et...du caissier ! L'attrait de l'hôpital pâlit, le rythme devient administratif, à 13h les bureaux sont fermés et de l'autre côté de la pyramide, les plus jeunes souffrent de l'absence de leurs aînés, deviennent de plus en plus livrés à eux-mêmes et se risquent à prendre des initiatives que personne ne supervise. .

D'autres APC, trahis par leur désir immodéré du gain, descendent bien plus bas et entraînent dans leur chute vertigineuse toute la noblesse du métier ! Tout de platitude avec les autorités de tutelle pour s'assurer l'impunité la plus totale, ils adoptent une toute autre attitude dans leur service qui se partage de fait en trois groupes :

- Les patients, dont l'angoisse en fait des êtres sensibles aux suggestions et aux chuchotements et qui constitue la cible favorite des prédateurs censés les traiter
- Les « détourneurs » qui flairent et déterrent la moindre opportunité pour faire basculer le patient vers le privé et acquièrent ainsi une autorité supérieure à celle du personnel restant fut-il médical
- Les « autres », qui ne rentrent pas dans le jeu et à qui on signifie d'une manière ou d'une autre qu'ils ne sauraient être que de passage dans le service.

Cette situation est de tous les dangers, la haine remplace le respect et le mot « dégage » s'il n'est pas sorti de la bouche n'en est pas moins dans les cœurs. Et si l'autorité légitime ne prend pas les devants, les syndicats se proposeront de le faire.

2. Le désespoir des jeunes en formation : L'APC, finit par retenir des professeurs matérialistes qui ne seraient jamais restés à l'hôpital; bien partis pour rester jusqu'à 60, 65 voir 70 ans, tout tournera désormais autour de leur petits

intérêts jusqu'au dernier jour ; par voie de conséquence, ils bloquent l'ascension des plus jeunes, qui parfois ne sont plus perçus que comme de futurs concurrents. D'ailleurs un jeune qui parle du privé est considéré comme un déserteur et passible de la cour martiale locale. Les plus jeunes ne s'y trompent pas et certains services sont désertés ; La rupture entre les générations est consommée et certaines spécialités se meurent à bas bruit.

3. La recherche se cherche : La recherche, il n'y en a pas ou presque! L'alibi est toujours le même : on manque de moyens ! Ce qui est souvent une supercherie car, comme il ne s'agit pas de fabriquer un accélérateur de particules, peu de moyens sont nécessaires pour conduire une étude clinique. Charles Nicolle n'a pas eu le prix Nobel parce qu'il avait les moyens. Comment pourrait-on trouver l'inspiration pour conduire des études cliniques sérieuses lorsque l'esprit est ailleurs? On a fini par considérer qu'il était normal qu'un professeur ne consacre pas ses après-midi à conduire lui-même une étude scientifique, que c'était du ressort des jeunes et que le résultat de l'étude, si elle aboutit, est rarement appliquée dans la pratique quotidienne. Le peu d'argent consenti par l'état pour faire de la recherche est assez souvent réservé à étoffer la panoplie électronique du service ou s'offrir une mission pour aller déprimer en Europe en assistant à de remarquables conférenciers qui sont d'autant plus déprimants que ce qu'ils font ne paraît pas toujours difficile. « C'est bête, il suffisait d'y penser » nous disons nous en rentrant pour nous consoler.

4. L'APC est injuste avec certaines spécialités : certaines spécialités médicales ne permettent pas la pratique de l'APC (anatomie, médecine préventive, pharmacologie, ...), d'où un malaise latent entre les professeurs qui peuvent faire du privé et ceux qui ne le peuvent pas.

5. La sous spécialisation, une autre victime insoupçonnée de l'APC : La sous spécialisation est l'une des meilleures façons de progresser ; malheureusement, la perspective de faire un jour ou l'autre du privé, fait que le professeur, instinctivement, cherche à être performant dans toutes les situations pour pouvoir traiter un maximum de patients et donc gagner plus. Au lieu de s'en tenir à un seul créneau, par définition limitant, il restera un « touche à tout ».

