



L'ORDRE DES MÉDECINS

1958 - 2008

Le bilan

Publication de l'Ordre des médecins de Tunisie

Année 2008

L'ORDRE DES MÉDECINS

Le bilan



RESPONSABLE DE LA PUBLICATION

Taoufik NACEF

COMITÉ DE RÉDACTION

Mohamed JOUINI, Mounir BEN SLAMA, Mohamed Ahmed ALOULOU, Mohamed Néjib CHAABOUNI, Mohamed HOUISSA, Kilani CHABBOUH, Mohamed Elyes BEN MARZOUK, Slim BEN SALAH, Mohamed Fathi DEROUICHE, Mustapha JERIDI, Rafik EL GHARBI, Rachid KAMOUN, Youssef LETAIEF, Amen Allah MESSAADI

ASSISTANCE TECHNIQUE

Saliha OUBEID ALLAH, Henda ZIDI CHTIOUI, Hédia MOUELHI, Meherzia DHEHIBI, Ferid MAHMOUDI, ainsi que le Dr Donia GHARBI et Maître Ahmed BEN MANSOUR, Conseiller juridique de l'Ordre

Nous adressons nos remerciements à tous les collègues qui ont accepté de nous accorder un entretien et qui ont témoigné par écrit de leur expérience à l'Ordre ; au Docteur Moncef Zitouna qui nous a ouvert sa photothèque et qui a mis à notre disposition les portraits que nous n'avons pu retrouver dans nos archives

Sommaire

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION | 6 |
| PREAMBULE | 7 |
| CHAPITRE I : HISTORIQUE DE L'ORDRE : REPERES | 8 |
| L'ORDRE DES MEDECINS AU TEMPS DU PROTECTORAT | 8 |
| L'ORDRE NATIONAL : LA (RE)NAISSANCE | 11 |
| L'ORDRE NATIONAL : LA CONSOLIDATION | 14 |
| REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE | 15 |
| SIEGE DES CONSEILS DE L'ORDRE DES MEDECINS | 15 |
| REGLEMENT INTERIEUR | 16 |
| CHAPITRE II : LE CONSEIL DE L'ORDRE | 17 |
| MISSION ET ORGANES DE L'ORDRE | 17 |
| LE CONSEIL (« NATIONAL ») DE L'ORDRE | 17 |
| 1. <i>Organisation et fonctionnement</i> | 17 |
| 2. <i>Elections à l'ordre (« national »)</i> | 19 |
| 3. <i>Composition des bureaux :</i> | 21 |
| LES CONSEILS REGIONAUX | 44 |
| 1. <i>Organisation et fonctionnement</i> | 44 |
| 2. <i>Composition des Bureaux</i> | 45 |
| CHAPITRE III : LES COMPETENCES DE L'ORDRE : CINQUANTE ANS DE DEONTOLOGIE MEDICALE REGLEMENTEE EN TUNISIE | 50 |
| LES CODES DE DEONTOLOGIE MEDICALE DE 1973 ET 1993 : ETUDE COMPARATIVE. | 50 |
| INSUFFISANCES DES CODES DE 1973 ET DE 1993 | 53 |
| CONCLUSION | 55 |
| CHAPITRE IV : LE TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS | 56 |
| I. INSCRIPTION AU TABLEAU : LA PROCEDURE DE LA RECONNAISSANCE DES TITRES | 56 |
| II. INSCRIPTION AU TABLEAU : ASPECTS QUANTITATIFS | 59 |
| III- L'EXERCICE DE LA MEDECINE : STATUTS PARTICULIERS DES CORPS DE MEDECINS EXERÇANT DANS LE SECTEUR PUBLIC | 69 |
| IV- LA FORMATION DES MEDECINS EN TUNISIE: EVENEMENTS MARQUANTS | 79 |
| CHAPITRE V : REGLEMENT DE LITIGES ET DISCIPLINE : L'ACTIVITE DU CONSEIL DE DISCIPLINE | 80 |
| I. LA COMPETENCE DISCIPLINAIRE DE L'ORDRE : EVOLUTION DE LA LEGISLATION | 80 |
| II. L'ACTIVITE DU CONSEIL DE DISCIPLINE | 81 |
| 1. <i>Première source d'information : les registres de l'Ordre</i> | 81 |
| 2. <i>Deuxième source : «le Bulletin d'informations»</i> | 84 |
| CHAPITRE VI : LA VIE DE L'ORDRE (A TRAVERS LES PUBLICATIONS ET LES ARCHIVES) | 85 |
| I- PUBLICATIONS DE L'ORDRE, DE 1982 A 2008 : BULLETIN ET CIRCULAIRES | 85 |
| II- LES ARCHIVES DE 1960 A 2008: ANALYSE DE CONTENU | 97 |
| III- LE PORTAIL DE L'ORDRE DES MEDECINS | 118 |
| CHAPITRE VII : LA SANTE DES TUNISIENS DES ANNEES 1950 A CE JOUR : LES ACQUIS, «LA TRANSITION SANITAIRE» | 120 |
| I. VUE D'ENSEMBLE | 120 |
| II. DONNEES STATISTIQUES | 122 |
| III. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES | 126 |
| IV. INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES: 1956-2006 | 127 |
| V- L'ASSURANCE MALADIE (EN RACCOURCI) | 128 |
| CHAPITRE VIII : LA VIE A L'ORDRE : DES CONSEILLERS TMOIGNENT | 129 |
| CONCLUSION | 156 |

INTRODUCTION

La création de l'Ordre des médecins a été envisagée pour la première fois en 1941 ; elle a été différée par la guerre qui a embrasé le monde et ne nous a pas épargné. L'année 1948 fut une première échéance ; 1958 une renaissance. Dans ces conditions, ce qui est fêté en 2008, est-il le cinquantième ou le soixantième anniversaire de la naissance de l'Ordre ? La réponse est tout en nuance sinon elle ne serait pas à la mesure de l'évènement : soixantième anniversaire, pour rendre hommage aux « anciens », à leurs luttes, à leurs résistances, cinquantième parce que 1958 fut l'année à partir de laquelle les médecins tunisiens ont été véritablement acteurs de leur destin.

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif, trans-générationnel. Un témoignage de respect et de reconnaissance aux médecins de Tunisie; particulièrement à ceux qui ont œuvré à la promotion de l'image du médecin.

Pour le réaliser, il nous a fallu d'abord rassembler des archives : publications, rapports d'assemblées générales, actes des séances des conseils, correspondances, supports informatiques, contrats... ; pour ensuite en analyser les contenus et procéder à la nécessaire confrontation entre informations de provenances diverses. In fine, les recoupements avec des entretiens réalisés auprès d'anciens des conseils de l'Ordre nous ont permis de mieux préciser certains faits et parfois leur succession. En complément de leur parole, nous leur avons demandé des témoignages écrits sur leurs expériences, qui sont publiés à la fin de l'ouvrage, dans leur intégralité : par respect du droit des auteurs à exprimer en leurs « propres mots » (mieux qu'un rapport impersonnel) leur vécu, leurs émotions, leur ressenti d'une « ambiance », d'un contexte...

Les données collectées auprès des différentes sources ont été regroupées en sept chapitres, outre les témoignages. Dans le premier chapitre (historique) un inventaire est dressé des évènements importants qui ont marqué la vie de l'Ordre depuis sa création.

Le deuxième chapitre est consacré au Code de déontologie – dont les deux versions, publiées respectivement en 1973 et 1992 sont comparées -, texte fondamental qui donne leur légitimité aux actions entreprises par les instances ordinales. Dans le troisième chapitre, la liste des membres des bureaux est dressée.

Les deux chapitres suivants traitent de la manière dont deux activités de base ont été abordés par les conseils qui ont présidé aux destinées de l'Ordre : en matière de reconnaissance de compétences et de mise à jour du « tableau » d'une part, de résolution des litiges et de discipline d'autre part.

Au chapitre VI est rapportée la chronique des évènements et des faits anecdotiques qui ont fait le quotidien de l'organisation. Enfin l'activité des médecins étant un déterminant essentiel de la santé, son impact peut être évalué par le biais des indicateurs usuels de moyens et de résultats (chapitre VII).

Pour terminer nous lançons un appel à ceux – médecins, membres de leurs familles... - qui disposeraient de documents ou d'« informations » puisés à bonne source, de nous les faire connaître. Nous pourrions ainsi corriger, compléter le contenu de cet ouvrage... dans une édition suivante.

Taoufik Nacef

PREAMBULE

C'est avec émotion que je prends ma plume pour parler de mes trente années passées au conseil de l'Ordre des médecins: trente années pendant lesquelles le corps médical m'a désigné soit pour être secrétaire général, soit comme président.

C'était au début des années 50, la Tunisie était encore sous la domination du colonisateur. Le corps médical tunisien était très réduit, mais tel qu'il était il se devait d'être très actif dans ce grand défi qui était le combat pour l'indépendance de notre pays. C'est ainsi qu'au sein du mouvement nationaliste on retrouve toujours un grand nombre de médecins et certains d'entre eux ont payé de leur liberté cet engagement. Le premier syndicat de médecins tunisiens créé en 1952 était déjà l'affirmation de notre existence en dehors des structures créées par le colonisateur. La démission des membres tunisiens du conseil de l'Ordre en 1952, était la conséquence de notre défi à un Ordre dominé par des étrangers et dont le rôle était le plus souvent la défense de leurs intérêts.

25 mars 1956 : indépendance de la Tunisie, il fallait tunisifier toutes les structures médicales du pays et pour nous médecins bien que très peu nombreux, prendre en charge tout ce qui pouvait concerner la santé du peuple tunisien après tant de souffrances et d'humiliations.

D'abord repenser la législation relative à l'exercice de la médecine en Tunisie: une loi régissant cet exercice va être promulguée en 1958. Malheureusement, cette loi comporte une anomalie qui n'a pas été voulue par les membres du conseil de l'Ordre à savoir la présence d'un membre nommé par le Secrétaire d'Etat à la Santé au sein d'un comité élu. Pour marquer son refus de toute ingérence d'où quelle vienne, le conseil n'a pas convoqué ce membre à ses réunions.

Il fallait mettre au point un code de déontologie médicale car la référence était le code français ; le 20 novembre 1973 un décret est promulgué créant un code tunisien. Ce code, pensée et définie par des membres tunisiens, se devait d'insister sur la neutralité du médecin, sur son respect de l'Humain, de tous les humains quelles que soient leurs convictions et surtout n'accepter aucune dérogation à l'exercice de la médecine qui soit incompatible avec son indépendance et avec son honneur.

Le conseil de l'Ordre a vécu plusieurs mutations depuis sa création. Il a participé à toutes les réformes introduites dans notre pays pour l'exercice d'une médecine en pleine évolution. Mais ses dirigeants, élus par leurs pairs ont toujours gardé le souci de veiller à leur indépendance et ceci pour mériter la confiance et le respect du malade.

Le nombre de médecins évolue considérablement et le corps médical doit être conscient de la grande responsabilité qui lui incombe : assurer la santé à tous ceux qui vivent dans ce pays. A cet effet, il doit veiller à préserver son indépendance car il est détenteur des secrets des personnes, le seul à pouvoir décider de leur santé, leur bien le plus précieux. Garder une indépendance totale et se dire qu'il n'existe aucun métier qui ressemble au sien!

Dr Brahim El Gharbi

Président d'honneur de l'Ordre des médecins

CHAPITRE I : **HISTORIQUE DE L'ORDRE : REPERES**

L'ORDRE DES MEDECINS AU TEMPS DU PROTECTORAT

Le premier texte réglementant l'exercice de la médecine en Tunisie est le **décret beylical du 15 juin 1888**, relatif à l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art des accouchements.

Quant à l'Ordre des médecins de Tunisie, il a été créé par le **décret beylical du 12 juin 1941** (17 jourmada I 1360) soit neuf mois après l'institution de l'Ordre des médecins en France le 7 Octobre 1940.

Le conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie est placé sous la tutelle du Secrétaire Général du Gouvernement. Il est composé de 12 membres, docteurs en médecine, exerçant leur art sur le territoire de la Tunisie. Nommés par arrêté du Résident Général, ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans. Le secrétaire Général du Gouvernement désigne parmi les membres du Conseil le Président et le Vice-président.

Les prérogatives du Conseil de l'Ordre telles que définies par l'article 4 du décret sont: la surveillance de l'exercice de la médecine sur tout le territoire de la Tunisie, le maintien de la discipline intérieure et générale de l'Ordre, ainsi que la garde de son honneur, de sa morale et des ses intérêts. Il délibère sur les affaires soumises à son examen, il est l'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics.

Le Conseil dresse un tableau public de l'Ordre des médecins qui est publié au début de chaque année au journal officiel tunisien. Sont autorisés d'exercer les médecins dont le diplôme aura été préalablement visé par le Secrétaire Général du Gouvernement tunisien, l'Ordre, étant le garant de leur moralité et de leur probité (prestation de serment).

Par ailleurs, le même décret stipule que les associations « syndicales » sont interdites ; les médecins sont autorisés à se grouper en associations amicales.

- Le décret du 12 juin 1941 a été modifié le **31 juillet 1941**, pour adjoindre 4 membres suppléants également nommés par arrêté du résident général aux 12 membres titulaires du Conseil et pour modifier la composition de la commission de recours aux décisions disciplinaires.
- Le **16 Octobre 1941**, un arrêté du Résident Général limite le nombre des médecins de confession juive autorisés à exercer en Tunisie à 5% de l'effectif total des médecins et instaure une déclaration obligatoire pour déterminer l'origine des ascendants paternels et maternels de chaque médecin inscrit à l'Ordre.
- Un décret du **18 Décembre 1941** porte le nombre des membres suppléants à 8 au lieu de 4. Ces membres suppléants sont appelés à remplacer les membres titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.
- Le **23 Avril 1942** (7 rabia II 1361), un nouveau décret beylical modifie le décret du 12 juin 1941 pour créer un deuxième poste de vice-président, annoncer la promulgation

1 A la même époque, par dahir daté du 1^{er} juillet 1941 un Conseil de l'Ordre est institué au Maroc.

d'un code de déontologie médicale (par un arrêté du Résident Général) et délier du secret médical les médecins traduits devant le Conseil et la Commission de recours disciplinaires (institué par l'article 254 du Code Pénal).

- **Le 18 Octobre 1943**, le comité français de libération nationale décrète la suppression de l'Ordre des médecins.
- L'Ordre est rétabli par **décret beylical le 13 janvier 1944** ; ce décret établit – il s'agit d'une « première » - que les membres du Conseil, au nombre de seize, seront **élus** par les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre.

L'élection du président, qui ne peut être que de nationalité française et avoir fait partie du Conseil pendant au moins trois ans, et l'élection des quinze membres du Conseil font l'objet de scrutins séparés. Les prérogatives de l'Ordre sont redéfinies ; il est notamment précisé que le Conseil n'a, en aucun cas, à connaître des actes, opinions politiques ou religieuses des membres de l'Ordre.

Ce même **décret, du 13 janvier 1944** (17 محرم 1363) portant réorganisation de l'Ordre des médecins pris par le Bey Mohamed Lamine Pacha (modifié par décret du 6 avril 1944) fixe :

- les prérogatives de l'Ordre ;
- ses organismes: conseil de l'Ordre, conseil de discipline et chambre de discipline ;
- la composition et les conditions d'éligibilité de ses membres ; ces derniers, au nombre de quinze, sont élus pour trois ans, ils sont renouvelés par 1/3 tous les ans par l'assemblée générale des médecins inscrits au tableau (vote direct). Ils doivent être de nationalité tunisienne ou française, ayant au minimum trente cinq ans, inscrits au tableau de l'Ordre depuis trois ans et plus ; le président est de nationalité française. Outre le vote direct, le vote par correspondance est accepté ;
- le fonctionnement du conseil de l'Ordre dont les réunions ne sont valables que si les 2/3 des membres sont présents ;
- le fonctionnement du conseil de discipline où la présence d'un conseiller juridique désigné par le premier Président de la Cour d'Appel est institué.

Les sanctions pouvant être prononcées par le conseil de discipline sont l'avertissement, la «réprimande», l'interdiction d'exercice.... Il est à noter que l'interdiction « peut concerner » un, plusieurs ou la totalité des fonctions conférées ou rétribuées par l'Etat, les collectivités et les organismes publics. L'appel des sanctions disciplinaires, introduit auprès du greffe de la Cour d'Appel, est jugé par la chambre de discipline composée de trois conseillers à la Cour d'Appel et de trois médecins. Ces derniers doivent satisfaire aux conditions suivantes : avoir fait partie du Conseil de l'Ordre pendant au moins trois ans, être âgés de trente huit ans minimum, et inscrits au tableau de l'Ordre depuis plus de six ans ; ils sont élus pour 6 ans par leurs pairs.

Les décisions de la chambre de discipline peuvent être contestées auprès de la Cour de Cassation.

- C'est que **le 6 Avril 1944 (décret beylical)** que les médecins de nationalité tunisienne deviennent éligibles au poste de Président du Conseil de l'Ordre, à l'exception de ceux, frappés par l'ordonnance du 21 décembre 1943 relative à «l'indignité des membres des groupements antinationaux».
- Les dispositions prévues par le décret du 13/1/1944 sont confirmées par le **décret du 10/07/1947** paru au JORT du 15/07/1947 après la fin des « hostilités ». Par ailleurs, ce même décret limite l'exercice de la médecine en Tunisie aux seuls médecins de nationalité française ou tunisienne munis d'un diplôme d'état français.

- En application du décret du 10/7/1947, l'Ordre des médecins procède à l'élection du Président et des membres du Conseil de l'Ordre le **7 décembre 1947**, sous la présidence du Dr Léon Moatti. Ont été élus à la majorité absolue, au 1^{er} tour: Henri Bouquet, Président ainsi que Edouard Bloch, Vincent Bardou, Jean Demirleau, Maurice Uzan aîné, Mathis, Hédi Ben Rais, M. Hajouj et René Laclaveline ; au 2nd tour qui a eu lieu le 28 décembre, ont été élus (majorité absolue) Mahmoud El Materi et E. Cohen Hadria; au 3^{ème} tour qui s'est déroulé sous la présidence du Dr Léon Moatti, sont élus à la majorité relative Jules Schemla, Georges Valensi, Manoubi B. Bechir, Raoul Dana et Salah Azaiez (plus jeune membre du Conseil de l'Ordre, premier chirurgien tunisien).

