

## **LA VIE DE L'ORDRE (A TRAVERS LES PUBLICATIONS ET LES ARCHIVES)**

La vie de l'Ordre National des Médecins, de 1958 à ce jour, peut être recréée à partir du recensement et de l'analyse des activités rapportés dans les archives et les publications. Les sources d'informations dont nous avons disposé sont : les actes des séances du conseil et du Conseil de Discipline, les rapports (moraux et financiers) de fin de mandat ainsi que les publications – Bulletin et circulaires et depuis 2002, site Internet – destinées à informer l'ensemble du corps médical de l'actualité de la profession, des prises de position et des actions menées par l'Ordre.

Outre le décryptage des registres et des publications nous avons procédé également à l'analyse de la correspondance ainsi qu'à des interviews d'"anciens" dont le témoignage a été sollicité.

### **I- PUBLICATIONS DE L'ORDRE, DE 1982 A 2008 : BULLETIN ET CIRCULAIRES**

#### **1. Périodicité de parution, direction**

##### **Le Bulletin : première série (1982 à 1985) :**

Le premier numéro d'une publication, périodique, organe du conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie, réservé (et distribué) à l'ensemble du corps médical, est paru en mai 1982. Dénommé « Bulletin d'informations médicales et pharmaceutiques » le directeur de la publication et l'animateur en était (et ce jusqu'à 1985) Mohamed Boukhris. Le comité de rédaction était constitué des docteurs : Brahim El Gharbi, Mohamed Harbi, Fethi Derouiche, Mohamed Ben Salah, Hechemi Garoui, Mohamed Gueddiche, Abdelhamid Hachicha, Fethi Hafsia, Béchir Larabi, Lamine Mziou, Ridha Mzabi. Le Bulletin devait constituer un lien entre l'Ordre et ses adhérents et entre confrères "dont le nombre augmente et les choix des carrières se multiplient". Dans ce premier numéro, un dossier était consacré au secret médical, 3 pages comportaient des informations diverses. A titre anecdotique, les tarifs pratiques à l'époque pour certains actes médicaux étaient de 3 ,5D pour la consultation du généraliste et 5D pour le spécialiste, 4, 5D, et 6D pour la visite.

La démographie médicale était l'objet d'un autre article : la profession comptait 1439 médecins dont 777 généralistes et 662 spécialistes ; 675 exercent dans le secteur privé, le reste dans le secteur public (hospitalo-universitaire 325 ; hospitalo-sanitaire 270 ; divers 169).

##### Editorial du premier numéro

« Le bulletin que nous avons l'intention de vous proposer ne se prétend aucunement ni d'une brillante originalité, ni d'un niveau technique élevé. Il s'agit seulement d'un simple organe de liaison entre les médecins, et entre les médecins et les professions avec lesquels ils sont en relation.

Nous ne sommes pas sûrs qu'il pourra survivre suffisamment longtemps tant il faudra de l'argent et du temps pour le réaliser...

« Ce bulletin est donc un essai de communication avec vous. Si vous estimez qu'il peut répondre à votre attente, vous nous le ferez savoir par vos lettres ou appels téléphoniques, mais surtout par votre contribution à sa vie. Il est ouvert à tous les confrères et les opinions critiques ne seront sûrement pas les dernières à être prises en considération ». («Le Bulletin»; extraits)

Au cours de l'année 1982, 3 autres numéros ont été publiés, 6 en 1983, 3 en 1984, 1 en 1985 au mois de septembre. La publication a été interrompue jusqu'en 1992.

##### **Le Bulletin : 2ème série (de 1992 à 2007)**

Après une interruption de 7 ans, le « Bulletin d'informations médicales du conseil national de l'Ordre des médecins de Tunisie » paraît à nouveau. Le numéro 1 de la série - qui continue jusqu'à ce jour - est daté d'octobre 1992. Le directeur de la publication est Hachemi Garoui (Président du Conseil national), Mohamed Lotfi Ben Chaabane est chargé de la publication, le comité de rédaction comprend tous les membres du Conseil. Une nouvelle série est débutée car la publication s'étant interrompue pendant une longue période, les formalités en vue de l'autorisation légale devaient être renouvelées.