6. L'inimitié vouée aux professeurs par les médecins du privé : Nul n'ignore combien les spécialistes voient d'un très mauvais œil ces professeurs qui non seulement leur raflent des malades du privé, mais ont, en plus, la sécurité du salaire sans avoir les lourdes charges du cabinet. Le résultat global est dramatique : la qualité des soins et la transmission du savoir tendent vers le zéro absolu, l'Hôpital n'est plus qu'à l'antipode de sa vocation. Le système de l'APC est en faillite dans l'état actuel des



choses ! La solution doit être tunisienne, selon la réalité et la mentalité tunisienne. Ce qui marche en France ne marche pas nécessairement dans notre pays. Pour bannir l'APC sans que l'hôpital ne s'effondre, il faut que la carrière hospitalo-universitaire devienne un projet de vie crédible pour les médecins hospitaliers. Pour cela, il faut taper sur plusieurs portes :

1. Il y'a d'abord les salaires. On pourra longtemps épiloguer sur ce que doit être la juste rémunération d'un professeur de médecine; on se contentera de rappeler que, comparativement, les professeurs algériens et marocains gagnent entre le double et le triple de leurs homologues tunisiens.

Est-ce raisonnable de bien payer les professeurs ? On pourra toujours dire non : les arguments sont légion: la Tunisie est un pays pauvre, la Tunisie tient sa réussite de sa grande classe moyenne, est-il normal de payer un professeur plus que son ministre ? les autres métiers vont réclamer la même chose, ça va créer le chaos dans le pays ... On peut dire aussi oui et les arguments sont aussi nombreux : d'abord on n'a pas le choix sinon toute la médecine tunisienne va implorer ; en évitant un examen inutile, en posant le diagnostic juste, en pratiquant le geste adapté, en diminuant complications et décès, en écourtant le séjour hospitalier, un professeur de médecine expérimenté et serein, fait faire des économies immenses au contribuable, à court et à long terme ; les autres projets économiques ne sont pas prioritaires par rapport à celui d'une médecine de qualité (aucun projet routier, touristique, agricole n'a de sens avec des citoyens handicapés), la santé est un gouffre d'argent pour l'état mais dans le cas particulier de la Tunisie il est un projet rentable (tourisme médical qui retentit sur tous les secteurs) et qui mérite l'investissement ...

Si l'état tunisien a la promesse d'une aide de l'Europe ou des USA, enthousiasmés par la révolution du 14 janvier, rien n'empêche une refonte des priorités budgétaires pour sécuriser un secteur aussi sensible que la Santé Publique! ...

2. l'espace de travail pour les jeunes seniors : Mais si dès demain on payait gracieusement les professeurs, est-ce que la Santé Publique va aller mieux ? Rien n'est moins sur ! Car bien payer les hospitaliers ne va pas changer du jour au lendemain l'infrastructure de l'hôpital ou les mentalités. D'ailleurs ceux qui, parce que sérieux ou peu brillants, n'ont pas fait d'APC, versent parfois dans une sorte de dictature éclairée, sans contre pouvoirs, au point que les plus jeunes en viennent à souhaiter que leurs supérieurs... fassent de l'APC pour desserrer leur étreinte. Mais souvent rien n'y fit, ces maîtres s'arc-boutent à leur siège, maladivement jaloux de leur autorité dont ils ne se séparent que le jour ou un fax sec tombant du ciel comme une feuille d'automne leur apprend leur mise à la retraite, dans le désintérêt le plus total de ceux qui leur faisait des courbettes! Ainsi l'espace de travail des jeunes seniors,

déclarés « Professeurs Agrégés » par un Jury présumé souverain, doit être aménagé pour qu'ils puissent s'épanouir sans avoir besoin de faire de la lèche et sans aussi manquer du « respect » bien compris envers leurs supérieurs.

3. Evaluation plus énergique : Malheureusement, le Ministère en cas de différend, réagit souvent tard, ne traite qu'avec les chefs de service, passe souvent l'éponge, comme s'il attendait que le problème se résolve par lui-même par la démission de l'un des protagonistes. L'administration ne s'intéresse qu'au taux d'occupation des lits, rarement de la mortalité et des complications ou des résultats à distance des prestations hospitalières, sans parler des travaux scientifiques, de leur existence et de leur pertinence. La prime de rendement est souvent un coupe faim dérisoire. Ainsi en plus de l'arrêt de l'APC et l'amélioration des salaires, une meilleure définition des rôles de chacun visant une sorte de « démocratie scientifique » associée à une évaluation sérieuse et constructive de la part de l'Etat pourrait inverser la chute vertigineuse que la médecine tunisienne a entamée.