Au cours de la première réunion du Conseil le 26/1/48, le bureau a été constitué ; il comprend :

- Président : Henri Bouquet;
- Vice-Président : M. Materi, (à l'unanimité) ;
- Secrétaire Général: Elie Cohen Hadria au scrutin secret, (7 voix contre 5 à S. Azaiez);
- Secrétaire général adjoint : S. Azaiez (à l'unanimité);
- Trésorier Général: Laclaveline (à l'unanimité)
- Trésorier Général Adjoint: M. Mathis (à l'unanimité)
- Membres : Edouard Bloch, Vincent Bardou, Jean Demirleau, Maurice Uzan aîné, Hédi Ben Rais, M. Hajouj.

Au cours de cette même séance le Conseil de l'Ordre décide de :

- organiser l'élection des membres de la chambre de discipline ;
- faire des visites de courtoisie aux « plus hautes autorités »;
- transférer au syndicat médical français, dès l'élection du nouveau bureau de cet organisme, « les fonctions d'organisme répartiteur, parmi les médecins, des marchandises contingentées que les circonstances extérieures l'ont contraint d'assurer : autos, pneus, essence, savon etc...»
- mettre à l'ordre du jour de la « prochaine réunion » (tenue le 17/2) la désignation des représentants de l'Ordre aux divers organismes prévus par la loi (comité de vérification des titres, chambres de discipline des vétérinaires et des chirurgiens-dentistes) ;
- porter la cotisation de 250 F à 1000 F.

- **1952**: le Conseil enregistre la démission de Mahmoud Materi, Manoubi Ben Bechir, Mokhtar Kortobi et Tahar Zaouche (28/11/1952).
- **1952** : Un Syndicat des médecins tunisiens affilié à l'UGTT, est créé. Le Président en est Ali Fourati, le Secrétaire Général B. Gharbi ; leur ont succédé au poste de Président : Brahim Gharbi, puis Ahmed Ben Miled, Hechemi Ayari étant Secrétaire Général.
- Les élections du **23/12/1952** sont les dernières élections à avoir lieu avant l'indépendance. Il s'agissait de renouveler 5 membres; les votants sont au nombre de 147, dont 80 par correspondance. Le bureau a été ainsi constitué :
 - Président : H. Bouquet
 - Vice Présidents : Maurice Uzan et Edouard Bloch;
 - Secrétaire Général : Elie Cohen Hadria
 - Secrétaire général Adjoint: Jean Coupin
 - Trésorier Général : René Laclaveline,
 - Trésorier Général Adjoint : Raymond Didier
 - Membres: Marcel Carmaux, Marcel Dignat, Jules Barouch

La dernière séance du Conseil dont un procès-verbal écrit est consigné sur le registre prévu à cet effet a été tenue le **9/2/1954**. Après avoir noté la situation florissante de la trésorerie, décidé de transférer à la « caisse de solidarité » 300.000fr et délibéré sur les questions à l'ordre du jour (notamment l'inscription des Dr Bami Meyer (n° 573) Ahmed Meddeb (n°576), Ali Merdassi (n°577) et Salem Najah (n°578), le Conseil envoie la lettre, dont texte ci-dessous au Résident Général:

«Les membres du conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie soussignés, réunis le 9 février 1954 sous la présidence de M. H. Bouquet, Président du Conseil, après avoir pris connaissance de la résolution votée par l'assemblée générale extraordinaire des médecins le 6 février 1954, décident de remettre leur démission collective de membres du Conseil au Président, lui faisant toute confiance pour la faire connaître aux pouvoirs publics en temps opportun au cas où satisfaction ne serait pas accordée aux demandes formulées par la délégation spéciale habilitée à cet effet par «l'assemblée générale».

Le Conseil précise qu'en cas de démission collective, le Président restera habilité à expédier les seules affaires courantes présentant un intérêt majeur pour les malades, à l'exception de tout contact avec l'administration ».

L'ORDRE NATIONAL : LA (RE)NAISSANCE

- **1955** : Une commission spéciale provisoire exerçant les attributions du conseil de l'Ordre des médecins est instituée. Les membres en sont les Docteurs Zaouche, Azaiez, Valensi, Bouquet, Ben Moussa.

☞ **1956 : INDEPENDANCE DE LA TUNISIE.**

☞ **1956: LA REPUBLIQUE EST PROCLAMEE (25/07/1956).**

☞ **1957 : LE PRESIDENT HABIB BOURGUIBA EST ELU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE LE 8 NOVEMBRE**

- **1958** : Suite au départ massif des médecins français, le corps médical perd 4/5 de ses effectifs et ne compte plus que 120 médecins (pour près de 4 millions d'habitants).

- **La loi du 58-38 du 15/3/1958** relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de vétérinaire est promulguée; elle abroge et remplace les dispositions des textes antérieurs et notamment le décret du 10 juillet 1947.

Elle définit les conditions d'exercice de la médecine: nationalité tunisienne, diplôme visé par le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique, inscription au Tableau de l'Ordre (pour les étrangers une autorisation d'exercice peut être délivrée à titre précaire et révocable); interdiction du cumul de l'exercice médical avec celui de la pharmacie sauf s'il n'existe pas de pharmacien à proximité du lieu d'exercice. Des sanctions sévères sont prévues pour ceux qui ne satisfont pas aux critères de diplôme et exercent illégalement la médecine:

Le titre II (3 chapitres Art. 13 à 41) est consacré à l'organisation de la

2 Il est vrai que le contexte est particulier : départ des étrangers, nombreux tradi-praticiens (notamment dans l'art dentaire) difficulté de vérifier la validité des diplômes...

profession médicale et à l'Ordre des médecins. C'est ainsi que le tableau des médecins dressé par l'Ordre doit être visé par le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique et publié tous les ans au JORT. Toute inscription au tableau est soumise, outre le diplôme, à des conditions de moralité et d'indépendance. Le refus d'inscription d'un médecin par l'Ordre doit être motivé.

Le conseil de l'Ordre des médecins (objet du chapitre II de ce Titre II) comprend douze membres (élus par les médecins de nationalité tunisienne) et un représentant du Secrétaire d'Etat à la Santé Publique, médecin inspecteur, avec voix consultative. L'élection fait l'objet de deux scrutins séparés par un intervalle de quinze jours, à la majorité absolue pour le premier tour et relative au deuxième tour (Art. 20). Le vote par correspondance est autorisé. Les membres sont élus pour trois ans, ils sont renouvelés par tiers chaque année. Ils sont rééligibles. Le Président est élu par les membres du Conseil, à la majorité absolue.

Le Conseil de l'Ordre se réunit au moins une fois par trimestre en présence d'au moins 2/3 de ses membres. L'absence non motivée à deux séances consécutives « entraîne le droit à la démission ». Les comptes-rendus des délibérations sont notés sur un registre coté et paraphé. La répartition des tâches entre les membres (sauf pour le Président) et la composition du bureau ne sont pas précisés.

Le conseil de discipline est l'objet du chapitre III (titre II). Il peut être saisi, par les autorités, par l'un de ses membres (dans ce cas, après étude du dossier en comité secret) ou par un confrère ou par un syndicat de médecins (et non directement par un citoyen).

Les médecins chargés d'un service public ne peuvent être traduits devant le Conseil de discipline que dans le cas de manquement aux règles du Code de Déontologie.

Quant aux procédures disciplinaires, elles sont pratiquement identiques à celles figurant dans le décret de 1947.

Il est à noter que le Conseil de discipline s'adjoint « deux médecins étrangers désignés par le Secrétaire d'Etat quand le médecin incriminé est de nationalité étrangère ».

La juridiction (chambre) d'appel présidée par un Conseiller de la Cour d'Appel comprend six médecins élus au scrutin majoritaire (± 2 étrangers) non membres du conseil de l'Ordre des médecins en exercice.

1959 : Le premier conseil de l'Ordre est élu ; le bureau est le suivant

| | |
|---------------------|--|
| Président : | Mahmoud El Materi |
| Vice-Président: | Said Mestiri |
| Secrétaire Général: | Brahim El Gharbi |
| Trésorier Général: | Abdelmajid Charrad |
| Membres: | Tawhida Ben Zina Ben Cheikh Tahar Zaouche Ali Fourati Béchir Hamza Béchir Daoud Georges Valensi Tahar Ben Soltane Gaston Cohen Boulakia |

1959 : Le Syndicat des médecins tunisiens créé en 1952 « cesse » ses activités, 90% de ses membres « ayant présenté leur démission » incitées en cela par les autorités ; ces dernières jugent qu'une seule organisation est suffisante pour représenter le corps médical et pour être leur unique interlocuteur. Le conseil de l'Ordre est chargé, par décret, de la défense, à la fois des intérêts moraux et matériels de la profession.

- **Le 20 Octobre 1973**, promulgation du premier code de déontologie médicale tunisien qui édicte les règles que doivent respecter les médecins exerçant en Tunisie.
- **1974** : Naissance de l'Association Générale des Médecins de Tunisie (AGMT) à l'initiative d'un groupe de « jeunes » médecins : (dont S. Ouahchi, H. Ben Slama, K. Abdennebi, M. Ghariani, M. Harbi, M. F. Derouiche, M. Hafsia, B. Larabi, Bellagha, H. Ben Ayed...) en réaction à ce qu'ils estiment être la « mainmise exercée par la génération des « anciens » sur l'Ordre et sur l'institution médicale ». L'AGMT est conçue comme étant un espace pour la formation continue, l'expression et la créativité de tous les talents.

Le Groupe AGMT reproche aux « anciens » de l'Ordre leur laxisme en matière disciplinaire, leur « soumission » aux autorités et leur esprit corporatiste. Aux élections de 1974 (et déjà en 1973), des candidats se réclamant de l'AGMT entrent au conseil de l'Ordre.

- **1976 et 1977** : Une association, la « coopérative de construction du conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie » est créée (visa n°4398 daté du 2 novembre 1976, publication sur le JORT n°76 daté du 7 décembre 1976) ; elle tient son assemblée générale le 27 mars 1976. Cette assemblée générale est consacrée notamment à l'élection du conseil d'administration, composé de trois membres (non rémunérés) : Sadok Ouahchi est président, Fethi Derouiche et Ammar Jaziri membres.

Les statuts de l'association dont la durée est limitée à la période de réalisation de l'objet pour laquelle elle a été fondée comportent 58 articles répartis sur huit chapitres. Cet objet est de :

- « procéder ou faire procéder, pour le compte de ses adhérents, à toutes opérations relatives à l'acquisition et au lotissement d'un terrain ainsi qu'au financement et à la construction sur celui-ci d'immeubles d'habitation » ;
- « de coordonner les actes de ses adhérents pour tout ce qui se rapporte à ces opérations ».

Dans les divers chapitres sont notamment spécifiés le fonctionnement de l'association, les obligations des différentes parties (coopérateurs et administrateurs) ainsi que les modalités de gestion.

1977 : Naissance de deux syndicats (affiliés à l'UGTT) représentant les médecins du secteur public ; il s'agit du syndicat des médecins hospitalo-universitaires et du syndicat des médecins hospitalo-sanitaires.

- **1982** : Création du syndicat tunisien des médecins libéraux (juin 1982) qui se pose en successeur du syndicat dissous en 1958. Le comité fondateur est composé des docteurs : Abdallah Bachouch, Ridha Bachrouch, Said Bargaoui, Fethi Derouiche, Farhat Ferchiou, Béchir Gueddana, Abdelhamid Hachicha, Fethi Tebourbi. Certains sont des membres – anciens ou en activité - du conseil de l'Ordre ; ce dernier est de plus en plus conscient de la nécessité de séparer entre ce qui relève de la défense des intérêts moraux - domaine de l'Ordre - et ce qui est de la compétence des syndicats (défense des intérêts matériels). Ce syndicat n'est pas affilié à une organisation qu'elle soit patronale ou ouvrière ; le premier congrès de ce syndicat a été tenu les 5-6 mai 1984 à Gammarth.

Un certain nombre de médecins avaient à l'époque défendu l'idée d'une « confédération », indépendante des syndicats existants – qu'ils soient ouvriers ou patronaux - représentant

l'ensemble du corps médical, avec des sections pour chaque secteur ; leur démarche n'a pas abouti.

- **1982:** Parution du premier numéro du «**bulletin**» d'informations médicales et pharmaceutiques, (daté de mai 1982) organe de l'Ordre des médecins.
- **1985 :** la loi des finances dans laquelle figurent des mesures fiscales (notamment l'institution d'ordonnances numérotées) que les médecins jugent « injustes et discriminatoires » provoque un mouvement de protestation ; à l'initiative de l'Ordre, un collectif est créé et un certain nombre de manifestations sont organisées.
- **1985:** Aux élections de 1984, B. Gharbi, retire sa candidature après le premier tour; le nouveau bureau le nomme Président d'Honneur du conseil de l'Ordre (séance du 12/3/1985).

L'ORDRE NATIONAL : LA CONSOLIDATION

7 NOVEMBRE 1987 : LE CHANGEMENT : LE PRESIDENT ZINE EL ABIDINE BEN ALI EST PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

Au début des années 1990, la législation de l'exercice de la médecine est en débat ; l'Ordre est membre de toutes les commissions de réforme. Plusieurs textes de loi importants sont publiés entre 1991 et 1993 par le Ministère de la Santé Publique.

- La **loi 91-21 du 13/3/1991** relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste traite (en 39 articles répartis sur 6 chapitres) :
 - des conditions de l'exercice de la médecine par les tunisiens et par des étrangers (pour ces derniers, reprise des dispositions de la loi de 1958, autorisation temporaire du Ministère de la Santé Publique après avis du conseil national de l'Ordre des médecins) ;
 - de l'organisation de l'Ordre des médecins, de sa mission et de son fonctionnement. Le Conseil de l'Ordre comprend désormais un Conseil **National** et cinq conseils **régionaux**. Le Conseil national est composé de 16 membres élus pour 4 ans au scrutin secret et direct et à la majorité relative ; renouvelables par ½ tous les deux ans ; rééligibles une fois seulement. Chacun des cinq Conseils Régionaux comprend 8 membres élus dans les mêmes conditions que leurs collègues du Conseil National ;
 - Des modalités de l'exercice en tant que généraliste ou spécialiste et de l'inscription au tableau de l'Ordre ;
 - De la discipline et des voies de recours ;
 - De certaines mesures transitoires.
- Le Décret 91/1647 du **4/11/1991** relatif aux Conseils Régionaux de l'Ordre fixe leurs attributions (Art.3 et 4); leur fonctionnement, leur composition et la distribution des responsabilités en leur sein. A noter (Art. 18) que le Ministre d'Etat, Ministre de l'Intérieur et le Ministre de la Santé Publique sont chargés de l'exécution du décret
- Le Décret 92-448 du **24/2/1992** porte organisation du Conseil National de l'Ordre et fixe les modalités et le déroulement des élections des membres ; le Ministre de la Santé Publique est chargé de l'exécution du décret.
- **Le 17 Mai 1993**, promulgation d'une nouvelle version du code de déontologie médicale (par décret 93-1155 daté du 17 mai 1993) dont le contenu est actualisé et la présentation est rénovée (en particulier regroupement des articles par thèmes) par rapport à 1973.
- **Décembre 1992 :** Elections du conseil national et des conseils régionaux de Béja,

Gabès, Sfax, Sousse et Tunis.

- **1994** : Naissance du Comité National d’Ethique Médicale (décret 94-1939 du 19/09/1994).
- **2006** : suite à une scission au sein du Syndicat des Médecins de Libre Pratique (STML), un Syndicat Tunisien des Médecins Spécialistes Libéraux voit le jour ; certains spécialistes estiment que leurs intérêts sont insuffisamment défendus par le STML qui, en tant que représentant des médecins libéraux, a négocié avec les responsables de la Caisse Nationale de l’Assurance Maladie et signé la convention sectorielle des médecins de libre pratique.
- **2007** : Un nouveau Conseil Régional est créé à Gafsa (décret 2006-2225 du 7 août 2006) ayant compétence pour les gouvernorats de Gafsa, Tozeur, Kébili, Kasserine. La nouvelle distribution des aires géographiques couvertes par les autres CROM est comme suit :
 - Tunis : les gouvernorats de Tunis, Bizerte, Zaghouan, Nabeul
 - Sousse : les gouvernorats de Sousse, Monastir, Mahdia
 - Sfax : les gouvernorats de Sfax et de Sidi Bou Zid
 - Gabès : les gouvernorats de Gabès, Médenine et Tataouine
 - Béja : les gouvernorats de Béja, Jendouba, le Kef et Siliana
- Janvier **2008** : Organisation des (premières) élections du Conseil régional de Gafsa

REFORME DE L’ASSURANCE MALADIE

- **2002 à 2008** : À l’issue d’un long processus (fait de débats, études, négociations) entamé bien avant l’an 2000, la réforme des régimes d’assurance maladie est finalisée ; les textes de référence (lois, décret, arrêtés, convention) sont publiés. Le nouveau dispositif entrera en fonction au cours du deuxième trimestre de **2008**. L’Ordre a pris une part active aux négociations – à l’exclusion de celle de la convention sectorielle ; la délégation ordinaire était représentative des divers modes d’exercice (libéral/public ; généralistes/spécialistes). Concernant la convention sectorielle, il a formulé à différentes reprises, son avis.

SIÈGE DES CONSEILS DE L’ORDRE DES MEDECINS

Le siège du **conseil (national) de l’Ordre des médecins** est à Tunis ; jusqu’en 1962, il est au 23, Avenue de Paris. Il est ensuite transféré au 18, rue de Russie: les nouveaux locaux, en partage avec la Société des Sciences Médicales sont situés dans le centre de la ville de Tunis, à proximité des gares et des stations de bus. Ils comportent notamment une salle pour les conférences, une bibliothèque, une salle de réunion spacieuse ; 4 bureaux sont réservés à « l’administration ». En Juillet 1990, pour pallier les difficultés d’accès liées à l’encombrement, devenu de plus en plus manifeste de la circulation en ville, le Conseil de l’Ordre et la Société Tunisienne des Sciences Médicales réalisent l’achat d’un nouveau local situé 16, rue de Touraine, à la périphérie de Tunis, dans une zone résidentielle.