Le premier numéro est principalement consacré à l'étude relative à l'exercice de la médecine en Tunisie réalisée par le conseil de l'Ordre. Le rapport comporte le diagnostic de la situation et des propositions pour un « meilleur » exercice (notamment l'harmonisation des systèmes d'assurance, l'augmentation du financement et le développement de la médecine ambulatoire) ; l'étude est destinée à être présentée aux Journées Médicales Tunisiennes. Le nombre des inscrits à l'Ordre est alors de 4532 : 60% sont de généralistes ; 44% exercent dans le privé, 56% dans le public ; 493 ont le statut hospitalo-universitaire. Une citation du Professeur HAMBURGER est proposée, concernant les « deux métiers du médecin » : « l'artisan-créateur », dont l'activité ne peut être évalué et « l'automate distributeur » dont « la malfaçon se reconnaît aisément » et qui serait au premier « ce que l'ombre est à la réalité ».

Cinq numéros paraissent en 1993, deux en 1994, un en août 1995 et un en mars 1996. Les chargés de publication ont été successivement M. L. Ben Chaabane : 1993 et 1994 ; puis Moncef Khalladi ; le directeur de publication est H. Ayari, les membres du Conseil national de l'époque constituant le comité de rédaction.

**En 1997**, à la suite d'élections à l'Ordre, l'équipe dirigeante du Bulletin est renouvelée : elle est composée de Moncef El Gafsi (Président du Conseil National), directeur de publication, Saida Ben Bechr est chargée de la publication assistée d'un comité de rédaction composé de Fethi Tebourbi, Abdelkader El Khedim, Nabil Ben Salah, et Zouhaier Jerbi. Deux numéros en 1997 et deux en 1998 sont publiés.

La parution s'interrompt à nouveau jusqu'en novembre 2001, date du n°17 dont la rédaction est assurée par Mondher Chaabouni (directeur de publication) : Elyes Ben Marzouk et Mohamed Nejib Chaabouni (chargés de publication) ; Mokhtar Ben Ismail, K. Chabbouh, Moncef Hamdoun, Abdeljelil Louati, et M. Mirali, constituent le comité de rédaction. L'éditorial de ce numéro évoque certaines polémiques autour de l'Ordre, qualifiés de « dérisoires », « l'important » et « l'essentiel » étant la défense par l'institution de l'honneur et de la dignité de la profession ainsi que des principes qui régissent son fonctionnement. Le rapport des activités de l'ordre pour les années 1999 et 2000 (notamment la participation à la réforme de l'assurance-maladie et l'adoption du règlement intérieur) est présenté ainsi qu'un article sur la nécessité d'une information du public, basée sur des faits scientifiquement fondées, ne donnant pas de faux espoirs.

Les numéros 19 et 20 paraissent au rythme d'un par an en 2003 et 2004 (après une nouvelle interruption en 2002). Le Directeur est Abdelhamid Hachicha ; Mohamed Nejib Chaabouni, Mohamed Houissa, Moncef Hamdoun, Elyes Ben Marzouk, Mounir Ben Slama, Taoufik Nacef sont chargés de la publication.

De 2005 à fin 2007, le Bulletin d'informations du CNOMT (dénomination adoptée en remplacement de « Bulletin d'informations médicales et pharmaceutiques ») paraît à raison de deux numéros par an. Le Directeur de publication est Taoufik Nacef (Président du conseil national de l'Ordre des médecins), le comité de rédaction comprend l'ensemble des membres du Conseil.

#### **Circulaires d'information (1985-1992) :**

Dans l'intervalle de sept ans (1985-1992), écoulé entre les deux séries du « Bulletin », la communication du Conseil de l'Ordre avec les médecins ne s'est pas interrompue. Elle s'est faite par le biais de circulaires d'information sur des sujets en rapport avec l'actualité de l'Ordre (élections, composition des bureaux, discipline, déontologie, défense de la profession, prises de position...) et avec l'exercice médical. La périodicité de parution oscille entre 3 (en 1985) et 1 (en 1986, 1987, 1989 et 1991) numéros par an avec deux numéros en 1988, 1990 et 1992. La plupart comportent 4 pages (de 2 à 8 pages) ; elles sont signées « pour le Conseil de l'Ordre » par Ridha Mejeri (1985/1986), Fethi Tebourbi (1987/1988), Lotfi Ben Chaabane (1989) ; le rédacteur des autres numéros n'est pas nommé.