4. et aussi d'autres décisions peuvent aider à l'amélioration des prestations médicales : harmoniser le nombre d'hôpitaux en fonction de la population, adapter le nombre de jeunes en formation en fonction des capacités des services d'accueil, éviter les méga services, l'acquisition de matériel nouveau dans des délais plus courts, être à l'écoute de tous les intéressés (médecins, paramédicaux, patients)... . Le marasme actuel de la santé, n'est-il pas aussi en rapport avec celui de toute la société, car du temps où l'APC s'appelait « Plein Temps Aménagé » dans les années 1970 et 1980, et malgré les dépassements existant dès cette période, l'activité hospitalière était plus sereine.

N'y a-t-il pas actuellement un délitement moral, une perte de l'autorité à tous les niveaux, une dérive matérialiste qui gagne toutes les couches de la société et tous les secteurs. Quel rôle le système corrompu et corrompateur de Zaba a-t-il eu sur la Tunisie ? Le recul de la morale y est-il pour quelque chose ? N'est-il pas simpliste de faire de l'APC le bouc émissaire de tous les maux ? Son bannissement va-t-il aussi sûrement améliorer la situation ? Dans tous les cas, il est à supprimer mais il faut se méfier des matins qui déchantent tant qu'il n'y a pas eu ce déclic général, fait de justice et de transparence, qui fait qu'une société y croit, se moralise et se mobilise !

Dr. Rafik Mzali



Tête vide, vessie pleine

C'est très grave d'avoir dit, dans un forum destiné aux médecins, que l'APC «était la carotte pour ceux qui étaient les plus complaisants avec le régime ». La portée de cette phrase a le même impact que les phrases destinées à créer le régionalisme en Tunisie et jeter le pays dans une grande instabilité et ce faute de n'avoir pas pu déclencher une guerre civile.

L'Etat a prétendu qu'il était incapable de payer les Professeurs en Médecine (alors qu'il était capable de payer les entraîneurs de football et les joueurs, sans aucune pudeur ou retenue) et a proposé une pratique impraticable de sorte que tout ce petit monde se trouvait, d'une manière ou d'une autre, dans un hors jeu. L'APC est une création perverse de l'ancien régime, non pas tant comme une carotte pour les plus complaisants avec le régime, mais comme une épée de Damoclès pour trancher la gorge aux plus récalcitrants le cas échéant.

C'est cette même épée qui est tirée pour nos confrères du secteur privé, par les anciens services à solde, pour appliquer des impôts punitifs, comme au moyen-âge, à ceux qui osent sortir le nez. Pourquoi ces professeurs ne s'installeraient-ils pas dans le privé carrément ? Je ne ferai pas le parallèle avec la question qu'on pourrait poser au soldat qui se tue pour la patrie alors qu'il aurait pu vivre en homme de main du Milieu. Si je ne pose pas ce parallélisme c'est parce qu'il n'existe pas de comparaisons possibles et c'était juste pour dire qu'on ne doit pas sanctionner le soldat qui aime mourir pour sa patrie, ni l'enseignant passionné de savoir et de sa transmission.

Si un de mes amis sera ministre de la santé dans un gouvernement démocratique et respectable, je lui suggérerais de réviser les salaires à partir de celui du brancardier et de payer un professeur de médecine ce que doit être payé un professeur de médecine. La santé a un coût et, former un vrai médecin n'a pas de prix.

Non à l'APC. L'argent ne fait pas le savoir. Si non, il serait plus judicieux de faire comme du temps du protectorat, d'attendre le retour des médecins formés en France et demain, ceux qui voudraient revenir des Etats Unis. Ceci dit, et nonobstant la «part -de la fourmi- de marché » de l'APC dans l'économie de la santé en Tunisie, ce qui m'a conduit à vous écrire, presque tristement et surtout scandalisé, c'est que l'APC a été placée dans la rubrique des médecins tortionnaires.

Notre jeune confrère trouve-t-il des points de ressemblance entre des médecins criminels qui doivent répondre de leurs actes devant les tribunaux et doivent être condamnés à mort et, les professeurs de médecine qui ont une Activité Privée Complémentaire ? En tant que professeur de médecine j'ai toujours dit que « le maître doit toujours porter ses élèves sur ses épaules pour qu'ils puissent voir plus loin que lui ». Il arrive, malheureusement, que certains élèves, soulevés sur des épaules meurtries, vident leurs vessies en oubliant qu'on ne se soulage pas n'importe comment et surtout n'importe où.