Quant aux **Conseils régionaux** ils siègent dans les locaux qui sont la propriété de l’Ordre des médecins pour Tunis (année d’acquisition 2005), Sousse (année d’acquisition 2007), Sfax (année d’acquisition 2001), Gafsa (année d’acquisition 2008) ou bien dont ils sont locataires (cas de Béja et de Gabès).

REGLEMENT INTERIEUR

La première version d'un ***règlement intérieur*** de l'Ordre des médecins **date de 1988** : en l'absence d'une législation de référence, l'objet principal est la répartition des tâches entre membres et la composition du bureau ainsi que l'organisation de son travail.

La loi de 1991 qui - entre autres mesures - institue les conseils régionaux, charge le conseil national de fixer le règlement intérieur de l'Ordre. Celui-ci est élaboré au cours des années 1999 et 2000 ; il est adopté par décision du Conseil National prise le **5 décembre 2000**. Ce règlement fixe, dans les limites de la législation et de la réglementation en vigueur, le fonctionnement des Conseils, national et régionaux de l'Ordre en tant que gestionnaires d'un service public et dotés à cet effet des prérogatives de puissance publique.

Une révision est effectuée en 2006 ; des dispositions relatives à la gestion financière et à la discipline ont été ajoutées ; la médaille du mérite ordinal est officiellement consacrée.

CHAPITRE II

LE CONSEIL DE L'ORDRE

MISSION ET ORGANES DE L'ORDRE

Mission :

L'Ordre a pour objet de veiller au respect par l'ensemble des médecins autorisés à exercer sur le territoire national, des principes de probité, de dévouement, de solidarité et d'entraide. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Il veille au respect de la déontologie, notamment des règles relatives à la qualité des soins; il entreprend des actions visant à promouvoir la recherche et la mise à jour des compétences professionnelles (formation continue). A quelques détails près, cette mission n'a pas varié depuis la création de l'Ordre, en particulier depuis la loi de 1958 qui a institué un Ordre «National».

Organes :

L'Ordre accomplit sa mission par l'intermédiaire du conseil de l'Ordre et du conseil de discipline. Les textes de loi en ayant régi de 1958 à 1992 l'organisation et le fonctionnement font référence à une structure unique dénommée «l'Ordre des médecins» dont les membres sont élus.

La décentralisation est devenue au fil des années une nécessité, dictée notamment par l'explosion de la démographie des médecins et par la multiplication des structures de soins et de formation. Elle a été concrétisée en 1993 par la création d'une entité nationale (le Conseil National) chapeautant 5 (Tunis, Sousse, Béja, Sfax et Gabès) Conseils Régionaux; en 2007 un sixième Conseil Régional a été institué à Gafsa dont le bureau est entré en fonction en 2008.

LE CONSEIL (« NATIONAL ») DE L'ORDRE:

1. Organisation et fonctionnement

La législation réglementant la composition du conseil « national », les modalités de l'élection de ses membres, son organisation et son fonctionnement, a, au fil du temps, subi des retouches, en vue de les adapter à l'évolution de la société et de la démographie médicale, de la simplifier et de veiller à la transparence des procédures (Tableau I)

³ Par commodité, cette dénomination désigne l'entité unique préexistant à 1992 ainsi que le conseil national, née après cette date.

Tableau I : Evolution de la législation réglementant l'organisation et le fonctionnement du conseil (National) de l'Ordre⁴

| | Décret du 15/6/1947 relatif à l'Ordre des médecins⁵ | Loi 58-38 du 15 mars 1958 | Décret 92/448 du 24/2/1992 portant organisation et fixant les modalités des élections et fixant les modalités de l'organisation et à l'exercice de la médecine |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Les membres, modalités des élections ■ Conditions exigées des candidats | <ul style="list-style-type: none"> ■ 15 membres élus à la majorité absolue des votants (si majorité absolue non obtenue, au premier et éventuellement au deuxième tour un troisième tour est organisé pour lequel la majorité relative suffit. ■ 2 scrutins séparés: 1 pour élire les membres: 1 pour élire le Président. ■ Vote par correspondance autorisé | <ul style="list-style-type: none"> ■ 12 membres élus par les médecins tunisiens en Assemblée Générale: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elections à deux tours: <ul style="list-style-type: none"> ○ Majorité absolue requise pour le premier tour ○ Majorité relative pour le second (le cas échéant) organisé 15 jours après le premier ○ Vote par correspondance autorisé ■ Nationalité tunisienne ■ Age \geq 30 ans ■ Inscription à l'Ordre datant de 3 ans au moins ■ Droits civiques, | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nationalité tunisienne ■ Inscription au TOM datant de 10 ans au moins ■ Droits civiques ■ Pas de sanction disciplinaire (vrécente) |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Durée du mandat | <ul style="list-style-type: none"> ■ 3 ans | <ul style="list-style-type: none"> ■ 3 ans, renouvellement sans limitation | <ul style="list-style-type: none"> ■ 4 ans, renouvelable 1 fois |
| <ul style="list-style-type: none"> Le bureau ■ Composition ■ Périodicité des réunions ■ Procès-verbaux des séances | <ul style="list-style-type: none"> ■ Président élu par l'assemblée générale (scrutin à 2/3 tours), ■ Partage des responsabilités (composition du bureau) non traitée dans le décret. ■ 1 fois tous les 3 mois en présence de 2/3 au moins des membres. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Président élu par les membres du Conseil, à la majorité absolue; ■ Répartition des responsabilités : sujet non traité dans la loi, fait l'objet d'un règlement intérieur⁶ (Art. II). ■ 1 fois tous les 3 mois en présence au moins des 2/3 des membres. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Composition du bureau détaillé : 9 membres, 1 Président, 2 Vice-présidents, 1 secrétaire Général, 1 Secrétaire Général Adjoint, 1 Trésorier, 1 Trésorier Adjoint; élus à la majorité par vote secret. ■ 1 fois tous les mois au moins en présence de la moitié au moins des membres. |
| <ul style="list-style-type: none"> Renouvellement des membres du Conseil | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rédigés sur un registre coté, paraphé par le Président par le Secrétaire Général, signé par le Secrétaire Général/le Président | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rédigés par le Secrétaire Général, signés par le Secrétaire Général et le Président, enregistrés sur un registre coté et paraphé. | |
| <ul style="list-style-type: none"> Organes de l'Ordre (autres que le Conseil) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Par tiers tous les ans | <ul style="list-style-type: none"> ■ Par tiers tous les ans ■ Le conseil de discipline (membres du CO + conseiller juridique), une chambre de discipline pour les appels | <ul style="list-style-type: none"> ■ Par moitié tous les deux ans ■ Le conseil de discipline (membres du Conseil + un conseiller juridique) |

⁴ A partir de 1993 (la loi 91-21 du 13/3/1991) le Conseil de l'Ordre des médecins comprend un Conseil National et des Conseils Régionaux.

⁵ Le décret du 15/6/1947 reprend les dispositions du décret du 13/1/1944, dont l'application avait été suspendue en raison des hostilités.

⁶ Le règlement intérieur, pris en 1988 comprend 7 articles: Il institue la répartition des responsabilités au sein du Conseil (celle-ci a été reproduite et officialisée par le décret 92/448 de 1992). Un bureau de l'Ordre, composé du Président, du Secrétaire Général et du Trésorier Général, est créé; il se réunit obligatoirement une fois par semaine pour régler les «affaires courantes» alors que le Conseil se réunit deux fois par mois. Ce Règlement Intérieur spécifie les compétences (profil) de chaque responsable.

2. Elections à l'ordre (« national »)

▪ Participation aux votes

Aussi loin que les archives disponibles nous permettent de remonter, il est constaté que le degré de participation des médecins aux élections en vue du renouvellement des bureaux de l'Ordre, est dans l'ensemble faible : le taux de participation a culminé à 42% lors du scrutin organisé en 1965 (les médecins se comptaient alors par dizaines, la majorité exerçant à Tunis) ; il est compris entre 11 et 24% entre 1970 et 1990, la plupart des votes ayant été effectués par correspondance. Les scrutins organisés en 2000 et au cours des années suivantes confirment l'intérêt très relatif des praticiens pour les votes (tableau II). Les motivations de cette désaffection paraissent en première analyse complexes : le manque de « visibilité » de l'institution en est-il la cause ? Ou bien est-ce la manifestation de la défiance vis-à-vis de l'Ordre, vécu comme « rouage » destinée à surveiller la profession et à faire régner la « discipline » ? Ou s'agit-il au contraire d'une marque de confiance (en quelque sorte un chèque en blanc) manifestée à ceux qui se portent volontaires à la fonction de conseiller et qui consacrent, à titre bénévole et de façon totalement désintéressée, une partie de leur temps, à gérer de façon efficace et respectueuse de la confraternité, les nombreuses tâches déléguées à l'Ordre par l'autorité publique ? Cette problématique mériterait une analyse approfondie...

Tableau II : Participation aux élections

| Période ^a | Taux global de participation (votants/n total des médecins inscrits au TOM) | Taux de vote par correspondance (Tot. par correspondance/ tot. Votants) | Taux de bulletins nuls nbr Bul. Nuls/nbre votants |
|--|---|--|--|
| Années (1965 à 1969) | de 18 à 42% | >80% | |
| Années 1970 ▪ 1970 à 1973 ▪ 1975 à 1979 (2 tours) | 19% à 23% 11 à 15% | } Autour de 60% | } 3% (sauf 1979 et 1980= 23%) |
| Années 1980 à 1989 (2 tours) | Entre 12 et 24% au 1 ^{er} tour plus faible au second | Autour de 80% (jusqu'à 90%) | 5-6% (sauf 1987 : 12%); |
| Années 1990 à 1999 | Entre 9 à 14% | Modalité supprimée | |
| Années 2000 à 2005 | 9-11% | Modalité supprimée | |

Représentativité des élus :

Jusqu'au début des années 1980, les membres du Bureau de l'Ordre étaient élus sur la base de leur « notoriété » et de leur charisme. Le Président est le personnage central, emblématique ; les autres membres, des notables installés dans la profession, l'incorporation des « nouveaux » se faisant au rythme de 3 au maximum à chaque élection. Les « entrants » sont parfois d'anciens « sortants » de sorte que se constitue un « pool » de candidats au sein duquel l'Ordre recrute ses dirigeants.

A partir de 1984, la situation se modifie. Avec l'accélération du rythme des inscriptions de médecins au tableau de l'Ordre (à titre d'exemple, dans l'intervalle de temps

compris entre 1984 et 1989, le nombre des inscrits a doublé), avec la diversification des modes d'exercice et des spécialités, avec les premières difficultés de l'installation, des lignes de partage entre catégories de praticiens - selon l'âge, le mode d'exercice, le statut... - apparaissent. La présence de l'Ordre devient un enjeu pour des groupes aux obédiences diverses qui mobilisent leurs adhérents. Les membres du bureau en exercice sont surpris par ce « tournant » selon eux « *annonciateur de menaces réelles sur l'unité et la cohésion de l'ordre* ». Un premier indice de ce tournant avait d'ailleurs été la contestation du résultat des élections de 1978 par un conseiller.

Témoignage*

« En fait, les signes avant coureurs de l'atmosphère si particulière de l'Assemblée avaient commencé à prendre forme bien avant la réunion proprement dite par les consignes diffusées par certains syndicats de médecins dans le but de faire élire leurs candidats.

*C'est une nouvelle forme de **campagnes électorales** corporatistes souvent adoptées dans les coulisses tumultueuses des congrès politiques et syndicaux qui a semé le germe de la polémique : alors que certains confrères de libre pratique et du secteur de la Santé Publique estiment que cette tactique est légitime, d'autres, y compris les membres du bureau du Conseil de l'Ordre n'ont pas hésité à craindre les retombées de ce procédé et à y voir les prodromes susceptibles de conduire le corps médical aux cassures et aux affrontements qui mettront à l'épreuve et l'unité des médecins et la crédibilité des décisions futures de leur conseil.*

Effectivement il est universellement admis que la stratégie du « blocage des voix » conduit inmanquablement - surtout si elle est répétée à l'occasion de chaque opération électorale - soit à l'exclusion de certaines catégories, soit, ce qui est plus grave à la transformation des élus en esclaves défenseurs exclusifs d'intérêts particuliers, ce contre quoi le conseil a toujours lutté avec force depuis plus de 25 ans.

« Bien entendu, la plupart des promoteurs ou des défenseurs de cette tactique ne préméditent ni l'instauration du clivage ni la mise du Conseil de l'Ordre au service d'une catégorie particulière du corps médical. Malheureusement, certains autres envisagent fermement l'épreuve de force » ... « à la limite, « en désertant l'ordre », oubliant ainsi que la légitimité de leur existence professionnelle tient sur le plan légal à leur inscription sur le tableau de l'Ordre.

C'est précisément ce genre de comportement qui doit inquiéter, car avec cette façon d'appréhender la défense de la profession, l'escalade risque de mener loin, y compris, et surtout à la désagrégation du corps médical... ».

« ...Une note d'espoir :

Heureusement, l'atmosphère a fini par se décrisper progressivement au cours de l'opération de dépouillement des bulletins de vote, surtout que la majorité des confrères – pour ne pas dire tous – ont compris que l'unité du corps doit primer... »

**Pour un ordre au service des médecins : réflexions du conseil à propos de l'AG de 1984 au cours de laquelle le rapport moral n'avait pas été adopté: (Extraits)*

Après la « crise » de 1984, et son « heureux dénouement », les élections qui ont suivi – tous les ans, puis tous les deux ans à partir de 1992 – confirment les tendances observées au cours de la période précédente (participation modeste, taux de renouvellement des conseillers modéré). Le scrutin organisé en 1992 fait exception : suite à la refonte de la législation relative à l'organisation et au fonctionnement de l'Ordre et à la constitution des Conseils Régionaux, le bureau de l'Ordre National doit être renouvelé dans sa totalité ; sept conseillers nouveaux, effectuant un premier mandat à l'Ordre, sont élus.

Il en a été de même pour les scrutins organisés à partir de 1999 ; les « campagnes » sont l'occasion de tractations et de débats, la composition des Bureaux est renouvelée à un rythme plus soutenu (à raison de 5 « nouveaux » élus en moyenne par vote). Il est également vrai que la nouvelle législation interdit d'effectuer plus de deux mandats consécutifs.

3. Composition des bureaux :

Les Présidents du conseil de l'Ordre des médecins depuis sa création jusqu'à ce jour ont été :

Avant l'Indépendance: Henri Bouquet, de 1947 à 1958

Depuis l'Indépendance neuf Présidents se sont succédés à la tête de l'Ordre, devenu « National » à partir de 1992

Mahmoud El Materi : 1959-1963

Tahar Zaouche : 1963-1971

Brahim El Gharbi : 1971-1985

Hachmi El Garoui : 1985-1989

Hachmi Ayari : 1989-1997

Abderrahman Gafsi : 1997-1999

Mondher Chaabouni : 1999-2002

Abdelhamid Hachicha : 2003-2004

Taoufik Nacef : 2005-2008

Composition du bureau du conseil (national)

Année 1948

Président : Henri Bouquet

1^{er} Vice Président : Mahmoud El Materi

Secrétaire Général: Elie Cohen Hadria

Secrétaire Général Adjoint : Salah Azaiez

Trésorier Général : René Laclavetine

Trésorier Général Adjoint : M. Mathis

Membres: Vincent Bardou ; Edouard Bloch ; Hédi Ben Raies ; M. Hadjouj ; Jules Schemla ; Georges Valensi; Manoubi Ben Bechir ; Raoul Dana ; Jean Demirleau ; Maurice Uzan (Ainé)

Année 1952

Président : Henri Bouquet

1^{er} Vice-président: Mahmoud El Materi

2^{ème} Vice-président: Hédi Ben Rais

Secrétaire Général : Elie Cohen Hadria

Secrétaire Général Adjoint : Tahar Zaouche

Trésorier Général : René Laclavetine

Trésorier Général Adjoint: Raymond Didier

Membres : Vincent Bardou ; Jules Barouch ; Manoubi Ben Bechir ; Jean Coupin ; Raoul Dana ; Jean Demirleau ; Mokhtar Kortobi ; Léon Moatti ; Maurice Uzan (Ainé)

Année 1956 – 1957

Président : Henri Bouquet

Membres: Vincent Bardou ; Mokhta Azaiez ; Georges Valensi ; Ben Moussa

Année : 1959

Président : Mahmoud El Materi

Vice-président : Said Mestiri

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Abdelmajid Charrad

Membres : Tawhida Ben Zina Ben Cheikh ; Tahar Zaouche ; Ali Fourati ; Béchir Hamza ; Béchir Daoud ; Georges Valensi ; Tahar Ben Soltane ; Gaston Cohen Boulakia

Année : 1960

Président : Mahmoud El Materi

Vice-président: Said Mestiri

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Tawhida Ben Zina Ben Cheikh ; Tahar Zaouche ; Ali Fourati ; Béchir Hamza ; Béchir Daoud ; Georges Valensi ; Tahar Ben Soltane ; Gaston Cohen Boulakia

Année : 1961

Président : Mahmoud El Materi

Vice-président: Said Mestiri

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Tawhida Ben Zina Ben Cheikh ; Tahar Zaouche ; Ali Fourati ; Béchir Hamza ; Béchir Daoud ; Georges Valensi ; Tahar Ben Soltane ; Gaston Cohen Boulakia

Année: 1962

Président : Mahmoud El Materi

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général: Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Abdessalem Mestiri ; Hédi Monastiri ; Mokhtar Azaiez ; Sleim Ammar ; Ahmed Stamrad ; Béchir Daoud ; Tahar Ben Soltane ; Belhassen Charbagi ; Georges Valensi ; Tahar Zaouche

Année : 1963

Président : Tahar Zaouche

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Abdessalem Mestiri ; Hédi Monastiri ; Mokhtar Azaiez ; Sleim Ammar ; Ahmed Stamrad ; Béchir Daoud ; Tahar Ben Soltane ; Hedi Ben Raies ; Georges Valensi