Par ailleurs, nous avons pu retrouver dans les archives – dont la tenue a été affectée par les déménagements successifs du siège de l'Ordre – deux circulaires datant de 1979 dont l'une était signée par Hamouda Ben Slama, Secrétaire Général. Elles traitaient de l'avenir de la profession, de l'adéquation formation emploi, des salaires, de la nomenclature (à réviser, car devenu obsolète datant de 1959), des honoraires (non respectés car non révisés depuis 5 ans), de la fiscalité (« lourde et injuste »), de la sécurité sociale et de la retraite des médecins, de la décentralisation des structures de l'Ordre et du renforcement de ses prérogatives, de la préparation du congrès de l'Union des Médecins Arabes (qui s'est tenu à Tunis du 22 au 24 octobre 1979) dont M'hamed Ben Salah est le trésorier et Hamouda Ben Slama, le 1er adjoint du Secrétaire Général.

## 2. Aspects formels: présentation

Concernant les principales caractéristiques de la présentation des médias (Bulletin et circulaire) celles-ci sont présentées dans le tableau VIII ci-dessous:

**Tableau VIII : présentation des publications**

	Bulletin série 1	Circulaires	Bulletin série 2
<b>Dénomination exacte</b>	Bulletin d'informations médicales pharmaceutiques	Circulaires d'informations	Bulletin d'informations médicales du CNOMT (n°1) ; Bulletin d'informations médicales et pharmaceutiques du CNOMT (n°2 à 20) ; Bulletin d'informations médicales du CNOMT (n°21 à 28) ;
<b>Responsables de publication</b>	Directeur de publication (le Président du Conseil)	Le Secrétaire Général (ou anonyme)	Directeur de publication (le Président) ; un chargé de publication ; un comité de rédaction (quelques membres du Conseil ou la totalité)
<b>Période de parution</b>	Mai 1982 à septembre 1985	1985 à 1992	1992 à 2007
<b>Numéros parus - Total - Fréquence par année</b>	15 1 à 7	13 1 à 3	27 1 à 5
<b>Format, utilisation de la couleur</b>	A4 : 29,7x21 : couleur bleue, ou rouge, ou verte, ou marron, (pour le titre de la publication pour quelques titres d'articles en page 1 + quelques publicités)	A4 Pas de couleur	A4 Couleur rouge, ou bleu (pour le titre de la publication)
<b>Contenu habituel (rubriques)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Editorial</li> <li>- Un dossier (sujet : déontologie, exercice, actualité)</li> <li>- informations relatives aux activités de l'Ordre ; à l'exercice professionnel ; aux médicaments</li> <li>- annonces (congrès, offre d'emploi,...)</li> <li>- compte-rendu des Assemblées générales</li> <li>- publicité</li> <li>- courrier des lecteurs</li> </ul>	Information sur les activités de l'Ordre et sur l'exercice de la profession ; sur les médicaments (nouveautés, retraits)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Editorial</li> <li>- Dossier</li> <li>- Informations sur activités de l'Ordre ; sur l'exercice professionnel</li> <li>- Formation continue</li> <li>- Annonces, et même grilles de mots croisés, rubriques culture et loisirs, courrier des lecteurs dans certains numéros ;</li> <li>- publicité (±)</li> </ul>
<b>Signature du contenu (auteurs des articles)</b>	Articles généralement anonymes (sauf exceptions, tels que auteurs externes à l'Ordre ; lecteurs...)	Le Secrétaire Général	Articles généralement anonymes (sauf exceptions, pour des auteurs externes à l'Ordre ; lecteurs...)

### 3. La synthèse des contenus, en bref

#### Les éditoriaux :

L'éditorial inséré en première page, traite d'un sujet d'actualité et introduit parfois le « sujet-phare » traité dans un dossier.