Dr. Zouhaier El Hechmi



Médias et Folie

J'ai voulu comprendre la fascination qu'exerçait une émission intitulée «El Mousamah Karim» chaque vendredi à 21 heures et qui, d'une manière générale et contrairement au sens de son intitulé, n'aboutissait à aucune réconciliation entre les parties invitées. En effet, cette semaine c'était un homme de plus de cinquante ans, polygame, qui n'a pas arrêté d'insulter sa seconde femme; seconde femme qui a élevé toute seule ses six enfants après son départ et son mariage en Libye où il a fondé une seconde famille. Les deux parties n'ont pas arrêté de s'injurier devant tous les téléspectateurs sans aboutir à aucun compromis. Ce déballage affectif peut être dangereux et irrécupérable; notre société arabo-musulmane n'étant pas adepte de ce genre d'«exhibitionnisme».

Pire encore, juste après il s'agissait d'un enfant de 12 ans retrouvé assassiné après quatre jours et dont on ignore à ce jour l'identité du ou des meurtriers. Les parents ainsi que le frère et la sœur rapportaient une souffrance intolérable. Désolé Si Abderazek vous êtes journaliste et vous ne pouvez pas vous instaurer en thérapeute en voulant analyser en direct devant des milliers de téléspectateurs la souffrance d'êtres démunis. La «question dangereuse» qu'il s'évertue à poser à chaque reprise est effectivement dangereuse pour lui, la personne qu'il a devant lui et nous.

En effet, le comble a été d'amener sur le plateau un malade mental qui dit avoir été hospitalisé pour soins et qui parle d'une «Jeniya». Ce patient parle des soins qui lui ont été prodigués et vous lui posez des questions qui ne peuvent que discréditer le corps médical et paramédical en général et les psychiatres en particulier. Si Abderazak, la santé mentale est un réel enjeu dans notre société et avant d'aborder une spécialité aussi belle qu'énigmatique il faut faire son métier de journaliste et se documenter.

Je vais essayer de faire un rapide survol de cette spécialité. Qu'est ce que la folie? C'est une énigme! C'est un phénomène particulièrement rebelle à la compréhension intellectuelle. Pour beaucoup, c'est une maladie. Une maladie certes particulière puisqu'elle affecte les facultés cérébrales, mais somme toute une maladie comme les autres qu'il faut débarrasser de tout le halo de sacralité qui l'a entourée. Cette approche, qui n'est pas sans de puissants arguments, laisse passer l'essentiel du phénomène purement naturel. Elle participe des deux, ce qui la rend extraordinairement difficile à cerner. Elle affecte l'humanité dans ce qu'elle a de plus spécifique: la capacité de réflexion, la capacité de se situer soi-même, de définir sa propre identité, de se comporter en sujet responsable de ses pensées et de ses actes. Elle peut avoir une origine organique: il y a des états qui provoquent le délire (perdre la raison ou encore la conviction inébranlable en des croyances inébranlables, des croyances pathologiques dont les faits non existants non modifiables par la confrontation à la réalité). Une violente fièvre peut avoir cet effet, sans parler des maladies comme la syphilis. Mais de l'autre, il est clair que la folie est un phénomène qui emprunte énormément à la culture et on ne délire pas en Tunisie comme en France.

La folie nous met devant un véritable casse-tête. Ce casse-tête a mobilisé nombre de bons esprits depuis deux siècles. Nous n'avons que des lumières balbutiantes sur ce dont il peut s'agir et peut-être tout juste la capacité de poser le problème, mais certainement pas de le résoudre. Vous remarquerez qu'on ne sait même pas vraiment nommer ce phénomène. L'histoire du vocabulaire est très intéressante dans ce domaine. On a dit longtemps «insensé». Puis on a parlé d'aliéné au XIXème siècle. On dit plus couramment aujourd'hui «maladie mentale»; pas très convaincant. Le vocabulaire savant dit: «psychose» une notion qui pose des tas de problèmes. Nous sommes déconcertés, même pour mettre un nom sur ce dont il s'agit.

Où passe la frontière entre la folie et la raison? Il y a des tas de fous très raisonnables, capables d'argumenter impeccablement leurs propos (les paranoïaques). La folie n'est pas le contraire de la raison. Mais il y a folie et folie. Là encore, il faut prendre en compte la dimension culturelle. L'excès, l'extravagance, l'inversion, la déraison organisée, le renversement des apparences, ont une longue tradition infiniment diversifiée dans toutes les cultures.