Année : 1964

Président : Tahar Zaouche

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Ahmed Stamrad ; Hédi Monastiri ; Mokhtar Azaiez ; Sleim Ammar; Belhassen Farza; Béchir Daoud; Tahar Ben Soltane

Année : 1965

Président : Tahar Zaouche

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Ahmed Stamrad ; Hédi Monastiri ; Mokhtar Azaiez ; Sleim Ammar ; Belhassen Farza ; Béchir Daoud ; Béchir Nabli ; Manoubi Ben Béchir

Année: 1966

Président : Tahar Zaouche

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Ahmed Stamrad ; Hédi Monastiri ; Sleim Ammar ; Belhassen Farza ; Béchir Daoud ; Abdessalem Mestiri ; Mokhtar Azaiez ; Béchir Nabli

Année: 1967

Président : Tahar Zaouche

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général: Brahim El Gharbi

Trésorier Général: Ali Charrad

Membres : Hédi Monastiri ; Béchir Daoud ; Belhassen Farza ; Mokhtar Azaiez ; Béchir Nabli ; Ahmed Stamrad ; Sleim Ammar ; Slaheddine Boujemaa

Année: 1968

Président : Tahar Zaouche

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général: Brahim El Gharbi

Trésorier Général: Ali Charrad

Membres : Hédi Monastiri ; Béchir Daoud ; Belhassen Farza ; Mokhtar Azaiez ; Béchir Nabli ; Ahmed Stamrad ; Sleim Ammar ; Slaheddine Boujemaa

Année: 1969 (élections le 4/7/1969)

Président : Tahar Zaouche

Vice-Président : Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Trésorier Général : Ali Charrad

Membres : Slaheddine Boujemaa ; Sleim Amar ; Ahmed Stamrad ; M'hamed Ben Salah ; Belhassen Farza ; Béchir Daoud ; Béchir Nabli ; Mokhtar Azaiez ; Hédi Monastiri ; Abdessalem Mestiri

Année: 1970 (17/7/70*)

Président : Tahar Zaouche

Vice-président: Tawhida Ben Zina Ben Cheikh

Secrétaire Général : Brahim El Gharbi

Secrétaire Général Adjoint : Mohamed Fourati

Trésorier Général : Abdelmajid Charrad

Trésorier Général Adjoint : Mondher Chaabouni

Membres : Sleim Ammar ; Mokhtar Azaiez ; M'hamed Ben Salah ; Belhassen Farza ;
Bechir Daoud ; Hedi Monastiri

Année: 1971 (30 Juillet 1971*)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président : Abdelmajid Charrad

Secrétaire Général : Sadok Ouahchi

Trésorier Général : Mondher Chaabouni

Membres: Sleim Ammar; Mokhtar Azaiez; Belhassen Farza ; Hédi Monastiri ; M'hamed
Ben Salah ; Slaheddine Boujemaa ; Mohamed Fourati; Ezzeddine Ennabli

Année: 1972 (7/7/1972*)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Abdelmajid Charrad

Secrétaire Général : Sadok Ouahchi

Secrétaire Général Adjoint : Mohamed Fourati

Trésorier Général : Mondher Chaabouni

Trésorier Général Adjoint : Mohamed Fayala

Membres: Slaheddine Boujemaa; Ezzeddine Ennabli; Sleim Ammar; Belhassen Farza;
Tahar Bouker; Hachemi Saied

Année: 1973 (6/7/1973*)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président : Abdelmajid Charrad

Secrétaire Général : Sadok El Ouahchi

Secrétaire Général Adjoint : Hachemi Saied

Trésorier Général : Mondher Chaabouni

Trésorier Général Adjoint : Mohamed Fayala

Membres: Slaheddine Boujemaa; Ezzeddine Ennabli; Mohamed Bargaoui; Ennouri
Zaoui; Fethi Derouiche; Tahar Bouker

Année: 1974 (17/7/1974*)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Abdelmajid Charrad

Secrétaire Général : Sadok El Ouahchi

Secrétaire Général Adjoint : Hachemi Saied

Trésorier Général : Mondher Chaabouni

Trésorier Général Adjoint : Mohamed Fayala

Membres : Faouzi Bellamine; Mohamed Bargaoui; Ennouri Zaoui; Fethi Derouiche;
Tahar Bouker; Hamouda Ben Slama

Galerie des portraits - 1 - (par ordre alphabétique)



AMMAR Sleim



BEN BECHIR Mannoubi



BEN CHEIKH Tewhida



BEN RAIES Hédi



BEN SOLTANE Tahar



CHARRAD Ali



FOURATI Ali



HAMZA Béchir



MATRI Mahmoud



MESTIRI Saïd



NABLI Béchir



ZAOUCHE Tahar

Année: 1975 (Elections 20 Juin 1975)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Abdelmajid Charrad

Secrétaire Général: Sadok El Ouahchi

Secrétaire Général Adjoint: Hamouda Ben Slama

Trésorier Général: Mondher Chaabouni

Trésorier Général Adjoint : Mohamed Fayala

Membres: Fathi Hafsia; Ammar Jaziri; Mohamed Bargaoui; Ennouri Zaoui; Fethi Derouiche; Faouzi Bellamine

Année: 1976 (Elections 28 Juin 1976)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Abdelmajid Charrad

Secrétaire Général : Sadok El Ouahchi

Secrétaire Général Adjoint : Hamouda Ben Slama

Trésorier Général: Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Mohamed Fayala

Membres: Fethi Hafsia; Ammar Jaziri; Mohamed Bargaoui; Mohamed Harbi; Mohamed Moncef Boukhris; Faouzi Bellamine

Année: 1977 (Elections du 10 Juin 1977)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Sadok El Ouahchi

Secrétaire Général : Hamouda Ben Slama

Secrétaire Général Adjoint : Mohamed Harbi

Trésorier Général : Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Ammar Jaziri

Membres: Ridha Mzabi; Mohamed Fayala; Mohamed Mimoun Bargaoui; Abdelmajid Charrad; Mohamed Moncef Boukhris; Fathi Hafsia

Année: 1978 (Elections 6/9/1978)

Président: Brahim El Gharbi

Vice-président: Abdelmajid Charrad

Secrétaire Général: Hamouda Ben Slama

Secrétaire Général Adjoint: Mohamed Harbi; Mohamed Moncef Boukhris

Trésorier Général: Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Ridha Mzabi

Membres: Abdelahamid Hachicha; Sadok El Ouahchi; Hachemi Garoui; Mimoun Bargaoui; Béchir Larabi

Année: 1979 (Elections du 15/6/1979)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Hamouda Ben Slama

Secrétaire Général : Mohamed Moncef Boukhris

Secrétaire Général Adjoint : Mohamed Harbi

Trésorier Général: Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Ridha Mzabi

Membres: Abdelhamid. Hachicha; Sadok El Ouahchi; Hachemi Garoui; Fethi Hafsia; Bechir Larabi; Abdelmajid Charrad

Galerie des portraits - 2 - (par ordre alphabétique)



BEN SALAH M'hamed



BOUKER Taher



BOUKHRIS Mohamed



CHARBAJI Med Belhassen



CHARRAD Abdelmajid



FARZA Belhassen



FOURATI Mohamed



GHARBI Brahim



JAZIRI Ammar



LARABI Bechir



MZABI Ridha



OUAHCHI Sadok



SAÏED Hechmi

Année: 1980 (Elections 6/6/1980)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Mohamed Harbi

Secrétaire Général: Mohamed Moncef Boukhris

Secrétaire Général Adjoint : Abdelhamid Hachicha

Trésorier Général : Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Ridha Mzabi

Membres: M'hamed Ben Salah ; Mohamed Gueddiche; Mohamed Lamine Meziou;
Fethi Hafsia; Bechir Larabi; Hachemi Garoui

Année: 1981 (Elections 10/7/1981)

Président: Brahim El Gharbi

Vice-président: Mohamed Harbi

Secrétaire Général: Mohamed Moncef Boukhris

Secrétaire Général Adjoint : Abdelhamid Hachicha

Trésorier Général : Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Ridha Mzabi

Membres: M'hamed Ben Salah ; Mohamed Gueddiche; Mohamed Lamine Meziou;
Fethi Hafsia; Bechir Larabi; Hachemi Garoui

Année: 1982

Président: Brahim El Gharbi

Vice-président: Mohamed Harbi

Secrétaire Général: Mohamed Moncef Boukhris

Secrétaire G.Adjoint : Abdelhamid Hachicha

Trésorier Général : Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Ridha Mejeri

Membres: M'hamed Ben Salah; Mohamed Gueddiche; Mohamed Lamine Meziou;
Ridha Mzabi; Bechir Larabi; Hachemi Garoui

Année: 1983

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Mohamed Harbi

Secrétaire Général: Mohamed Moncef Boukhris

Secrétaire G.Adjoint : Abdelhamid Hachicha

Trésorier Général : Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Ridha Mzabi

Membres: M'hamed Ben Salah ; Mohamed Gueddiche; Mohamed Lamine Meziou;
Fethi Hafsia; Bechir Larabi; Hachemi Garoui

Année: 1984 (Elections du 27/12/1983)

Président : Brahim El Gharbi

Vice-président: Mohamed Harbi

Secrétaire Général: Mohamed Moncef Boukhris

Secrétaire Général Adjoint : Habib Boujenah

Trésorier Général: Fethi Derouiche

Membres: Hedi M'henni ; Mohamed Gueddiche; Ridha Majeri; Lamine M'ziou; Bechir
Larabi; Hachemi Garoui

Année: 1985 (Elections 22/2/1985)

Président : Hachemi Garoui

Vice-présidents : Abdelhamid Hachicha; Mohamed Gueddiche

Secrétaire Général : Ridha Majeri

Secrétaire Général Adjoint : Habib Boujenah

Trésorier Général : Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Hedi M'henni

Membres: Mohamed Harbi; Mohamed Boukhris; Mohamed Lamine Meziou; Mohamed Fathi Tebourbi; Bechir Larabi

Année: 1986 (Elections 27 /12/ 1985)

Président : Hachemi Garoui

Vice-présidents : Abdelhamid Hachicha ; Mohamed Gueddiche

Secrétaire Général : Ridha Majeri

Secrétaire Général Adjoint : Habib Boujenah

Trésorier Général: Fethi Derouiche

Trésorier Général Adjoint : Hedi M'henni

Membres: Ridha Bachrouh; Mohamed Lamine Meziou; Mohamed Fathi Tebourbi; Bechir Larabi; Habib Toumi

Année: 1987 (Elections 27/3/1987)

Président : Hachemi Garoui

Vice-présidents : Abdelhamid Hachicha ; Fethi Derouiche

Secrétaire Général: Ridha Majeri

Secrétaire Général Adjoint : Abderrahmane El Gafsi

Trésorier Général : Ridha Kechrid

Trésorier Général Adjoint : Bechir Larabi

Membres: Ridha Bachrouh; Habib Toumi; Aziz El Materi; Mohamed Fathi Tebourbi; Ferid Ayoub

Année: 1988 (Elections 5/2/1988)

Président : Hachemi Ayari

Vice-présidents : Aziz Materi; Abderrahmane El Gafsi

Secrétaire Général: Ridha Majeri

Secrétaire Général Adjoint : Aicha Hafsia

Trésorier Général: Ridha Kechrid

Trésorier Général Adjoint: Ferid Ayoub

Membres: Habib Toumi; Fethi Tebourbi; Moncef Bel Hadj Yahia; Fethi Derouiche; Ridha Bachrouh

Année: 1989-1992 (Elections du 3/3/1989)

Président: Hachemi Ayari

Vice-présidents : Aziz Materi; Abderrahmane El Gafsi

Secrétaire Général: Fethi Tebourbi

Secrétaire Général Adjoint : Ferid Ayoub; Mohamed Rachid Boujenah

Trésorier Général : Ridha Kechrid

Trésorier Général Adjoint : Moncef Bel Hadj.Yahia

Membres : Belgacem Sabri; Aicha Hafsia; Lotfi Ben Chaabane ; Ridha Bachrouh

Année: 1992-1994 (Elections du 13 Mars 1992)

Président: Hachemi Ayari

Vice-présidents : Aziz Materi; Abderrahmane El Gafsi

Secrétaire Général : Fethi Tebourbi

Secrétaire Général Adjoint : Habib Boujenah

Trésorier Général : Ridha Kechrid

Trésorier Général Adjoint; Ferid Ayoub

Membres : Kamel Ayachi; Moncef Bel Hadj Yahia; Nabil Ben Salah; Moncef Khalladi; Mohamed Habib Daghfous; Saida Ben Becheur; Mohamed Lotfi Ben Chaabane; Nabil Najah; Hela Abdljaoued Ben Chaabane

Année: 1994-1996 (Elections du 16/12/1994)

Président : Hachemi Ayari

Vice-présidents: Aziz Materi; Abderrahmane El Gafsi

Secrétaire Général: Fethi Tebourbi

Secrétaire Général Adjoint : Habib Boujenah

Trésorier Général: Ridha Kechrid

Trésorier Général Adjoint: Ferid Ayoub

Membres: Kamel Ayachi; Moncef Bel Hadj Yahia; Nabil Ben Salah; Moncef Khalladi; Mohamed Habib Daghfous; Saida Ben Becheur; Mohamed Sahbi Noura; Ferida Riahi; Mokhtar Ben Ismail

Année: 1996- 1998 (Elections du 16/12/1996)

Président : Abderrahmane El Gafsi;

Vice-présidents: Aziz Materi; Habib Boujenah

Secrétaire Général: Fethi Tebourbi

Secrétaire Général Adjoint : Nabil Ben Salah

Trésorier Général: Ridha Kechrid

Trésorier Général Adjoint: Ferid Ayoub

Membres : Kamel Ayachi; Ahmed El May; Zouhaier Jerbi; Abdelkader El Khedim; Mohamed Habib Daghfous; Saida Ben Becheur Essadam; Mohamed Sahbi Noura; Ferida Noomane Riahi; Mokhtar Ben Ismail

Année: 1998-2000

Président : Mondher Chaabouni

Vice-présidents: Habib Boujenah ; Kamel Ayachi

Secrétaire Général: Nabil Ben Salah

Secrétaire Général Adjoint: Abdelkader El Khedim

Trésorier Général: Mohamed Sahbi Noura

Trésorier Général Adjoint: Mustapha Mirali

Membres: Mokhtar Ben Ismail; Rachid Kammoun; Zouhaier Jerbi; Ahmed El May; Ridha Kechrid; Slim Ben Salah; Habib Daghfous; Abdallah Bachouche; Riadh Ben Mahmoud

Galerie des portraits - 3 - (par ordre alphabétique)



ABDELJAWED Hela



AYACHI Kamel



AYARI Hechmi



AYOUB Ferid



BACHOUCHE Abdallah



BALTAGI Sarrah



BEN BECHER Saida



BEN CHAABANE Lotfi



BEL HADJ YAHIA Moncef



BEN ISMAIL Mokhtar



BEN MAHMOUD Riadh



BEN SALAH Nabil



BEN SLAMA Hammouda



BOUJNAH Habib



BOUJNAH Rachid



DAGHFOUS Hamadi



ELKHEDIM Abdelkader



ELMATRI AZIZ



HARBI Mohamed



KECHRID Ridha



MEJRI Ridha



MEZIOU Lamine



MHENNI Hedi



Année 2001 (23 janvier 2001)*

Président : Mondher Chaabouni

Vice-présidents: Mokhtar Ben Ismail; Mohamed Montacer Kechir

Secrétaire Général: Sara Baltagi Ben Jilani

Secrétaire Général Adjoint: Kilani Chabbouh

Trésorier Général: Mustapha Mirali

Trésorier Général Adjoint: Mohamed Elyes Ben Marzouk

Membres: Abdallah Bachouch; Riadh Ben Mahmoud; Slim Ben Salah; Mounir Ben Slama; Zouhaier Jerbi; Rachid Kammoun; Abeljelil Louati; Mohamed Sahbi Nouira; Mohamed Néjib Chaabouni

Année: 2001-2002*

Président : Mondher Chaabouni

Vice-présidents: Mokhtar Ben Ismail; Mohsen Hamza

Secrétaire Général: Moncef Hamdoun

Secrétaire Général Adjoint: Kilani Chabbouh

Trésorier Général: Mustapha Mirali

Trésorier Général Adjoint: Mohamed Elyes Ben Marzouk

Membres: Abdallah Bachouche; Mounir Ben Slama; Mohamed Nejib Chaabouni; Mohamed Houissa; Rachid Kammoun; Abdeljalil Louati; Mohamed Sahbi Nouira; Slim Ben Salah; Riadh Ben Mahmoud

Année: 2003-2004

Président : Abdelhamid Hachicha

Vice-présidents : Mohamed Nejib Chaabouni ; Mohamed Houissa

Secrétaire Général: Moncef Hamdoun

Secrétaire Général Adjoint: Kilani Chabbouh

Trésorier Général: Mounir Ben Slama

Trésorier Général Adjoint : Mohamed Elyes Ben Marzouk

Membres : Lotfi Ben Hassine; Abdallah Ben Marzouk ; Nabil Ben Zineb; Fethi Derouiche; Mohsen Hamza; Mohamed Jouini; Moncef Khalladi; Abdeljalil Louati; Taoufik Nacef

Année: 2005-2006

Président : Taoufik Nacef

Vice-présidents : Mohamed Ahmed Aloulou ; Mohamed Houissa

Secrétaire Général : Mohamed Jouini

Secrétaire Général Adjoint: Mustapha Jeridi

Trésorier Général: Mounir Ben Slama

Trésorier Général Adjoint : Mohamed Elyes Ben Marzouk

Membres : Lotfi Ben Hassine; Abdallah Ben Marzouk ; Nabil Ben Zineb; Kilani Chabouh; Mohamed Fathi Derouiche; Mohamed Farhat; Abdelhamid Hachicha; Moncef Khalladi ; Amen Allah Messaadi

Année: 2006-2008 (janvier 2006)

Président : Taoufik Nacef

Vice-présidents : Mohamed Ahmed Aloulou ; Mohamed Houissa

Secrétaire Général : Mohamed Jouini

Secrétaire Général Adjoint: Kilani Chabouh

Trésorier Général: Mounir Ben Slama

Trésorier Général Adjoint: Mohamed Elyes Ben Marzouk

Membres: Slim Ben Salah ; Mohamed Néjib Chaabouni ; Mohamed Fathi Derouiche ; Rafik El Gharbi ; Mohamed Farhat ; Mustapha Jeridi ; Rachid Kamoun ; Youssef Letaief ; Amen Allah Messaadi

6 Bureau constitué à la suite du scrutin qui a eu lieu le 30/6/2001 (le résultat de l'élection précédente en janvier 2001 ayant été invalidé).