Les thèmes des éditoriaux (repris pour certains à différentes reprises dans l'une des séries, ou dans les deux) sont les suivants :

- "La relation médecin/malade" qui se dégrade en raison « du comportement d'une minorité », le mécontentement du public se manifestant à travers des articles de presse et des plaintes aux autorités ; cette situation doit être redressée (n°3, septembre 1982 et n° 10 octobre 1983). Malgré tout le médecin est au hit parade des métiers que les parents souhaitent voir exercer par leurs enfants (n° 24, 2ème série) ;
- "Plaidoyer pour une politique de santé" ayant un bon rapport coût/efficacité. Les auteurs préconisent l'adéquation formation-emploi, la fin des hôpitaux géants, des structures ambulatoires publiques légères à l'exemple des cabinets de libre pratique (n°4 année 1982 ; n° 7 : 1983 ; n° 1 - 1992 ; n° 5 sept. 1993 ; n° 14 mars 1998) ; l'unification des régimes d'assurance maladie (n°22 - 2005) ;
- "Les problèmes qui préoccupent les médecins" : Il ressort des 167 réponses (émanant de 10% du public cible) au référendum organisé par le conseil national de l'Ordre des médecins que les préoccupations des médecins sont dans l'ordre de priorité : la fiscalité, les « débordements » attribués aux médecins universitaires bénéficiant du régime du plein temps aménagé, la formation continue, les manquements à la déontologie, l'assurance sociale du médecin (n°9, septembre 1983) ;
- "La formation continue" : celle-ci est avant tout une affaire personnelle ; elle doit être indépendante de l'industrie pharmaceutique et décentralisée (n°14, mars 1984) ; "Plaidoyer pour l'approvisionnement en médicaments" satisfaisant aux normes de qualité, au moindre coût (n° 4, juin 1993) ;
- Plusieurs éditoriaux des deux séries (3 pour la première série, 13 pour la deuxième) sont consacrés à des problèmes déontologiques tels que l'établissement des honoraires (avec tact et mesure et dans le respect de la législation), le libellé des plaques ; la confraternité et la solidarité ; les retards de paiement des cotisations et la (menace de) radiation du tableau qui peut en résulter. L'appel au respect des obligations ordinaires est périodiquement renouvelé, notamment à chaque fois que la publication reprend après une période de silence ;
- Les technologies de la communication qui remodelent en profondeur la relation médecin-malade (n°25/26, décembre 2007).

#### La formation continue:

Des domaines importants de la pratique médicale ont fait l'objet de "dossiers", tels que la responsabilité médicale, l'expertise médico-judiciaire, le secret médical, la réforme du système de soins, l'assurance maladie, les droits des malades, les technologies nouvelles de la communication en médecine, la formation médicale, la démographie médicale...

Le Bulletin a consacré plusieurs articles au rappel de la règle déontologique en matière de libellé des plaques, de rédaction de certificats médicaux, de cohabitation entre médecins du secteur libéral et leurs collègues du public ; d'exercice de la médecine sociale (du travail, d'expertise, de contrôle...) ; d'associations entre médecins libéraux ; de prescription de psychotropes, de tarification, de publicité et de communication médiatisée.

L'information scientifique et épidémiologique a fait l'objet de mises au point : la technique et les indications du scanner et de l'échographie considérés au début des années 1980 comme des nouveautés sont vulgarisées ; des consensus de soins sont publiés, ainsi que des synthèses des Bulletins du Ministère de la Santé Publique (incidence des maladies a déclaration obligatoire, statistique sur les causes de décès).

#### Autres rubriques en bref :

Outre l'éditorial et le dossier, un numéro du bulletin comporte d'autres rubriques d'information :

- Sur les initiatives prises à différentes reprises (1982, 1991, 2006) par le Conseil, pour exprimer sa solidarité avec des peuples (de Palestine, de l'Irak, du Liban...) en proie à l'oppression et à la guerre ou à l'occasion d'événements douloureux à caractère national (Bizerte, expulsions, inondations de 1969...) ; ces initiatives ont été matérialisées par l'envoi de motion, la collecte de fonds auprès des confrères, l'appui aux initiatives d'organisations nationales ;
- Sur la gestion de l'institution ordinale : organisation des élections, compte-rendu d'assemblées générales ; composition des bureaux ; décision du conseil de discipline ; fixation des fourchettes d'honoraires ; reconnaissance des qualifications ; installations de médecins ; représentation et défense des intérêts du corps médical auprès des autorités ;
- Sur les prises de position de l'Ordre concernant les projets de réforme : du système de soins, de l'assurance maladie, du code de déontologie, de l'organisation des professions de santé, des statuts des corps de médecins du secteur public, de la formation médicale...
- sur l'action sociale de l'Ordre particulièrement fournie dans les années 1980 où se sont négociés les dispositions relatives aux retraites des médecins libéraux et à la fiscalité ; où une coopérative de logement a

vu le jour ; où a été ébauché le projet de la maison du médecin (études faites, terrain identifié...) ; où une assistance est fournie à certains confrères ou à leur famille en diverses occasions;