Quant aux fous agressifs, les furieux c'est une des plus vieilles images de la folie, on les ligotait, on les enchaînait et actuellement, en Tunisie comme dans le monde, nous disposons de tout un arsenal thérapeutique bien codifié pour les traiter et pour éviter des récives.

Cette image des soins psychiatriques en Tunisie, que vous essayez à plusieurs reprises de discréditer, porte atteinte à la profession médicale et à la confiance que nous font les malades et leur famille.

Les médias ont un rôle important et une responsabilité à jouer dans le respect des institutions. Un journaliste digne de ce nom doit se documenter, être sûr de la véracité des propos qu'il diffuse et ne pas rejeter sur son invité les responsabilités de ses paroles surtout si l'invité en question dit avoir souffert de troubles mentaux. Où est l'éthique du journalisme? Non, M. Chebbi «Karamet» le corps médical ne doit pas être un jeu ni un instrument d'audimat, c'est trop grave et trop dangereux, vous jouez avec ce que l'être humain a de plus noble et de plus précieux: «Sa conscience». La confiance entre médecin et patient est le meilleur atout d'une réussite thérapeutique. Je terminerais par une citation de Rabelais, chère à notre doyen Abdelaziz Ghachem «science sans conscience n'est que ruine de l'âme».

Dr. Rym Ghachem Attia
Présidente de la Société Tunisienne de Psychiatrie



Médias et campagne de dénigrement de la médecine tunisienne

Suite à la diffusion d'une émission sur les erreurs médicales sur la chaîne Hannibal TV le 22 juin 2011, Dr. Sofiane Zribi psychiatre libéral à Tunis a écrit :

"Si quelqu'un va à l'hôpital, il a plus de chance de mourir que de vivre", "les fautes médicales sont légions". "Portez plainte contre les médecins" et malgré quelques timides bémols, un réquisitoire sans appel a été tenu hier soir contre les médecins et la médecine Tunisienne par la Chaîne Hannibal, qui fait désormais de la médiocrité de l'information son leitmotiv. En l'absence de médecins, et avec l'appui de deux avocats à charge, le médecin et la médecine en Tunisie en ont pris plein le visage. Comme si ce ne sont pas ces mêmes médecins, qui à Sidi Bouzid, qui à Kasserine, qui à Tunis ont travaillé jours et nuits sans relâche pour venir en aide aux blessés et à leurs familles.

Comme si ce sont les médecins qui sont responsables des conditions désastreuses des hôpitaux, comme si ce sont les médecins qui, impuissants devant une myélopathie congénitale, sont responsables de l'aggravation de cette maladie chez un nouveau né. « Ma fille est née normale », elle est tombée malade par la suite, c'est la faute au médecin a-t-on entendu dire sans aucune critique, comme si pour devenir malade il faut être né malade ou que l'on aille consulter quand on est en bonne santé et que l'on tombe toujours malade par la faute de ce pauvre médecin. Cette chaîne présentait quelques mois en arrière des Azzamas comme des guérisseurs et des faiseurs de miracles, aujourd'hui elle tape sur les médecins.

Il y a quelques semaines, elle tapait sur les psychiatres nos Moujahidines au plein sens du terme de l'hôpital Razi présentant un délirant psychotique comme le fils de ZABA dont les psy complices voulaient lui enlever sa paternité. Pinçons nous le nez les amis, devant l'absence de réaction de nos syndicats, une seule attitude "expliquons à nos patients que cette chaîne c'est la contre révolution en action et si elle porte le nom d'Hannibal c'est qu'elle nous prépare la venue de ROME pour les 8 siècles à venir. Rome...Non Ryadh et même Kaboul !

Dr. Mahmoud Bessaies médecin généraliste libéral à la Marsa a commenté : Je pense que c'est la deuxième fois que cette chaîne s'attaque au corps médical d'une façon irréflectie, maladroite et malhonnête. Il y a environ deux mois, elle a diffusé une émission sur le don d'organes «agressant » impitoyablement les médecins tunisiens greffeurs d'être au centre d'un trafic d'organes et malgré l'intervention du directeur du centre national du don d'organes en fin d'émission pour récuser les accusations et donner des noms de bénéficiaires, le mal est déjà fait : la chaîne a "foutu" en l'air un travail de deux décennies de sensibilisation des tunisiens sur l'intérêt du don d'organes. En ma connaissance, la seule réaction officielle était un simple communiqué du ministère de la santé qui est resté sans suite. C'est vraiment le ras le bol avec cette chaîne. Fin du commentaire.