Galerie des portraits - 4 - (par ordre alphabétique)



ELMAY Ahmed



GAROUI Hechmi



GUEDDICHE Mohamed



HAFSIA Aïcha



HAFSI Fathi



HAMDOUN Moncef



ALOULOU Mohamed



BEN HASSINE Lotfi



BEN MARZOUK Abdallah



BEN MARZOUK Med Elyes



BEN SALAH Slim



BEN SLAMA Mounir



BEN ZINEB Nabil



CHABOUNI Med Najib



CHAABOUNI Mondher



CHABOUH Kilani



DEROUICHE Fathi



DJERIDI Mustapha



EL GAFSI Abderrahmen



GHARBI Rafik



HACHICHA Abdelhamid



HAMZA Mohsen



HOUISSA Mohamed



JOUINI Mohamed



KAMOUN Rachid



LETAIF Youssef



LOUATI Abdeljelil



MESSAADI Amen Allah



NACEF Taoufik

LES CONSEILS REGIONAUX

1. Organisation et fonctionnement

Les Conseils Régionaux ont été créés par la loi 91-21 du 13 mars 1991.

Toutefois, il est à noter que dès l'année 1985, deux antennes régionales (à Sousse et à Sfax) avaient été créées par décision interne à l'Ordre. Des bureaux élus en juillet 1985 avaient été mis en place. La section de Sousse présidée par A. Jerbi assisté de Abdellaziz Harbi et de Mohamed Braham, pourvoit à la demande des médecins installés à Sousse, Monastir, Kairouan, Mahdia. L'aire géographique couverte par l'antenne de Sfax dirigée par Salem Najah assisté par Ali Triki et R. Dhoub est extrêmement étendue (Sfax, Sidi Bouzid, Gafsa, Tozeur, Kasserine, Kébili, Gabès, Tataouine, Médenine).

Ainsi donc la création de représentations régionales de l'Ordre est une revendication qui date du début des années 1980. Elle a été concrétisée par la loi 91-21 (datée du 13 mars 1991).

Les Conseils Régionaux exercent, au niveau du territoire qui leur est attribué par la loi, les compétences dévolues à l'ordre, hormis le pouvoir disciplinaire qui est exercé par le Conseil National. Leurs décisions sont susceptibles de recours devant le Conseil National. Cinq Conseils Régionaux (à Tunis, Béja, Sousse, Sfax, Gabès) ont été institués par le décret 91-1647 du 4 novembre 1991; Un sixième (Gafsa) a récemment vu le jour (décret 2006-2225 du 7 août 2006). Les modalités des élections ainsi que l'organisation et le fonctionnement d'un Conseil Régional ont été précisés dans le décret 91-1647.

Le Conseil Régional est composé de huit membres, élus dans les mêmes conditions que le Conseil National; les candidats et les électeurs doivent relever de la circonscription territoriale. Il comprend un Président, un Vice-président, un Secrétaire Général, un Secrétaire Général Adjoint, un Trésorier, et trois membres. Les comptes-rendus des séances, tenues au moins une fois par mois, sont rédigés par le secrétaire de séance sur un registre coté et paraphé par le Président du Conseil National.

2. Composition des Bureaux

Tunis

| Dates des élections | Président | Vice Président | Secrétaire Général | Secr. Gén. Adjoint | Trésorier | Membres |
|---|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|---|
| 14/12/1991 | BACHOUCHE Abdallah | SEBAI Farouk | TEMIMI Abdeljelil | ARJOUN Bechir | BEN KHALFALLAH Ali | MIRALI Mustapha SFAR-CHEIKHROHOU Zineb BEN ABDELKADER Lofli |
| 11/12/1993 | BACHOUCHE Abdallah | ARJOUN Bechir | TEMIMI Abdeljelil | BEN SALAH Slim | BEN ABDELKADER Lofli | MIRALI Mustapha SEBAI Farouk TRITAR-EL MATERI Leïla |
| 15/12/1995 | BACHOUCHE Abdallah | MIRALI Mustapha | BENNA Farouk | BEN SALAH Slim | BEN ABDELKADER Lofli | TEMIMI Abdeljelil TRITAR-EL MATERI Leïla JERBI Ghazi |
| 19/12/1997 | BACHOUCHE Abdallah | TRITAR-EL MATERI Leïla | BENNA Farouk | GHARBI Rafik | JERBI Ghazi | BEN SASSI LOUATI Raja LATROUS Habib TEMIMI Abdeljelil |
| 18/12/1998 (vacation de la présidence) | TRITAR-EL MATERI Leïla | BENNA Farouk | GHARBI Rafik | BEN SASSI LOUATI Raja | JERBI Ghazi | LATROUS Habib TEMIMI Abdeljelil |
| 21/01/2000 | TRITAR-EL MATERI Leïla | BEN SASSI LOUATI Raja | GHARBI Rafik | LATROUS Habib | MAKNI Mounir Youssef | BENNA Farouk JERBI Ghazi GOUIDER Riadh |
| 12/01/2002 | GHARBI Rafik | MAKNI Mounir Youssef | GOUIDER Riadh | MNIF Emna | ALLAGUI Sami | BENNA Farouk BEN SALAH Faïçal JERBI Ghazi |
| 13/12/2003 | GHARBI Rafik | MAKNI Mounir Youssef | GOUIDER Riadh | HAMMAMI Sadok | MINIF Emna | ALLAGUI Sami BEN SALAH Faïçal JABBES Hatem |
| 07/01/2006 | GOUIDER Riadh | ALLAGUI Sami | MINIF Emna | HAMMAMI Sadok | CHTOUROU Samir | MAKNI Mounir Youssef BEN SALAH Faïçal JABBES Hatem |
| 12/01/2008 | BEN SALAH Faïçal | MINIF Emna | JABBES Hatem | HAMMAMI Sadok | CHTOUROU Samir | BASSOUMI Taïeb BOUBAKER Jalel ALLAGUI Sami |

Béja

| Dates des élections | Président | Vice Président | Secrétaire Général | Secr. Gén. Adjoint | Trésorier | Membres |
|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--|
| 1991 | HALLAJ Noureddine | BEN SAID Noureddine | YAHYAOUI Abdessatar | MAAMOURI Ahmed | MENSI Mohamed | KILANI Mohamed HARROUCH Mohamed SKOUHI Mohamed |
| 1993 | HALLAJ Noureddine | BEN SAID Noureddine | EL KAMEL Mahjoub | REGAIEG Maher | DJELASSI Med Ali | KILANI Mohamed JOUINI Abdellatif MAAMOURI Ahmed |
| 1995 | HALLAJ Noureddine | BEN SAID Noureddine | EL KAMEL Mahjoub | JOUINI Mohamed | DJELASSI Med Ali | REGAIEG Maher JOUINI Abdellatif SAYARI Ali |
| 1997 | HALLAJ Noureddine | BEN SAID Noureddine | MAHFOUDHI Mohamed | EL KAMEL Mahjoub | SAIDI Houcine | NEMSIA Jamel JOUINI Mohamed SAYARI Ali |
| 2000 | MAHFOUDHI Mohamed | HANNACHI Belgacem | CHELBI Mounir | GAIES Khaled | YAHYAOUI Abdessatar | NEMSIA Jamel EL KAMEL Mahjoub SAIDI Houcine |
| 2002 | MAHFOUDHI Mohamed | CHELBI Mounir | DJELASSI Med Ali | EL MEDDEB Sami | GAIES Khaled | YAHYAOUI Abdessatar HANNACHI Belgacem ABIDI Slaheddine |
| 2004 | GHARBI Slaheddine | CHELBI Mounir | DJELASSI Med Ali | ABIDI Slaheddine | REZGUI Fethi | BEN GHANEM Taieb MEDDEB Sami MAHFOUDHI Mohamed |
| 2006 | DJELASSI Med Ali | GHARBI Slaheddine | REZGUI Fethi | AMAMOU Kamel | AMDOUNI Azzouz | CHELBI Mounir BEN GHANEM Taieb BEDHIEF Fadhel |
| 12/01/2008 | HASNAOUI Aneur | BEDHIEFI Fadhel | CHAOUKI Ridha | TOUJANI Abdellatif | AMDOUNI Azzouz | DJELASSI Med Ali REZGUI Fethi AMAMOU Kamel |

Sfax

| Dates des élections | Président | Vice Président | Secrétaire Général | Secr. Gén. Adjoint | Trésorier | Membres |
|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|--|
| 13/12/1991 | NAJAH Salem | TRIKI Ali | BOUATTOUR Abdelhamid | DHOUIB Ridha | ALOULOU Mohamed Ali | KARA Habib KAMMOUN Abdelmajid MHIRI Radhouane |
| 13/12/1993 | ALOULOU Mohamed | TRIKI Ali | BOUATTOUR Abdelhamid | KARA Habib | KAMMOUN Abdelmajid | MHIRI Radhouane ABDENNADHER Mounir FRIKHA Faouzi |
| 26/12/1995 | KAMMOUN Abdelmajid | TRIKI Ali | CHAABOUNI Med Nejib | ENNOURI Ridha | FRIKHA Faouzi | KHOUFI Mustapha ABDENNADHER Mounir ACHICHE Med Anouar |
| 15/12/1997 | CHAABOUNI Med Nejib | KHOUFI Mustapha | KAMMOUN Radouhane | ENNOURI Ridha | FRIKHA Faouzi | HACHICHA Jamil KAMMOUN Samir ACHICHE Med Anouar |
| 01/02/2000 | KAMMOUN Radouhane | HACHICHA Jamil | BEN ABDALLAH Mongi | KAMMOUN Sami | FRIKHA Faouzi | DAMMAK Ahmed KHOUFI Mustapha CHOUAYAKH Samir |
| 18/01/2002 | KHOUFI Mustapha | GDOURA Abdeljalil | CHOUAYAKH Samir | KAMMOUN Sami | DAMMAK Ahmed | BOUATTOUR Abdelmajid BEN ABDALLAH Mongi JARRAYA Faiçal |
| 17/01/2004 | GDOURA Abdeljalil | KAMMOUN Sami | TURKI Hassan | JARRAYA Faiçal | CHOUAYAKH Samir | DAOUD Moncef BOUATTOUR Abdelmajid ELLEUCH Maher |
| 14/01/2006 | GDOURA Abdeljalil | KAMMOUN Sami | TURKI Hassan | ZOUARI TURKI Awatef | CHOUAYAKH Samir | ELLEUCH Maher DAOUD Moncef GHORBAL Amine |
| 12/01/2008 | GDOURA Abdeljalil | ZOUARI-TURKI Awatef | TURKI Hassan | KAMMOUN Sami | ABDELKAFI Anouar | GHORBAL Amine ABDELHEDI Adlien HAMMAMI Mohamed |

Sousse

| Dates des élections | Président | Vice Président | Secrétaire Général | Secr. Gén. Adjoint | Trésorier | Membres | |
|---------------------|------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|---|
| | | | | | | | |
| 1991 | EL ATOUJ Mohamed | AYACHI Rachid | ZEMNI Majed | CHEBBI Abderrazak | BEN SALEM Kamel | HAMMOUDA Chemseddine | BEN CHIKHA Sadok BESBES Med Hechemi |
| 1993 | EL ATOUJ Mohamed | AYACHI Rachid | ZEMNI Majed | KHARRAT Habib | BESBES Med Hechemi | HAMMOUDA Chemseddine | BEN CHIKHA Sadok BEN SALEM Kamel |
| 1996 | EL ATOUJ Mohamed | HARBI Abdelhamid | ZEMNI Majed | BEN SALEM Kamel | BESBES Med Hechemi | KHARRAT Habib | KHARRAT Habib |
| 1997 | EL ATOUJ Mohamed | HARBI Abdelhamid | ZEMNI Majed | BEN NACEUR Hichem | CHENITI Najeh | KHARRAT Habib | BOURAOUJ Bechir BESBES BOUZGARROU Najoua |
| 2000 | HARBI Abdelhamid | BOURAOUJ Bechir | BEN NACEUR Hichem | ZINELABIDINE Yosr | CHENITI Najeh | DAHMANE Younes | BESBES BOUZGARROU Najoua KHARRAT Habib |
| 2002 | BOURAOUJ Bechir | HARBI Abdelhamid | ZINELABIDINE Yosr | KHARRAT Slah | GUETAT Farhat | BESBES BOUZGARROU Najoua | DAHMANE Younes BOUGUERRA Faouzi |
| 2004 | CHENITI Najeh | KHARRAT Slah | BEN DHIA Chebil | ZINELABIDINE Yosr | GUETAT Farhat | BOUGUERRA Faouzi | MTIRAOUJ Ali BESBES BOUZGARROU Najoua |
| 2006 | CHENITI Najeh | BOUGUERRA Faouzi | ZINELABIDINE Yosr | CHEMLI Lazhar | BEN DHIA Chebil | MTIRAOUJ Ali | KHARRAT Slah BEN HAMIDA Riadh |
| 12/01/2008 | BOUGUERRA Faouzi | BEN ALAYA Med Fethi | BOUZAOUICHE Foued | LIOUANE Mohamed | BEN HMIDA Riadh | CHAMLI Lazhar | DIMASSI Sahbi |

Gabès

| Dates des élections | Président | Vice Président | Secrétaire Général | Secr. Gén. Adjoint | Trésorier | Membres |
|---------------------|-------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|---|
| 14/12/1991 | ANNABI Mohamed | NOUJRI Hédi | MAHIOUBI Noureddine | AOUINI Taieb | BEN OTHMAN Mohamed | HAMROUNI Laroussi YAHIA Souleïh HARRABI Mustapha |
| 11/12/1993 | HAMZAOUI Dhaou | BOULILA Slim | MAHIOUBI Noureddine | BALI Faïçal | BEN OTHMAN Mohamed | HAMROUNI Laroussi YAHIA Souleïh MECHRI Mokhtar |
| 23/03/1996 | BEN HAMED Faouzi | RABHI Noureddine | BALI Faïçal | DHOUBI Kamel | CHOUAIBI Ali | SMIDA Badreddine MNASRI Ezzedine SAULA Hédi |
| 13/12/1997 | KILANI Mounir | RABHI Noureddine | DHOUBI Kamel | SMIDA Badreddine | JERIDI Mustapha | BOUKHCHINA Mongi MNASRI Ezzedine |
| 15/01/2000 | JERIDI Mustapha | SAULA Hédi | GUENOUNOU Mongi | HAMROUNI Mustapha | BOUKHCHINA Mongi | ZAGHDOUD Amor KILANI Mounir |
| 12/01/2002 | JERIDI Mustapha | GUENOUNOU Mongi | BOUKHCHINA Med Mongi | ZAGHDOUD Amor | HAMDI Yahia | HAMROUNI Mustapha ABDALLAH Noureddine |
| 13/12/2003 | GUENOUNOU Mongi | SAULA Hédi | BOUKHCHINA Med Mongi | HAMROUNI Mustapha | HAMDI Yahia | AYED Mohamed JERIDI Mustapha |
| 07/01/2006 | HAMROUNI Mustapha | GUENOUNOU Mongi | SAULA Hédi | HAMMAMI Taoufik | DZIRI Mohamed | AYED Mohamed KORCHID Abdelkrim MISSAOUI Zine El Abidine |
| 12/01/2008 | SAULA Hédi | KORCHID Abdelhamid | BOUKHCHINA Med Mongi | KRIMI Sami | DZIRI Mohamed | HAMMAMI Taoufik BEN H'MED Abdelhamid |

Gafsa

| Dates des élections | Président | Vice Président | Secrétaire Général | Secr. Gén. Adjoint | Trésorier | Membres |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------|--------------------|---------------|---|
| 12/01/2008 | MISSAOUI Zine El Abidine | RABHI Noureddine | EL ACHKAM Noomane | BRAHIMI Imed | GHRIBI Sabour | EL ACHKAM Rim KILALI Othman CHAABANI Abdelghani |

CHAPITRE III

LES COMPETENCES DE L'ORDRE : CINQUANTE ANS DE DEONTOLOGIE MEDICALE REGLEMENTEE EN TUNISIE

Le 15 Mars 2008, les médecins tunisiens fêtent le cinquantième (50^{ème}) anniversaire de la reconnaissance par les autres franges de la société de leur obligation de s'en tenir à des règles édictées par un code de déontologie médicale (CDM). La référence explicite à ce code figure dans la loi 58-38 datée du 15 mars 1958, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de médecin vétérinaire ; elle ne figurait pas sur les décrets beylicaux du 15 juin 1888 (réglementant notamment l'exercice de la médecine et de la chirurgie) et du 10 juillet 1947 (dont l'objet était l'exercice et l'organisation de la profession de médecin, de chirurgien dentiste et de vétérinaire).

Le code de déontologie médicale n'a finalement été publié qu'en 1973 par le décret N° 73-496 du 20 Octobre 1973. Néanmoins, de 1958 à 1973 le conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie recommandait aux médecins inscrits au Tableau de se conformer aux prescriptions du code français de déontologie médicale.

Notons que le code de déontologie, comme tout texte législatif d'envergure, doit satisfaire au paradoxe entre les aspects inamovibles et les aspects évolutifs de la déontologie médicale. Celle-ci repose en effet sur des principes, ayant un caractère normatif dont l'interprétation évolue en fonction du développement des pratiques médicales et de la multiplication des modes d'exercice de la médecine qui doivent s'adapter :

- au développement technologique,
- au développement du champ de l'activité médicale,
- à la multiplication des moyens de communication et de compétitivité,
- à l'évolution socioculturelle,
- à la banalisation de l'acte de soin qui se transforme, dans bien des cas, en acte de convenance,
- à la transformation de l'obligation du médecin,
- à la prise en compte de plus en plus pressante de données d'économie médicale.