- Sur la commémoration d'évènements particuliers (cérémonie des remises de médaille, départs à la retraite, décès...) ; Par ailleurs certaines équipes rédactionnelles ont introduit des rubriques originales (culture, sport, jeux, grille des mots croisés, humour, courrier du lecteur) ; leurs tentatives n'ont généralement pas été reconduits par leurs successeurs, pour des raisons diverses, les mêmes qui ont vraisemblablement affecté a différentes reprises (ajoutées à d'autres) la régularité de parution du périodique.

## **Sports**

« A l'occasion de la célébration de la journée olympique (16 mai 1993) – le corps médical a participé à un sympathique tournoi de football à six par l'intermédiaire de deux brillantes équipes. Ce tournoi a groupé – outre les médecins – les journalistes sportifs de l'ERTT et les entraîneurs de foot. L'honneur de la profession a été brillamment défendu par les Khellil, Ben Kheder, Bounab, Kaouache, Doghri, Fraj, Gharbi, Zouari, Ben Abid, Kammoun, Dhoub et les autres. En finale, ils ont tenu en échec la sélection des entraîneurs par le score de 4-4.

Toujours à cette même occasion, un tournoi de tennis a été organisé par les médecins. La finale a opposé Chiheb Zaghouani à Moncef Guiga. Au-delà du score (2-0, 6-3, 6-2), cette initiative est à saluer en souhaitant qu'elle devienne une tradition et qu'un plus grand nombre de confrères participera à ce genre de manifestations ».

(«Le Bulletin» n°4 ; juin 1993.)

Enfin la rubrique « annonces » (relatives aux congrès, à l'actualité des sociétés, aux offres d'emploi, aux publications, aux nouveautés/retraits de médicaments), fournie notamment dans la première série et dans les premiers numéros de la seconde, s'est progressivement amenuisée. Les associations – dont le nombre n'a cessé d'augmenter – et les organismes officiels se sont progressivement dotés de leurs propres canaux de communication.

#### 4. A travers « Le Bulletin » : Synthèses, morceaux choisis

##### Evolution du taux de la cotisation ordinale (synthèse) :

Le montant de la cotisation annuelle des médecins, est décidé par le Conseil de l'Ordre. Il est périodiquement réévalué pour tenir compte de l'évolution des dépenses de l'institution. Il est à rappeler que les ressources de l'Ordre proviennent quasi-exclusivement de la cotisation, dont tous les membres de la profession sont redevables. Les réfractaires (autour de 25 à 30%, des inscrits comme mentionnés à différentes reprises dans le Bulletin et les circulaires d'information) sont régulièrement rappelés à l'ordre et des campagnes de recouvrement organisées.

L'évolution des taux annuel de la cotisation a été comme suit :

- en 1971 : 2 D
- de 1972 jusqu'en 1975 : 5. D
- de 1976 à 1982 : 10 D
- de 1983 jusqu'en 1986 : 15 D
- 1987 : 20 D
- de 1988 jusqu'en 1991 : 25 D
- en 1992 : 30 D
- de 1993 jusqu'en 2005 : 35 D
- enfin à partir de 2006 : 40 D