L'ordre des médecins ne s'est pas étonné de voir des propos malveillants envers les médecins venir de la part de ce genre de TV en quête d'audimat, et promet de porter plainte devant la justice tout en sachant que ça va prendre beaucoup de temps, coûter de l'argent et que l'issue sera incertaine compte tenue de la liberté d'expression derrière laquelle la chaîne va se retrancher. Mais pour plus d'efficacité, nous proposons à tous les confrères ayant accès aux médias de faire passer des témoignages et des articles dénonçant l'esprit destructeur de cette chaîne TV et son travail journalistique. La pression peut être exercée aussi par les confrères invités aux différentes émissions consacrées à la santé qui peuvent exploiter l'audimat de ces émissions pour mettre la pression sur la chaîne en la menaçant d'arrêter leur collaboration.

Il semble que ces journalistes ignorent la portée de ce genre d'accusations et les dégâts provoqués, parfois difficile à réparer. Nous avons appris que les médecins greffeurs refusent depuis cette émission de réaliser des greffes car ils ont été touchés dans leur intégrité morale et refusent depuis de se mobiliser à des heures parfois tardives en pleine nuit pour prélever les organes d'un donneur en état de mort cérébrale. Voilà ce que ce genre d'émission peut causer comme dégât. Malheureusement, dans le contexte actuel post 14 janvier de suspicion généralisée où tout le monde est mis à l'index, le refus des préleveurs et greffeurs est compréhensible, malgré ce que cela engendre comme perte de chance des malades en attente d'une greffe et disposant parfois d'un donneur vivant compatible. Voilà ce qu'une émission concoctée à la va-vite par des journalistes véreux sans aucun professionnalisme journalistique et médical peut causer pour le malade tunisien. Que Dieu, nous préserve des malfaiteurs, des casseurs et des contrerévolutionnaires. Amen.



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ORDRE : RÉCIT D'UN CONFRÈRE

« Hier il y eut une réunion à la fac de médecine sous l'organisation du conseil de l'ordre... Certains y voient un fiasco... moi je vois que la coupe est à moitié pleine... Un fiasco, c'est vrai... mais il y a toujours du positif ! D'abord la présence était réduite à des visages que je reconnais, déjà actifs dans les années de fac, dans les structures syndicales ou en dehors de celles-ci, de gauche, islamistes ou autres, et qui sont actuellement dans le STML ou le STMSL ou activistes de cœur. D'autres sont venus pour une séance d'exhibition hystérique où le moi précède les autres, mettant en avant leur pseudo-opposition antérieure, sans galanterie, recherchant l'oculaire de la caméra de la TV. Certains nous ont parlé de leur folie de rechercher les comptes numérotés de Ben Ali en Suisse, pétition et grève de la faim devant l'ambassade Suisse à l'appui. Et puis cette gérontocratie syndicale qui nous gargarise avec leurs vieux slogans périmés. Et puis un modérateur débordé à qui on se retenait pour ne pas lui dire dégage. Et puis ces confrères barbus dans leurs cerveaux qui se préparent à la bagarre en criant du haut des estrades. Et puis les ex-RCD qui se font discrets... Et puis... Et puis.. Les absents avaient tort... C'est vrai que c'était plus sympa à la coupole d'El Menzah, ambiance de gala bon enfant, slogans prémâchés, sentiment d'appartenance à une caste qui termine sa soirée à la Piazza... Ces absents ont toujours été absents... ils ne vont pas voter au CNOM, au CROM ou dans les divers syndicats, ils ne sont dans aucune association, ils ne sont dans aucun projet humanitaire... mais il est temps qu'ils se réveillent, s'ils veulent préserver leur statut de Médecin. Tous les métiers sont structurés en lobby et le notre a perdu cela... Le médecin est isolé dans son questionnement, dans ses problèmes quotidiens, dans ses projets futurs... Il faut montrer l'intérêt de s'engager pour une cause, à tous nos confrères qui tournent en rond autour des quelques dinars qu'ils ne vont plus gagner... La vie est une cause pour laquelle il faut se battre... nous devons laisser un meilleur pays à nos enfants et aux enfants de nos amis... Nous n'allons pas bénéficier directement de cette manne démocratique... nous n'avons pas besoin de postes dans le conseil constitutionnel... facebook est plus efficace pour cela... mais préparez les actions de proximité, les municipalités par exemples où le médecin peut donner beaucoup pour son environnement... et s'imposer avec cela dans les décisions politiques majeures... Le médecin aurait dû être apolitique, comme le soldat ou le policier... les autres viennent en position de faiblesse devant nous, et nous n'avons aucun droit d'en profiter... faire du prosélytisme politique ou confessionnel devrait être prohibé pour le médecin... même si pendant ces dernières années, les discussions étaient politiques avec mes patients... et je vois ces jours ci leur nouveau visage éclairé par le soleil de la démocratie... d'où l'ambiguïté ! Nous n'avons besoin de présence physique massive de nos confrères dans les réunions, les nouveaux moyens modernes font qu'ils sont présents malgré leur absence... mais nous avons besoin de ces réunions pour voir ce qui ne va pas... et beaucoup reste à faire.. Alors ENGAGEONS-NOUS ! »