Les règles édictées par le code de déontologie sont donc évolutives : la comparaison des deux versions du Code de Déontologie Médicale, promulguées en 1973 et en 1993 (n° 93-1155 du 17 mars 1993, abrogeant et remplaçant celui de 1973) à laquelle nous allons nous livrer en est la démonstration.

LES CODES DE DEONTOLOGIE MEDICALE DE 1973 ET 1993 : ETUDE COMPARATIVE.

- Aspects formels et structurels: (Tableau III)

Dans le Code de 1993, il a été procédé au regroupement des articles traitant de thèmes spécifiques concernant notamment les devoirs généraux (titre 1^{er}) et les règles particulières aux modes les plus courants de la pratique médicale (titre V); le titre III de

7 Le Dr Nabil Ben Salah, est l'auteur de ce chapitre ; il est professeur à la Faculté de Médecine de Tunis ; il a été membre du Conseil de l'Ordre de 1992 à 2000.

l'ancien code devenu redondant avec le titre V du nouveau est supprimé ainsi que le titre relatif aux «devoirs et droits du médecin en cas de conflit armé», le sujet étant évoqué dans un seul article du nouveau code (art. 29 qui renvoie aux articles 1, 2 et 3).

Une attention particulière a été accordée à la cohérence de la succession des thèmes évoqués dans les titres. Ceux en rapport avec l'exercice professionnel (devoirs envers les malades, les confrères et d'autres professionnels de santé) ont été mis en exergue et développés en premier; les règles à portée plus restreinte –quoique essentielles – concernant des modes spécifiques de l'activité des (de) médecins, tels que l'expérimentation et les recherches sur l'homme (titre VI du nouveau et de l'ancien code) ou des situations exceptionnelles (titre VII : incapacité du médecin, non paiement de cotisation ...) font l'objet des derniers chapitres.

Tableau III : Comparaison de la structure des codes de 1973 et 1993

| Code | 1973 | 1993 |
|--------------------|---|---|
| TITRE I | Devoirs généraux des médecins : 25 art. | Devoirs généraux des médecins : 30 art. |
| TITRE II | Devoirs des médecins envers les malades : 19 art. | Devoirs des médecins envers les malades : 18 art. |
| TITRE III | <i>Devoirs des médecins en matières sociales : 12 art.</i> | Devoirs de confraternité : 13 art. Art. : 59 et 60 nouveaux |
| TITRE IV | Règles relatives à l'expérimentation et aux recherches sur l'homme : Un préambule et 2 chapitres, développés en 13 art., ayant trait aux expérimentations thérapeutiques et non thérapeutiques | Devoirs des médecins envers les membres des professions paramédicales et les auxiliaires médicaux : 2 art. |
| TITRE V | <i>Devoirs et droits du médecin en cas de conflit armé : 8 art.</i> | Règles particulières à certains modes d'exercice : 6 chapitres, développés en 35 art., évoquant les dispositions générales et les dispositions spécifiques à 5 modes d'exercice de la médecine. |
| TITRE VI | Devoirs de confraternité : 14 art. | Règles relatives à l'expérimentation et aux recherches sur l'homme : Un préambule et 2 chapitres, développés en 13 art., ayant trait aux expérimentations thérapeutiques et non thérapeutiques |
| TITRE VII | Devoirs des médecins envers les membres des professions paramédicales et les auxiliaires médicaux : 2 art. | Dispositions diverses : 11 art. |
| TITRE VIII | Dispositions diverses : 11 art. | |
| Nb Articles | 104 articles, 8 titres | 123 articles, 7 titres |

Rappelons qu'au cours des vingt années séparant 1993 de 1973 le nombre des médecins tunisiens a été multiplié par dix, passant d'environ 1000 médecins à plus de 10 000, avec un développement du nombre des spécialités médicales et des modes d'exercice.

Aspects conceptuels, contenus

La règle déontologique se caractérise par le fait qu'il s'agit :

- D'une règle de droit professionnel,
- D'une règle qui ne s'applique directement qu'aux seuls professionnels, en sachant que par certains aspects, elle concerne aussi l'ordre public et sert de référence au juge de droit commun (par exemple la notion de respect de la vie humaine) ;
- D'une règle non assujettie comme la règle de droit pénal au principe de légalité, c'est à dire à l'existence d'interdits concernant des actes précis. Le juge professionnel n'est donc pas limité dans son appréciation par la formulation des textes. Il dispose, par ailleurs d'un pouvoir d'appréciation générale de la conduite du médecin.

Enfin la règle déontologique n'est pas une règle de substitution ou d'exception. Bien au contraire, il s'agit d'une règle indépendante qui s'ajoute aux règles du droit commun. Ainsi, lorsque la faute professionnelle commise par le médecin est aussi une faute pénale, il peut être poursuivi et condamné, à la fois, sur le plan disciplinaire et sur le plan pénal. Lorsque la faute professionnelle ne correspond pas à une incrimination pénale, cela signifie, très précisément, qu'en tant que professionnel dont l'activité touche à la personne humaine, le médecin a plus d'obligations que d'autres membres du corps social. Il ne peut, par exemple, exercer son activité comme un commerce. Non que l'activité commerciale, indispensable, ne soit pas honorable en soi, mais parce que les méthodes qu'elle utilise risqueraient d'entraîner le médecin à des comportements préjudiciables au strict respect de la personne à laquelle il ne doit apporter que des soins très consciencieux.

Quant à l'évolution conceptuelle perçue dans le code de déontologie de 1993 par rapport à celui de 1973, il convient d'en présenter la matière au fur et à mesure de la lecture du texte.

Déjà dans l'**article premier** on note *l'obligation de se conformer au code, élargie à « tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues par la loi n°91-21 du 13 mars 1991 ou par une convention internationale dûment ratifiée ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement »* ce qui soumet au respect du code, en particulier les médecins de nationalité étrangère, non inscrits au tableau de l'ordre, mais autorisés par le ministre de la santé publique à exercer en Tunisie .

Dans le titre premier, l'**article 7** (nouveau) vient renforcer le principe de *la non discrimination*, en interdisant au médecin *de favoriser ou de cautionner directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa seule présence, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale ou l'atteinte à la dignité de toute personne privée de liberté pour laquelle il est sollicité pour donner des soins ou même pour un simple examen*. Notons que la parution du nouveau code était contemporaine du renforcement de l'enseignement des droits de l'homme dans les facultés de médecine tunisiennes. L'article 9, consolide la notion de *secret professionnel* en rappelant au médecin son obligation d'aviser ses collaborateurs soignants de leur devoir de protéger le secret du malade. L'article 10, soumet *aux dérogations prévues par le code de déontologie* le devoir du *paiement direct* des honoraires par le malade au médecin, et ce, vraisemblablement en prévision de la consolidation de la sécurité sociale.

L'**article 13** (nouveau), ordonne la restriction du champ de l'activité du médecin aux seuls domaines de ses qualifications, sauf circonstances exceptionnelles. Il est vrai que cette notion était auparavant admise, de fait, par les instances ordinales. Mais dès le moment qu'elle figure sur le décret, elle peut être utilisée par les instances judiciaires.

L'**article 14** (nouveau), institue le devoir d'adhésion du médecin à la formation continue, et ce, en raison du développement de plus en plus rapide des connaissances médicales. Ce qui rappelle une clause fondamentale du contrat de soin qui s'établit

entre le médecin et son malade et peut représenter une étape intermédiaire avant l'institution de l'accréditation des professionnels.

L'article 18 (nouveau), explicite l'interdiction faite au médecin de collaborer avec les guérisseurs, et ce pour empêcher les pratiques charlatanesques visant électivement les malades incurables, les couples stériles et les sujets porteurs d'handicap physique ou psychique.

L'article 23, insiste dans son quatrième alinéa sur la nécessité de faire précéder un titre universitaire antérieur par le mot « ancien » prévenant ainsi un mode illicite de concurrence. **L'article 25**, remplace le terme « dispensaire mobile » par « structure mobile », et ce, vraisemblablement pour bannir la médecine foraine tout en tolérant les activités médicales préventives effectuées à l'extérieur de l'hôpital ou celles des urgences pré-hospitalières. **L'article 29** (nouveau), résume le contenu de l'ancien titre IV traitant des conflits armés, en mentionnant que la mission du médecin demeure la même qu'en temps de paix.

L'article 30 (nouveau), insiste, dans ce contexte, sur le droit des médecins à la protection nécessaire pour pouvoir circuler et exercer librement leurs activités professionnelles. Dans le titre II, **l'article 33**, insiste dans son 2^{ème} alinéa sur les notions d'économie médicale.

L'article 34, consolide l'implication du médecin dans les activités prophylactiques ; il confirme en les actualisant les règles énoncées dans les articles 29 et 31 de l'ancien code.

D'autres articles ont subi des modifications dans leur formulation pour mieux expliciter la règle déontologique (36, 42, 43). Ainsi les critères permettant l'établissement de «la note d'honoraires», ont été profondément remaniés (Art. 42 du nouveau code et 38 de l'ancien). Dans le titre III, **les articles 60 et 61** (nouveaux) traitent respectivement de la soumission à l'accord préalable du confrère déjà installé, de la nouvelle installation au même immeuble d'un médecin exerçant la même discipline ; et de l'interdiction au médecin de se faire assister par un confrère, ou un étudiant, exerçant en son nom.

Le titre IV, ancien titre VII, a juste été déplacé.

Le titre V, représente la grande nouveauté du code de 1993 dans la mesure où il énumère les règles particulières à certains modes d'exercice qui se sont imposés dans notre pays pour les raisons précédemment énumérées.

Le titre VI, supprime, dans son article 99, l'exclusion des structures privées, figurant dans l'article 57 du code de 1973, de toutes activités d'expérimentation et de recherche sur l'homme. Ce qui représente une marque particulière de confiance à l'adresse des confrères libéraux exerçant dans ces structures.

Le titre VII, traitant des dispositions diverses, précise dans l'article 115, les conditions d'octroi des qualifications et compétences par le conseil de l'Ordre des médecins ; et dans **l'article 118**, la procédure à suivre en cas d'impossibilité d'exercice pour un médecin inscrit au tableau de l'ordre.

INSUFFISANCES DES CODES DE 1973 ET DE 1993

Le code de 1993 est un assemblage de règles déontologiques figurant non seulement dans le code français mais également dans plusieurs textes législatifs tunisiens comme le code pénal, le code des obligations et des contrats, le code du travail, le code de l'enfance, les lois spécifiques relatives aux maladies psychiatriques, aux maladies transmissibles, à la transplantation d'organes, à la médecine de reproduction... Cette manière de procéder qui pouvait se justifier en 1973 et, vraisemblablement, en 1993, doit être remise en question, en tenant compte de l'évolution socioculturelle du citoyen tunisien et également de la profusion de textes législatifs organisant les professions de santé en Tunisie.

C'est ainsi qu'il faut pallier l'absence de recommandations concernant l'information du malade ou son consentement à l'acte médical qui lui est proposé; ou encore la prise en charge de la douleur et/ou, plus généralement, l'apaisement des souffrances regroupés, dans le monde anglo-saxon, sous le vocable devenu universel de « traitement palliatif ».

La seule allusion à l'information du malade dans notre code est, en effet, destinée à sa dissimulation, comme le précise l'**article 36** : « *Un pronostic grave ou fatal peut être dissimulé au malade. Il ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il peut l'être généralement à la proche famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.* ». Le même concept est formulé dans le code français de manière beaucoup plus positive vis à vis du malade, ainsi : « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination(...).* »

S'agissant des nouveau-nés l'**article 41** du code tunisien de 1993 précise : « *Au cours d'accouchement dystocique ou prolongé, le médecin doit se considérer comme étant le seul juge des intérêts respectifs de la mère et de l'enfant sans se laisser influencer par des considérations d'ordre familial.* » Il est vrai que cet article remonte à des temps, maintenant révolus, où le paternalisme médical était de mise et où la condition des jeunes parturientes réclamait l'attitude protectrice des médecins accoucheurs. De nos jours, il semble inconcevable d'exclure les parents du processus décisionnel de l'interruption d'une grossesse avancée. L'information simple, intelligible et loyale est la meilleure parade aux possibles répercussions psychiques ultérieures.

Au sujet du consentement du malade l'art. 36 du CDM français (art. R.4127-36 du CSP) précise :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article... ».

Le code tunisien n'évoque la notion du consentement du malade à l'acte médical que dans les **articles 103 et 107** traitant de l'expérimentation thérapeutique et non thérapeutique sur l'homme.

Une place particulière est réservée aux malades vulnérables dans le CDM français et en particulier dans les articles 43 et 44, qui sont d'ailleurs repris dans notre code de l'enfance et non dans le CDM tunisien ;

Art. 43 (art.R.4127 – 43 du CSP) : « *le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.* »

Art.44 (art.R.4127 – 44 du CSP) : « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de 15 ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

Le devoir du médecin de soulager les souffrances du malade, même en situation désespérée, n'est pas explicité dans le code tunisien. Pourtant ces situations sont de plus en plus fréquentes du fait des maladies incurables et de la longévité croissante ; elles bénéficient régulièrement des soins palliatifs qui méritent considération et reconnaissance, comme c'est le cas dans l'Art. 37 du Code de Déontologie Médicale français (art. R.4127-37 du CSP) : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique. »*

L'Art. 38 du même code ajoute : « *Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »* L'accompagnement du mourant est donc une marque inestimable de respect de la dignité de la personne humaine qui s'exprime au moment le plus critique de la vie. Il est pour l'entourage proche d'un réconfort inégalable dans la mesure où il tempère, par les explications simples et intelligibles donnés par le soignant, l'angoisse de la mort proche et facilite le travail du deuil par l'annonce graduelle des manifestations morbides.

CONCLUSION

Au terme de cette analyse, il convient de relever que quinze ans après la promulgation du code de 1993, ce dernier apparaît inadapté tant à l'évolution des techniques et des pratiques médicales qu'aux exigences des usagers tunisiens qui sont sous tendues par l'évolution socioculturelle que nous vivons.

S'il était révisé, le décret de 1993, devrait, comme tout décret d'application, sortir des généralités et expliciter avec plus de précision le sens et la finalité des recommandations formulées qui concernent les comportements, les pratiques et les techniques. Il devrait, en outre, s'attarder sur des principes essentiels comme l'information du malade, la recherche de son consentement, la liberté, la qualité et la sécurité des soins, l'apaisement des souffrances et le traitement de la douleur ainsi que le contrôle du perfectionnement des connaissances. L'évolution déontologique face à l'invasion des nouvelles techniques de l'information et de la communication devrait également clairement y transparaître.

Ajoutons que la profusion, durant les vingt dernières années, de textes législatifs réglementant le secteur sanitaire autorise l'espoir de voir publier un code Tunisien de santé publique intégrant le code de déontologie médicale revisité et adapté aux besoins actuels et projetés.

CHAPITRE IV **LE TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS**

I. INSCRIPTION AU TABLEAU : LA PROCEDURE DE LA RECONNAISSANCE DES TITRES

Doctorat en Médecine

- **La loi 91-21 du 13 mars 1991 et le décret 93-1155 du 17 mai 1993** portant code de déontologie médicale, précisent les conditions devant être remplies par les candidats à l'exercice de la médecine. L'inscription au tableau dressé par le conseil de l'Ordre des médecins, est un passage obligé. Celle-ci se fait après examen d'un dossier comportant des éléments permettant de vérifier que les conditions légales sont remplies à savoir :
 - la nationalité tunisienne (présentation de la carte d'identité nationale) ;
 - l'attestation d'une bonne moralité (extrait du bulletin n°3, vierge de toute condamnation ; enquête si nécessaire);
 - l'attestation délivrée, par la faculté, du diplôme de docteur en médecine ou l'attestation d'un diplôme admis en équivalence (délivrée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur).

La décision de l'inscription doit être notifiée à l'intéressé ainsi qu'au Ministère de la Santé Publique et au Procureur Général près de la Cour d'Appel de Tunis, dans un délai de deux mois (pouvant être prolongé de deux mois si des vérifications pour un supplément d'information ou une enquête sont nécessaires).

Il est à signaler que des autorisations peuvent être délivrées, à titre temporaire, par décision du Ministère de la Santé Publique (après avis du Conseil National de l'Ordre) à des médecins étrangers justifiant de diplômes reconnus.

Le conseil national dresse le tableau annuel de l'Ordre et le « diffuse au début de chaque année, auprès des administrations et des organismes concernés ».

Cette procédure est dans ses grandes orientations celle qui a été préconisée par les législations antérieures. Elle s'en différencie par des détails, fonction des circonstances prévalant à l'époque où les divers textes ont été adoptés.

- Ainsi pour la période comprise entre 1958 et 1991, **la loi 58-38 du 15 mars 1958** qui était alors en vigueur prévoyait le visa du diplôme de docteur en médecine par le Secrétaire d'Etat à (puis Ministre de) la Santé Publique, après avis d'une commission spéciale de vérifications de titres ; le tableau dressé par l'Ordre, publié au JORT Tunisien, était soumis au même préalable (visa du Secrétaire d'Etat). En cas de refus de l'inscription, le médecin concerné pouvait présenter un recours de cette décision auprès de la chambre de discipline; le jugement de la chambre de discipline pouvait par ailleurs être contesté auprès de la Cour d'Appel de Tunis.
- Cette loi 58-38 était très largement inspirée du décret de 1947 dont elle reconduit les dispositions. Seule différence : les autorités du protectorat délivrent les visas (du diplôme, du tableau) et sont les destinataires de la correspondance.

Reconnaissance des qualifications

La procédure de qualification des médecins spécialistes et compétents a été réglementée par arrêté du Ministre de la Santé Publique pour la première fois en 1952 (**arrêté du 4 juillet 1952**). Le conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie (COMT) est chargé de son application, par le biais des commissions spécialisées dont il assure la gestion et le suivi. La qualification est accordée aux médecins qui en font la demande sur la base de « titres » ou de connaissances particulières dont la liste et la nature sont fixées par le COMT après approbation du Ministre de la Santé Publique.