##### Evolution des tarifs

##### (en dinars courants) des actes médicaux dans le secteur libéral (synthèse)

Date et modalités de fixation de la tarification	Consultation	Visite	Consultation	Visite	Kc	R
<b>1975 (arrêté des Ministres de l'économie Nationale et de la Santé Publique du 23/9/1975) modifié par arrêté des 11 mai et 26 mai 1977.</b>	2D	3D	3D (sauf professeurs : 7D)	3,500D	0,6D	0,3D
<b>1982</b> (arrêté des Ministres du Plan, des Finances et de l'Economie Nationale et de la Santé Publique du 7 avril 1982)	3,5D	4,5 D	5D	6D	0,7	0,450
<b>1993</b> (fourchette des honoraires fixée par le CNOM et les Syndicats : disposition prévue par le Code de Déontologie paru en 1991)	8-12D		15-20 D (sauf psy : 20-25D)		2-5D	0,850-1,250
2005 « révision de la fourchette »	15-20 D		25-35 (sauf psy : 30-40D)		4-7	0,6-3,5
Tarifification CNAM (négociée avec le Syndicat des médecins de libre pratique) 2007	15D		25D		5D	
	<b>Généraliste</b>		<b>spécialiste</b>			<b>Actes de chirurgie et de radiologie</b>

##### A propos de certificats médicaux d'arrêt de travail

... « Que se passe-t-il en fait?

D'abord pour le médecin: l'appréciation objective de l'état de "maladie", n'est pas aussi aisée que cela;

Mis à part les cas de la grosse traumatologie, de la chirurgie, de certaines maladies graves ou de certains traitements astreignants, les raisons de prescription de congé de maladie ne répondent à aucun critère objectif et mesurable.

C'est d'ailleurs aussi peu mesurable par le médecin traitant que par le médecin contrôleur.

Le médecin qui est neuf fois sur dix sollicité par son malade, n'a ni les arguments pour refuser, ni la conviction totale pour accorder.

- **Pour le malade:** l'appel au certificat médical, pour des causes non graves, est soit un refuge soit une façon d'échapper à ses obligations. Refuge, en raison des conditions de son travail, de son environnement

quotidien, de sa situation économique, familiale et parfois conjugale. Mais c'est aussi pour lui un moyen d'échapper à ses obligations, à la mauvaise humeur de son chef, ou aux tracasseries administratives. C'est l'absence de l'harmonie entre lui et son travail en général qui est la motivation principale, ce qui pour les médecins peut être une cause suffisante imposant "l'éloignement temporaire" de son travail.

- **Pour l'employeur:** la tentation est grande, de considérer tout certificat médical comme "un certificat de complaisance". Les raisons en sont claires, et les conséquences de l'absentéisme sont souvent catastrophiques sur la marche de son entreprise. Mais il oublie souvent, que la gestion des hommes nécessite une certaine disponibilité, une certaine humanité et qu'on ne peut traiter des hommes et des femmes au travail moins bien qu'une machine. Les chefs d'entreprise qui ont compris cela, et qui ont souvent pensé à se préoccuper de la maintenance de leurs machines, savent qu'en s'occupant correctement de leur personnel, l'absentéisme diminue. Les autres, beaucoup moins intelligents font appel aux méthodes répressives: Contrôle administratif tatillon, contrôle médical souvent de "complaisance", suppression de primes etc.. Ces mesures sont d'ailleurs souvent plus coûteuses que l'amélioration des conditions de travail, l'humanisation des rapports entre le chef et son employé et les mesures sociales adaptées au travail des employés.
- **Le contrôle médical:** est lui-même malgré sa réglementation, tout à fait inefficace, car hors les cas graves, qui se constatent souvent sans médecin, il n'y a ni critère ni doctrine à quoi on puisse se référer. Car aussi bien "la fatigue" que la "mauvaise foi" sont difficiles à prouver... »

#### « Quelles solutions?

Il est temps que les employeurs pensent à l'amélioration constante des conditions socio-économiques de leurs employés, aux médecins à comprendre l'impact de leur geste quotidien sur l'économie du pays, et à tous d'apprendre le sens de la mesure et de la raison.

(«Le Bulletin»; n°14; mars 1984 : extraits)

#### A propos des certificats d'arrêt du travail (suite):

« Le Conseil National, tout en étant conscient de la complexité des situations auxquelles les praticiens sont confrontés ainsi que de la multiplicité et de l'intrication des facteurs qui les génèrent, appelle les médecins à faire preuve de mesure et de discernement. Il les incite à s'en tenir à leur domaine spécifique de compétence : l'opportunité de l'arrêt du travail et sa durée doivent être appréciées uniquement sur des critères médicaux.