Dr. Mounir Charfi



Mission sanitaire à Kébili : Témoignage

J'ai eu à passer trois jours à la maternité de Kébili dans le cadre d'une mission sanitaire organisée par l'ordre des médecins au mois de mars 2011 au profit des hôpitaux régionaux qui en ont besoin. Nous étions 2 radiologues et un gynécologue à faire le déplacement au départ de Tunis. La route était longue et ça nous a pris plus de 5 heures de temps. Kébili est à 120 km à l'ouest de Gabès. L'expérience est très instructive pour moi gynécologue libéral, la maternité de Kébili d'une capacité actuelle d'une vingtaine de lits d'hospitalisation avec une extension d'une dizaine de lits non encore entrée en exploitation, qui dispose de deux salles d'accouchement, une salle de césarienne, une salle de petits actes, deux échographes, 3 appareils de monitoring fœtal (RCF), une bonne équipe de sages-femmes, anesthésistes, infirmières et panseuses. Une maternité qui couvre les 150 000 habitants du gouvernorat, les délégations les plus lointaines sont à 100 km, une maternité qui fait une moyenne de 2200 accouchements par an dont 30% de césariennes, et plusieurs centaines d'actes. Il y a aussi deux maternités de circonscriptions qui font chacune moins de 200 accouchements par an.

Compte tenu de ces données, le recrutement de 2 à 3 gynécologues en même temps encouragés en cela par les avantages promis par le MSP et par la possibilité d'une collaboration avec les deux gynécologues installés en libéral qui accepteront très probablement d'assurer quelques gardes payantes par mois pour soutenir l'équipe dans le cadre d'une complémentarité et d'une entraide entre les deux secteurs pour le bien de tous. Tout cela en parallèle avec des projets de développement régional dans tous les domaines pour améliorer le niveau matériel et social de la population et la qualité de vie. Ce que je propose c'est uniquement pour gérer le quotidien d'une maternité et les consultations. Si en plus on veut s'occuper de l'activité chirurgicale gynécologique et la prise en charge de la stérilité et le dépistage des cancers gynécologiques il faut à ce moment là doubler peut-être le nombre de gynécologues. Pendant cette période, ce sont seulement les résidents en gynécologie de Sfax et Sousse qui étaient volontaires et se relaient pour assurer la permanence des soins dans cette maternité qui se trouvent à 120 km de la maternité d'un hôpital régional le plus proche.

L'hôpital de Kébili souffre aussi d'un manque chronique de spécialiste en radiologie et en anesthésie-réanimation. Pourtant ce service de radiologie dispose d'une unité de radiologie conventionnelle, d'un scanner et d'un échographe. L'appareil d'échographie est assez vieux et devrait être remplacé, néanmoins pour le reste du matériel, c'est acceptable et fonctionnel. Voilà un service équipé ne disposant pas de médecin radiologue pour le faire fonctionner.

Par ailleurs, l'activité chirurgicale toute entière empathie de l'absence de médecins anesthésistes réanimateurs dans la région et là encore ce sont les résidents en anesthésie qui se relaient comme ils peuvent et quand ils peuvent pour couvrir partiellement l'activité d'anesthésie et de réanimation de l'hôpital.