La liste des spécialités (au nombre de 10) et des compétences (26) comprend :

- Pour les spécialités dont l'exercice doit être exclusif : la chirurgie générale, l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie, la biologie médicale, la gynécologie obstétrique, la pneumo-phtisiologie, la neurologie, la psychiatrie et la pédiatrie : tout en sachant que l'ophtalmologie et l'ORL d'une part, la neurologie et la psychiatrie d'autre part peuvent être exercées simultanément.
- Pour les compétences, des disciplines telles que la dermato-vénérologie, la cardiologie/maladies des vaisseaux, la gastro-entérologie, la médecine de la nutrition, l'anesthésiologie, des disciplines « chirurgicales » (neurochirurgie ; chirurgie maxillo-faciale, chirurgie pulmonaire, chirurgie podologique, orthopédie, urologie) ; l'hématologie, la médecine légale, la médecine du travail, la médecine du sport, la médecine thermique, la médecine coloniale, la physiomécanothérapie et la phoniatry (rééducation de l'ouïe) mais aussi la pneumo-phtisiologie, la neurologie, la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie, l'obstétrique.

La liste des commissions de qualification ainsi que leur composition est spécifiée par l'arrêté :

- Pour les spécialités, une commission pour chaque spécialité composée de cinq médecins dont un président désigné par le Ministre de la Santé Publique, deux médecins nommés par le Conseil de l'Ordre et deux médecins par le Syndicat médical français et tunisien ainsi qu'un médecin inspecteur du Ministère de la Santé Publique (avec voix consultative) ;
- Pour les compétences réparties en sous-groupes, les dossiers sont étudiés par une des commissions de spécialités avec laquelle la compétence a des affinités (par ex. pour la chirurgie maxillo-faciale, la commission de stomatologie, pour l'hématologie, la commission de biologie clinique) ; pour les compétences, non apparentées à une spécialité [cardiologie, nutrition, affections rénales, médecine thermique, médecine coloniale, médecine du sport, médecine de travail, médecine légale], une commission spéciale est prévue.

En cas de refus de la qualification par la commission spécialisée, un recours peut être adressé à la commission d'appel, créée au sein du Ministère de la Santé Publique et dont la composition est comparable à celle d'une commission de spécialité ; toutefois le Président désigné par le Ministère de la Santé Publique est un professeur de faculté (ou école) de Médecine de France.

Ce dispositif a été modifié et complété à différentes reprises⁸. Le remaniement le plus significatif date des années 1980, à la suite d'une large concertation à laquelle l'Ordre des médecins a pris une part très active.

- **L'arrêté du ministre de la Santé Publique daté du 15/9/82** et ceux qui ont suivi tout en respectant la logique de la procédure initiale, la simplifient et l'adaptent au contexte de l'époque à laquelle ils ont été publiés.

Ainsi, en vertu de l'arrêté de 1982, une commission unique statue sur toutes les demandes

⁸ Arrêtés du Ministre de la Santé Publique datés du 11/7/1952, du 30/1/ 1953, du 17/8/1974.

de qualification. Ses membres sont désignés pour trois ans. Elle comprend un Président nommé par le Ministre de la Santé Publique, un représentant de chaque faculté et deux représentants du conseil de l'Ordre ; le secrétariat est assuré par l'Ordre.

La qualification de médecin spécialiste est reconnue aux titulaires d'un diplôme de spécialité et aux professeurs, maître de conférences agrégés, assistants hospitalo-universitaires « dans les mêmes conditions où ils été nommés dans le grade ».

La liste de spécialités en comprend trente cinq, dont cinq doivent être exercées exclusivement (ORL, ophtalmologie, anatomopathologie, biologie, radiologie, stomatologie), les autres exclusivement ou simultanément soit avec la médecine générale (20 dont la cardiologie et la pneumologie) soit avec la chirurgie générale (8 dont l'anesthésie réanimation). Enfin neuf compétences (dont l'angiologie, la gynécologie médicale et le planning familial, la gériatrie, la médecine appliquée au sport) peuvent être exercées avec la médecine générale ou avec une spécialité non exclusive.

La commission d'appel comprend un président professeur de faculté de médecine, le Président et le Secrétaire Général de l'Ordre, deux spécialistes de la discipline concernée.

- Par la suite (arrêtés des 19/1/1984, du 7 juillet 1992, du 23 janvier 1998 du 8 mars 1992; **25/3/2004** et du **23 mai 2005**), l'arrêté du 15/9/1982 subit des modifications, ayant principalement eu pour buts :
 - l'actualisation des listes des spécialités et de compétences ;
 - la délégation en totalité, décidée en 2004, de la procédure de reconnaissance au conseil national de l'Ordre des médecins ; celle-ci étant devenu quasi-mécanique basée dans la majorité des cas⁹ sur les diplômes délivrés par les institutions universitaires tunisiennes et - sous certaines conditions (équivalence) – étrangères, dans une des spécialités ou compétences figurant dans les arrêtés.

Le président de la commission, où siègent des représentants des facultés désignés par le doyen, est le Président du conseil national de l'Ordre.

Par ailleurs, le pouvoir confié à l'Ordre de statuer sur les demandes de qualification figure dans le premier **Code de Déontologie Médicale**, promulguée en 1973 ; dans le même Code il est également précisé (le contexte de l'époque nécessitait que cette clarification soit faite) que le spécialiste « s'engage à exercer exclusivement dans la spécialité pour laquelle il est inscrit au Tableau de l'Ordre ».

La version du Code de Déontologie Médicale, publiée en 1993, confirme cette disposition et institue une commission spécialisée, comprenant des représentants des facultés de médecine, dont le siège est au conseil national de l'Ordre des médecins qui en assure la Présidence et le Secrétariat. Au vu des dossiers présentés par les candidats, incluant notamment les diplômes de fin d'études (pour le résidanat) ou les attestations d'équivalence validés par les autorités universitaires (pour les diplômés étrangers), la commission délivre les autorisations d'exercice, dans la mesure où la qualification figure sur la liste des spécialités et des compétences fixée par arrêté.

⁹ et à titre transitoire, les titulaires d'une attestation d'études spécialisées (AES) obtenue auprès d'une faculté étrangère, avant le 31/3/1984 (arrêté du MSP pris le 19/1/84 complétant celui de 1982).

10. Les médecins des hôpitaux et les assistants hospitalo-universitaires sont automatiquement qualifiés en tant que spécialistes

II. INSCRIPTION AU TABLEAU : ASPECTS QUANTITATIFS

Effectifs des médecins enregistrés au tableau de l'Ordre National des Médecins : évolution de 1956 à 2006

Entre 1956 et 2006 (Tableau IV et Fig.1), les effectifs de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre ont été multipliés par 274; leur nombre est passé de quelques dizaines (années 1950 et même 1960) à plusieurs centaines (années 1970) puis milliers (années 1980 et suivantes).

L'évolution s'est particulièrement accélérée dans les années 1980 : doublement entre 1986 et 1993, puis à nouveau entre 1996 et 2005. Les modes d'exercice se sont diversifiés ainsi que les spécialités et les compétences (tableau V relatif à 2006)

L'impact de l'entrée en fonction de facultés tunisiennes est manifeste. Ainsi dix ans après la création de la Faculté de Médecine de Tunis, le nombre des médecins inscrits au Tableau a été multiplié par quatre (122 en 1964 et 418 en 1974); en 1984, soit dix ans après la création de deux nouvelles facultés, à Sfax et à Sousse; il est de 2321 (x5,5 par rapport à 1974).

Suite à l'institution du résidanat en 1977, le nombre des spécialistes a rapidement augmenté, 483 en 1977, par la suite doublement environ tous les dix ans. Ceci vaut pour toutes les spécialités à l'instar de certaines spécialités, (dites « de base ») prises à titre d'exemple (tableau IV).

- Habitants par médecin

Le nombre d'habitants par médecin est passé de 1 médecin pour 6557 habitants en 1956 à 1 médecin pour moins de 1000 habitants en 2006.

L'amélioration de la couverture est particulièrement sensible à compter des années 1980 (fig 2 et Tableau VI).

- Femmes médecins:

Longtemps, les femmes ont représenté entre 10 et 15% du corps médical. A partir de 1980, la proportion est en constante augmentation : 18% en 1985, 20% en 1990, 25% en 1995, 30% en 2000, 36% en 2006.

- «Premières» inscriptions au tableau de l'Ordre

Le premier médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins est Gughelmo Levi exerçant depuis 1891 à Tunis ; le premier tunisien musulman est Hamda Sakka (n° 27) année d'installation 1917.

Le docteur Mahmoud Materi, installé en 1926, premier président de l'Ordre, après l'indépendance du pays a été enregistré sous le n° 97 ; T. Zaouche – exerçant à partir de 1932 – qui lui a succédé le numéro 163. Le premier président de l'Ordre: le Docteur Henri Bouquet porte le numéro 17. La première femme médecin enregistrée au tableau de l'Ordre (n°208) est madame Tawhida Ben Cheikh, installé en 1937.

Commentaires

L'obligation faite à tous les médecins à quelque secteur d'exercice ou nationalité qu'ils appartiennent d'être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, n'a pas été – même jusqu'à une époque récente – scrupuleusement respectée. C'est ainsi que les médecins coopérants étrangers appartenant à diverses nationalités, recrutés en masse jusqu'au

milieu des années 1980 pour répondre aux besoins des populations - notamment dans le monde rural – en spécialistes et en généralistes n'ont pas été enregistrés au Tableau de l'Ordre (voir annexe I).

Aux premières années de l'indépendance, avec les départs des médecins¹¹ de la colonisation (voir annexe II) et les difficultés du « passage de témoin », les fichiers de l'Ordre n'ont pu être tenus à jour avec la régularité et la minutie souhaitables (Annexe III). Par ailleurs, si pour les médecins tunisiens s'installant dans le secteur privé, l'Ordre des médecins est un passage quasi obligé, par contre il n'a pas toujours été exigée de ceux travaillant dans les secteurs public et parapublic d'être inscrits au tableau, le manque de coordination entre l'administration et l'Ordre dont la vigilance a été parfois prise en défaut¹² est manifeste.

Enfin, - cette remarque vaut surtout pour la période actuelle - il est à rappeler que le tableau fait état de tous les titulaires du doctorat en médecine demandant à être inscrits (y compris les résidents et les confrères en attente d'une installation) alors que les statistiques publiées par les organismes officiels recensent en général les médecins « actifs » à l'exclusion de tous les autres (Annexe III et IV).

Tous ces éléments expliquent les disparités pouvant être enregistrées entre les statistiques établies par l'Ordre et celles des autres organismes (Ministère de la Santé Publique notamment) avec un sous-enregistrement possible de médecins du secteur privé par l'administration et de ceux du secteur public par le Tableau de l'Ordre

11 En 1955 les médecins en exercice recensés sont au nombre de 555, les étrangers sont majoritairement français; en 1960 ils ne sont plus que 472; parmi les 239 étrangers: 89 seulement sont français

12 en 2008, deux médecins occupant un grade élevé dans la fonction publique universitaire, ont présenté une demande en vue de leur inscription à l'Ordre ; quant au nombre des enseignants hospitalo-universitaires n'ayant pas accompli les formalités prescrites pour leur « qualification » il demeure, malgré les sollicitations répétées élevé.

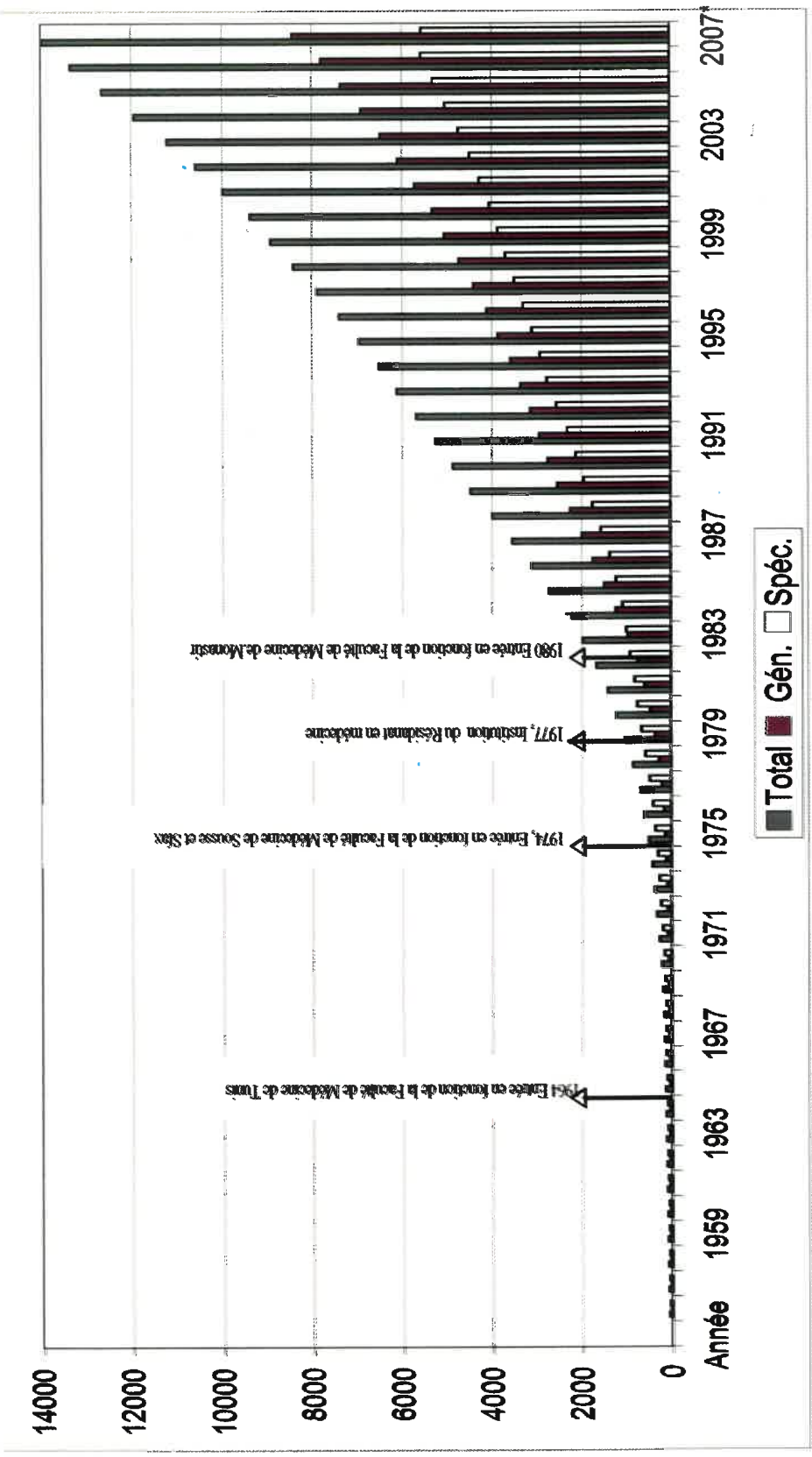
Evolution des effectifs des médecins enregistrés au TOM de 1956 à 2007