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

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

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

(«Le Bulletin» n° 19, 2ème série, 2003 : extraits)

#### La formation continue, une impérieuse nécessité :

« La médecine utilisée était simple, inefficace et peu dangereuse. Maintenant, elle est complexe, efficace et potentiellement dangereuse." La raison principale en est la difficulté pour les médecins à transposer dans leur pratique le flux sans cesse renouvelé des informations mises à leur disposition (10000 journaux biomédicaux et 12 millions d'articles indexés dans medline). On estime qu'un médecin généraliste devrait lire et assimiler 19 articles par jour, 365 jours par an pour être informé des principales avancées médicales. Par ailleurs, selon une étude réalisée en 1988 par l'American College of Physicians, 85% des prescriptions réalisées par des médecins diplômés 25 ans plus tôt concernaient des médicaments ou des innovations technologiques pour lesquels ils n'avaient reçu aucune formation, le praticien doit "prendre garde à ce que les connaissances, qui doivent servir à armer l'intelligence, ne l'accablent par leur poids" (C. Bernard). Par ailleurs, la nouvelle pratique médicale exige une prise en charge multidisciplinaire nécessitant une collaboration entre plusieurs intervenants.

Enfin le patient, mieux informé notamment par le canal du nouveau média qu'est l'Internet formule de nouvelles exigences: 70% des internautes américains consulteraient des sites dédiés à la santé. Ainsi, l'arrivée des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) amène à remodeler en profondeur la relation médecin-malade.

( «Le Bulletin»; n° 25-26; 2007 : Editorial)

Les droits du malade: principes fondateurs de la relation soignant soigné

« ... Pendant très longtemps, le système de soins a reposé sur ce que l'on pourrait qualifier de déséquilibre bienveillant caractérisé par la subordination imposée au patient et la « protection » à laquelle ce dernier se trouvait contraint. A la base de cette **conception on trouve l'idéologie mystico religieuse** qui a imprégné le système des soins à son début et qui considère la maladie comme épreuve voulue par Dieu pour éprouver la foi de l'être humain, voire un châtement pour des fautes passées. De ce fait, l'acceptation de la souffrance est légitime et constitue une attitude de sublimation ; le malade est un être égaré, non seulement en raison de sa souffrance physique mais aussi en raison de sa pathologie de l'âme. Ce système a été perpétué au fil des siècles et la laïcisation n'a pas entraîné de bouleversements notoires jusqu'à une époque récente.

Le second concept qui détermine les droits du patient est constitué par **la relation de paternalisme médical**. Cette relation est fondée sur le principe que le médecin travaille dans l'intérêt du patient. Ce dernier, s'il a la liberté de choisir son praticien, doit ensuite se conformer à ses prescriptions. L'angoisse, la douleur et la diminution des ressources psychiques dues à la maladie induiraient chez le patient une « incapacité », un « obscurcissement de l'intelligence », le conduisant à rechercher auprès de son médecin une relation où ce dernier pourrait donner lieu à ses sentiments de bienveillance et de bienfaisance. Ainsi on protège le citoyen de comportements dangereux à l'égard de lui-même.

On peut s'accorder pour dire que si les médecins se sont servis de leur ascendant paternaliste sur les patients, avec, du reste, la complicité de ces derniers, ils en ont fait en général bon usage. En effet, cette position suppose une morale du bien, une capacité pour les soignants à agir de manière altruiste sans attendre de bénéfices ou de reconnaissance.

Le troisième concept est celui du **principe d'autonomie** qui s'oppose point par point à celui du paternalisme puisqu'il suppose que le patient reste totalement autonome et peut, une fois informé, décider seul des soins. Ce modèle met en place une relation symétrique entre patient et soignants, responsabilise le patient dans le combat mené contre la maladie... »

#### « ...CONCLUSION»

L'obligation d'informer le patient doit être considérée, comme un des temps forts de l'acte des soins. L'information donnée par le médecin à son malade doit être simple, approximative, intelligible et loyale. En d'autres termes, le médecin doit chercher ce que le patient peut et veut savoir en faisant preuve d'humanisme. L'exigence d'information ... réclamée par les patients et leurs familles, doit être assurée par la structure de soins (pour le malade hospitalisé) et par l'équipe soignante avec, au premier rang, le médecin. La qualité de l'information et son évaluation sont primordiales ; des études ont montré que la qualité de l'information donnée au malade en milieu hospitalier avait une incidence directe sur le nombre de litiges.