Cet hôpital couvre les besoins de la région dans la majorité des spécialités médicales et chirurgicales mais se heurte au manque de quelques spécialités. L'idéal serait que trois ou quatre couples de médecins spécialistes entre gynécologie, anesthésie réanimation et radiologie acceptent de faire le déplacement pour Kébili, le plus gros des besoins de la région sera assuré, en attendant de faire plus. A bon entendeur.

Dr. Mounir Youssef Makni

Lettre ouverte d'une résidente en gynécologie à Madame la ministre de la santé

Je suis une résidente en gynéco-obstétrique, j'ai pris l'initiative d'aller travailler à l'intérieur en étant convaincue de pouvoir contribuer à améliorer la qualité de soins des patientes tout en sacrifiant une bonne partie de ma vie sociale et familiale. Quatre amies résidentes m'ont rejoint dans cette initiative et nous étions les premières à arriver sur le terrain sachant que l'hôpital de Jendouba a été inauguré la même année que l'hôpital Sahloul de Sousse. Avec du recul j'ai compris que le médecin ne parvient pas à agir seul face à des situations aberrantes qui malheureusement sont devenues courantes et je vais vous citer quelques unes :

- pendant la dernière garde du 14 mai 2011, je me suis retrouvée dans une situation qui m'a fait poser la question de l'utilité de ma présence. Ici, une procidence du cordon diagnostiquée n'a été acheminée au bloc que tardivement parce qu'on ne dispose que d'une seule équipe de techniciens anesthésistes entre les urgences de gynéco, chirurgie et orthopédie. La conséquence était prévisible : un mort-né ... entre deux urgences il faut faire un choix et c'est l'une des deux qui va être sacrifiée.
- une nouvelle définition du défaut d'expulsion: la présentation reste engagée pendant des heures, le temps que l'unique Forceps monte de la stérilisation
- les coupures d'électricité en plein acte opératoire, des ciseaux existent certes mais je vous jure qu'ils ne coupent pas
- le circuit de corruption bien tissé qui nécessite l'intervention de mains propres.

Enfin si avec beaucoup de chance tu trouves une équipe de techniciens d'anesthésie disponible, un scialytique fonctionnel, un minimum de matériel eh bien la patiente se retrouve dans une salle appelée post opératoire sans infirmière et souvent sans lits...

Ce n'est pas en affectant seulement des médecins que le problème va être résolu, je suis arrivée pleine de bonne volonté et je me trouve maintenant avec l'amer sentiment d'impuissance. N'empêche qu'en pensant aux patientes je ne peux que résister et j'attends une action concrète et une volonté qui se fait entendre

Zeineb Hamdi

La rédaction : Ça rejoint l'idée générale qu'on se fait déjà de certains hôpitaux régionaux où le problème se situe plus dans le manque d'infrastructure, de personnel paramédical et de médicament que dans le manque de médecins spécialistes.

Annonce

PROJET DE MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU D'ALLERGO-VIGILANCE DANS LE DOMAINE ALIMENTAIRE EN TUNISIE

Dans le cadre de l'évaluation du risque sanitaire lié aux allergies alimentaires en Tunisie et du fait du manque d'informations permettant de proposer un dispositif sécuritaire visant la maîtrise de ce risque, l'Agence Nationale de Contrôle Sanitaire et Environnemental des Produits (ANCSEP) se propose de lancer une enquête prospective sur les allergies alimentaires en Tunisie qui s'étalera sur une période de 6 mois (à renouveler éventuellement) qui débutera au troisième trimestre 2011. La participation à ce travail est ouverte à tous les praticiens (santé publique et libre pratique). Les confrères qui adhéreront à ce projet seront appelés à signaler les cas d'allergie alimentaire qui se présenteront à leurs consultations après recueil du consentement des malades (ou de leur tuteur) quant à leur participation à cette enquête, le signalement restant évidemment anonyme et le secret professionnel sauvegardé. Le formulaire de signalement des cas (disponible sur le site du conseil national de l'ordre des médecins), correctement rempli, sera récupéré par le médecin coordinateur de l'ANCSEP qui devra obligatoirement se présenter auprès des confrères déclarants pour la validation de ce document. A titre de motivation l'ANCSEP rémunérera les participants à cette enquête à raison de 100 DT par cas validé.

Pour information et participation, contactez le Dr Thouraya ATTIA ANNABI. E-mail : thouraya.attia@rns.tn,
Tel : 71 901 835, Fax : 71 909 233