(«Le Bulletin» ; n°24, 2006 ; extraits)

#### Argent, Ethique santé :

Pour schématiser à l'extrême, l'évolution du concept santé-maladie a connu, médecines chinoises et asiatiques exclues, trois grands moments magique et religieux, puis empirique, enfin scientifique.

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

1. La perception de la maladie comme fruit d'une malédiction, manifestation d'un sort, d'un maléfice : cette perception compatible avec la notion de transgression qui prédispose au châtement, conduit naturellement le médecin à n'être qu'un prêtre ou un guérisseur. C'est au nom de la sainteté et du sacré qu'il exerce son rôle au sein de sa communauté. Sa science est une histoire de conscience dévouée. La question de la rétribution, pouvait alors se poser en termes de don et de contre-don. La gratitude du malade s'offre comme une réponse à la sagesse et à la bonté du médecin.
2. La perception empirique de la maladie comme la conséquence d'une dégénérescence, d'un désordre, d'un dérèglement, tous phénomènes inhérents aux ressorts secrets du corps ont conduit à percevoir le médecin comme ce spécialiste des inventaires, des classifications. Ce dépisteur d'anomalie, le médecin, se met à faire parler les organes malades, il leur donne des noms, les stigmatise, les fustige et les soumet à son pouvoir de contrainte.

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

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

3. La perception contemporaine de la maladie est tout naturellement également dépendante des auxiliaires que le médecin a vu surgir autour de lui et dont beaucoup sont ses propres «créatures». Son pouvoir d'explorer



en s'appuyant sur des outils de plus en plus perfectionnés, son pouvoir de traiter avec des produits qui ne sont pas de son cru et qui lui sont à lui-même prescrits par d'énormes machines à produire des molécules et des concepts nouveaux, son pouvoir personnel se voit restreint au profit de celui de ses auxiliaires. La maladie n'est plus un désordre, mais la manifestation programmée d'un ordre autre. La maladie est l'expression du discours des gènes, elle est non pas désordre, mais déséquilibre entre différents statuts, différents discours.

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

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

Le médecin se transforme, sans qu'il en soit toujours conscient, dans le meilleur des cas en bon artisan, le plus souvent il n'est qu'un éboueur de luxe. Ce qui complique les choses en matière de Santé, d'éthique et d'Argent, c'est l'imbrication des modèles perceptifs d'une part et d'autre part le hiatus qui s'est instauré entre la perception sociale de la maladie et de la santé, et la perception que le corps médical a de son rôle, de sa place et de son statut. Cette dysharmonie, est une sorte de crise de conscience qui comme toute crise favorise un petit nombre d'initiés qui fomentent un complot contre les principes de rigueur de justice et d'équilibre.

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

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

« **Le Bulletin** » ; n° 23 ; année 2006 ; extraits)

### **Honneur d'être médecin :**

« La médecine est un art, en même temps qu'une science. Elle nous offre un mélange de rigueur de nuances et de doute, de règles générales et d'exceptions à la règle, de théories et de soumissions aux faits. Malgré « l'incertitude » nous devons prendre des décisions, faire des choix après avoir pesé attentivement le pour et le contre.

Mais les profanes ont souvent sur la médecine une idée erronée ; et il nous est difficile de faire comprendre nos hésitations, nos angoisses professionnelles. La plupart des malentendus avec les patients et les citoyens viennent du fait qu'ils croient que nos diagnostics sont quasi mathématiques, et que nous disposons de traitements infaillibles. »

(« **Le Bulletin** » ; n°7 ; mai 1983 ; extraits)

« Selon un sondage effectué par l'institut National de la Santé Publique et le Conseil de l'Ordre des Médecins auprès d'un échantillon représentatif de la population, une majorité des personnes interviewées a une haute opinion de la médecine. Ainsi parmi les professions qu'elles souhaiteraient voir exercer par leurs enfants, la médecine vient en tête (80% des enquêtés la classent au premier rang) suivi à bonne distance (et dans l'ordre) par l'enseignement universitaire, les métiers d'ingénieur, d'avocat, de juge, de pilote, instituteur, commerçant, architecte...

(« **Le Bulletin** » ; n° 24, 2006 ; extraits)