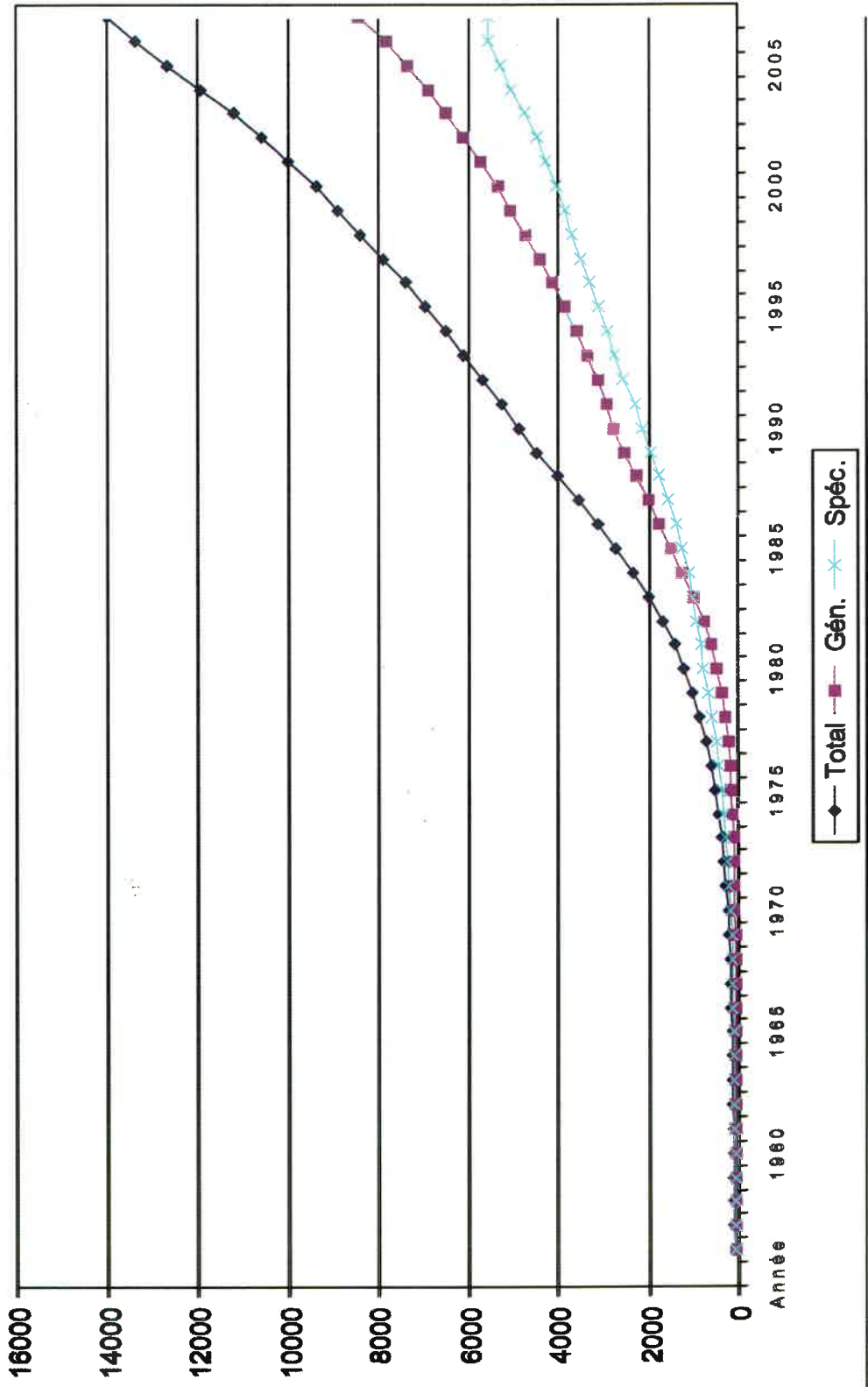
| Année | Spécialité | Total | | Gén. | | Spéc. | | Chir. Gén. | | Gynéc. | | Péd. | | Pneum. | | Card. | | Opht. | | Rhum. | | Inf. | | Gér. | | % | |
|-------|------------|-------|------|------|------|-------|---|------------|------|--------|-------|------|-------|--------|----|-------|----|-------|----|-------|---|------|---|------|---|---|------|
| | | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| 1956 | | 51 | 20 | 39% | 31 | 61% | | 2 | 3,9% | 2 | 3,9% | 5 | 9,8% | 4 | 8% | 2 | 4% | 4 | 8% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1957 | | 60 | 21 | 35% | 39 | 65% | | 3 | 5,0% | 3 | 5,0% | 7 | 11,7% | 5 | 8% | 2 | 3% | 4 | 7% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1958 | | 69 | 23 | 33% | 46 | 67% | | 3 | 4,3% | 5 | 7,2% | 9 | 13,0% | 5 | 7% | 3 | 4% | 4 | 6% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1959 | | 75 | 25 | 33% | 50 | 67% | | 4 | 5,3% | 5 | 6,7% | 10 | 13,3% | 5 | 7% | 3 | 4% | 5 | 7% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1960 | | 82 | 29 | 35% | 53 | 65% | | 5 | 6,1% | 5 | 6,1% | 10 | 12,2% | 5 | 6% | 4 | 5% | 6 | 7% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1961 | | 95 | 30 | 32% | 65 | 68% | | 8 | 8,4% | 10 | 10,5% | 13 | 13,7% | 6 | 6% | 4 | 4% | 6 | 6% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1962 | | 106 | 33 | 31% | 73 | 69% | | 10 | 9,4% | 12 | 11,3% | 13 | 12,3% | 6 | 6% | 4 | 4% | 6 | 6% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1963 | | 113 | 34 | 30% | 79 | 70% | | 11 | 9,7% | 12 | 10,6% | 13 | 11,5% | 6 | 5% | 4 | 4% | 7 | 6% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1964 | | 122 | 37 | 30% | 85 | 70% | | 11 | 9,0% | 14 | 11,5% | 13 | 10,7% | 7 | 6% | 4 | 3% | 7 | 6% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1965 | | 129 | 37 | 29% | 92 | 71% | | 11 | 8,5% | 15 | 11,6% | 13 | 10,1% | 9 | 7% | 4 | 3% | 7 | 6% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1966 | | 137 | 38 | 28% | 99 | 72% | | 11 | 8,0% | 18 | 13,1% | 13 | 9,5% | 9 | 7% | 5 | 4% | 7 | 5% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1967 | | 143 | 41 | 29% | 102 | 71% | | 11 | 7,7% | 18 | 12,6% | 13 | 9,1% | 9 | 6% | 5 | 3% | 7 | 5% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1968 | | 155 | 45 | 29% | 110 | 71% | | 12 | 7,7% | 20 | 12,9% | 15 | 9,7% | 9 | 6% | 5 | 3% | 7 | 5% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1969 | | 175 | 48 | 27% | 127 | 73% | | 16 | 9,1% | 22 | 12,6% | 19 | 10,9% | 10 | 6% | 6 | 3% | 8 | 5% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1970 | | 210 | 59 | 28% | 151 | 72% | | 19 | 9,0% | 23 | 11,0% | 23 | 11,0% | 11 | 5% | 7 | 3% | 9 | 4% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1971 | | 267 | 87 | 33% | 190 | 71% | | 20 | 7,5% | 30 | 11,2% | 27 | 10,1% | 11 | 4% | 8 | 3% | 10 | 4% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1972 | | 323 | 88 | 27% | 235 | 73% | | 23 | 7,1% | 35 | 10,8% | 31 | 9,6% | 18 | 6% | 11 | 3% | 11 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1973 | | 364 | 96 | 26% | 268 | 74% | | 27 | 7,4% | 37 | 10,2% | 34 | 9,3% | 19 | 5% | 15 | 4% | 14 | 4% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1974 | | 418 | 114 | 27% | 304 | 73% | | 31 | 7,4% | 43 | 10,3% | 39 | 9,3% | 19 | 5% | 17 | 4% | 15 | 4% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1975 | | 493 | 136 | 28% | 357 | 72% | | 39 | 7,9% | 49 | 9,9% | 48 | 9,7% | 22 | 4% | 19 | 4% | 16 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1976 | | 577 | 163 | 28% | 414 | 72% | | 47 | 8,1% | 55 | 9,5% | 53 | 9,2% | 27 | 5% | 27 | 5% | 19 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1977 | | 687 | 204 | 30% | 483 | 70% | | 54 | 7,9% | 65 | 9,5% | 64 | 9,3% | 31 | 5% | 32 | 5% | 25 | 4% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1978 | | 848 | 271 | 32% | 577 | 68% | | 62 | 7,3% | 72 | 8,5% | 76 | 9,0% | 36 | 4% | 40 | 5% | 30 | 4% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1979 | | 1022 | 362 | 35% | 660 | 65% | | 67 | 6,6% | 78 | 7,6% | 89 | 8,7% | 36 | 4% | 44 | 4% | 36 | 4% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1980 | | 1220 | 462 | 38% | 758 | 62% | | 76 | 6,2% | 84 | 6,9% | 100 | 8,2% | 46 | 4% | 50 | 4% | 40 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1981 | | 1407 | 591 | 42% | 816 | 58% | | 79 | 5,6% | 88 | 6,3% | 107 | 7,6% | 52 | 4% | 54 | 4% | 43 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1982 | | 1665 | 749 | 45% | 916 | 55% | | 83 | 5,0% | 101 | 6,1% | 116 | 7,0% | 58 | 3% | 61 | 4% | 51 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1983 | | 1962 | 964 | 49% | 998 | 51% | | 91 | 4,6% | 111 | 5,7% | 128 | 6,5% | 63 | 3% | 63 | 3% | 57 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1984 | | 2321 | 1238 | 53% | 1083 | 47% | | 98 | 4,2% | 119 | 5,1% | 139 | 6,0% | 68 | 3% | 75 | 3% | 62 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1985 | | 2713 | 1486 | 55% | 1227 | 45% | | 108 | 4,0% | 135 | 5,0% | 157 | 5,8% | 76 | 3% | 81 | 3% | 73 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1986 | | 3102 | 1738 | 56% | 1364 | 44% | | 116 | 3,7% | 147 | 4,7% | 173 | 5,6% | 77 | 2% | 88 | 3% | 85 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1987 | | 3536 | 1975 | 56% | 1561 | 44% | | 130 | 3,7% | 169 | 4,8% | 192 | 5,4% | 86 | 2% | 94 | 3% | 110 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1988 | | 3988 | 2237 | 56% | 1751 | 44% | | 143 | 3,6% | 199 | 5,0% | 212 | 5,3% | 94 | 2% | 103 | 3% | 124 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |
| 1989 | | 4461 | 2525 | 57% | 1936 | 43% | | 158 | 3,5% | 215 | 4,8% | 238 | 5,3% | 103 | 2% | 114 | 3% | 136 | 3% | | | | | 0,0% | | | 0,0% |

| Spécialité Année | Total | Gén. | % | Spéc. | % | Chir. Gén. | % | Gynéc. | % | Péd. | % | Pneum. | % | Card. | % | Opht. | % | Rhum. | % | Inf. | % | Gér. | % |
|---------------------|-------|------|-----|-------|-----|---------------|------|--------|------|------|------|--------|----|-------|----|-------|----|-------|------|------|------|------|------|
| 1990 | 4856 | 2738 | 56% | 2117 | 44% | 171 | 3,5% | 235 | 4,8% | 263 | 5,4% | 114 | 2% | 121 | 2% | 144 | 3% | 41 | 0,8% | 12 | 0,2% | 54 | 1,1% |
| 1991 | 5227 | 2930 | 56% | 2297 | 44% | 182 | 3,5% | 254 | 4,9% | 277 | 5,3% | 119 | 2% | 133 | 2% | 156 | 3% | 50 | 1,0% | 13 | 0,2% | 55 | 1,1% |
| 1992 | 5668 | 3124 | 55% | 2544 | 45% | 196 | 3,5% | 289 | 5,1% | 310 | 5,5% | 129 | 2% | 130 | 2% | 167 | 3% | 56 | 1,0% | 18 | 0,3% | 61 | 1,1% |
| 1993 | 6109 | 3353 | 55% | 2756 | 45% | 212 | 3,5% | 314 | 5,1% | 331 | 5,4% | 139 | 2% | 138 | 2% | 182 | 3% | 63 | 1,0% | 18 | 0,3% | 66 | 1,1% |
| 1994 | 6493 | 3577 | 55% | 2916 | 45% | 222 | 3,4% | 334 | 5,1% | 346 | 5,3% | 146 | 2% | 143 | 2% | 193 | 3% | 66 | 1,0% | 19 | 0,3% | 70 | 1,1% |
| 1995 | 6948 | 3853 | 55% | 3094 | 45% | 223 | 3,2% | 356 | 5,1% | 370 | 5,3% | 153 | 2% | 150 | 2% | 207 | 3% | 75 | 1,1% | 20 | 0,3% | 77 | 1,1% |
| 1996 | 7392 | 4107 | 56% | 3285 | 44% | 230 | 3,1% | 386 | 5,2% | 395 | 5,3% | 158 | 2% | 165 | 2% | 225 | 3% | 80 | 1,1% | 21 | 0,3% | 80 | 1,1% |
| 1997 | 7879 | 4394 | 56% | 3485 | 44% | 240 | 3,0% | 414 | 5,3% | 413 | 5,2% | 165 | 2% | 175 | 2% | 231 | 3% | 83 | 1,1% | 24 | 0,3% | 84 | 1,1% |
| 1998 | 8402 | 4717 | 56% | 3685 | 44% | 251 | 3,0% | 437 | 5,2% | 438 | 5,2% | 173 | 2% | 183 | 2% | 245 | 3% | 86 | 1,0% | 24 | 0,3% | 90 | 1,1% |
| 1999 | 8907 | 5050 | 57% | 3857 | 43% | 253 | 2,8% | 455 | 5,1% | 452 | 5,1% | 176 | 2% | 189 | 2% | 261 | 3% | 90 | 1,0% | 25 | 0,3% | 97 | 1,2% |
| 2000 | 9354 | 5309 | 57% | 4045 | 43% | 260 | 2,8% | 469 | 5,0% | 455 | 4,9% | 176 | 2% | 197 | 2% | 271 | 3% | 92 | 1,0% | 26 | 0,3% | 108 | 1,2% |
| 2001 | 9977 | 5707 | 57% | 4270 | 43% | 267 | 2,7% | 493 | 4,9% | 467 | 4,7% | 184 | 2% | 204 | 2% | 284 | 3% | 98 | 1,0% | 31 | 0,3% | 118 | 1,2% |
| 2002 | 10563 | 6081 | 58% | 4482 | 42% | 273 | 2,6% | 525 | 5,0% | 484 | 4,6% | 191 | 2% | 210 | 2% | 294 | 3% | 101 | 1,0% | 31 | 0,3% | 123 | 1,1% |
| 2003 | 11199 | 6472 | 58% | 4727 | 42% | 282 | 2,5% | 551 | 4,9% | 497 | 4,4% | 195 | 2% | 221 | 2% | 308 | 3% | 107 | 1,0% | 32 | 0,3% | 125 | 1,1% |
| 2004 | 11924 | 6893 | 58% | 5031 | 42% | 292 | 2,4% | 572 | 4,8% | 524 | 4,4% | 209 | 2% | 240 | 2% | 339 | 3% | 110 | 0,9% | 37 | 0,3% | 129 | 1,0% |
| 2005 | 12643 | 7350 | 58% | 5293 | 42% | 303 | 2,4% | 596 | 4,7% | 543 | 4,3% | 216 | 2% | 255 | 2% | 353 | 3% | 113 | 0,9% | 38 | 0,3% | 129 | 1,0% |
| 2006 | 13347 | 7789 | 58% | 5558 | 42% | 317 | 2,4% | 617 | 4,6% | 555 | 4,2% | 221 | 2% | 273 | 2% | 373 | 3% | 118 | 0,9% | 40 | 0,3% | 130 | 0,9% |
| 2007 | 13979 | 8425 | 60% | 5554 | 40% | 318 | 2,3% | 632 | 4,5% | 563 | 4,0% | 225 | 2% | 280 | 2% | 381 | 3% | 120 | 0,9% | 40 | 0,3% | 130 | 1,1% |

Abréviations employées : Gén. : Généraliste ; Spéc. : Spécialiste ; Chir. Gén. : Chirurgie Générale ; Gyn. : Gynécologie ; Péd. : Pédiatrie ; Pneum : Pneumologie ; Card. : Cardiologie ; Opht. : Ophtalmologie ; Rhum. : Rhumatologie ; Inf. : Infectiologie ; Gér. : Gériatrie.

Figure 1 : Evolution des effectifs des médecins enregistrés au TOM de 1956 à 2007





Répartition des médecins inscrits au TOM par secteur d'exercice et catégorie d'âge au 31/12/2006

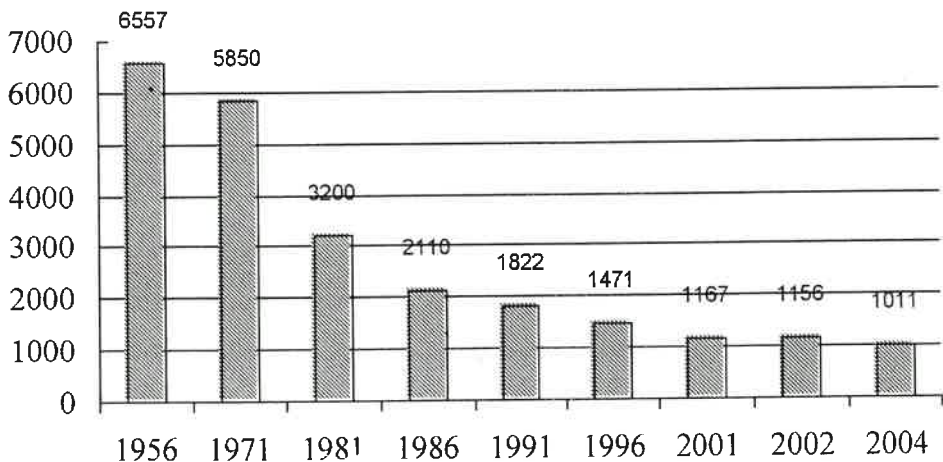
| | Secteurs d'exercices | 25-40 | | | 41-50 | | | 51-60 | | | ≥ 60 ans | | | Total | Total par secteur |
|------------------------------|------------------------|-------|------|-------------|-------|------|-------------|-------|-----|-------------|----------|-----|------------|--------------|-------------------|
| | | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | M | F | Total | | |
| Secteur Public : Min. Santé | Professeur | | | | 78 | 18 | 96 | 149 | 50 | 199 | 35 | 7 | 42 | 337 | 5242 |
| | MCA | 40 | 41 | 81 | 220 | 100 | 320 | 59 | 21 | 80 | 6 | 2 | 8 | 489 | |
| | AHU | 269 | 270 | 539 | 80 | 45 | 125 | 10 | 4 | 14 | | | 0 | 678 | |
| | Médecins des Hôpitaux | | 3 | 3 | 13 | 8 | 21 | 12 | 10 | 22 | | | | 46 | |
| | MSP | | | | | | | | | | | | | | |
| | Généralistes | 256 | 395 | 651 | 768 | 581 | 1349 | 544 | 250 | 794 | 10 | 5 | 15 | 2809 | |
| | Spécialistes | 136 | 165 | 301 | 155 | 154 | 309 | 93 | 45 | 138 | 8 | 8 | 16 | 764 | |
| | Administratifs | | | | | | | | | | | | | | |
| | Généralistes | | 1 | 1 | 7 | 1 | 8 | 40 | 5 | 45 | 2 | | 2 | 56 | |
| | Spécialistes | | | | | | | 2 | 2 | 4 | | | | 4 | |
| Résidents* | 27 | 31 | 58 | 1 | | 1 | | | 0 | | | | 59 | | |
| Secteur Public et Parapublic | Médecin Conseil (CNAM) | | | | | | | | | | | | | 112 | 610 |
| | Spécialistes | | | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | | | 2 | |
| | Généralistes | 18 | 33 | 51 | 29 | 17 | 46 | 12 | 1 | 13 | | | | 110 | |
| | Contractuel | | | | | | | | | | | | | 30 | |
| | Spécialistes | 1 | 1 | 2 | | | | | | | | | | 2 | |
| | Généralistes | 9 | 13 | 22 | 3 | 2 | 5 | | 1 | 1 | | | | 28 | |
| | Salarié | | | | | | | | | | | | | 226 | |
| | Spécialistes | 4 | 6 | 10 | 5 | 13 | 18 | 10 | 10 | 20 | | 4 | 4 | 52 | |
| | Généralistes | 7 | 21 | 28 | 42 | 47 | 89 | 27 | 28 | 55 | 1 | 1 | 2 | 174 | |
| | Travail | | | | | | | | | | | | | 82 | |
| Spécialistes | | | | | | | 3 | 1 | 4 | | | | 4 | | |
| Généralistes | 14 | 21 | 35 | 21 | 11 | 32 | 7 | 4 | 11 | | | | 78 | | |
| Militaire | | | | | | | | | | | | | 160 | | |
| Spécialistes | 12 | 8 | 20 | 35 | 6 | 41 | 19 | | 19 | 2 | | 2 | 82 | | |
| Généralistes | | | | 56 | 6 | 62 | 14 | 2 | 16 | | | | 78 | | |
| Secteur privé | Délégué Médical | 20 | 18 | 38 | 29 | 7 | 36 | | | | | | | 74 | 5202 |
| | Libre pratique | | | | | | | | | | | | | 5128 | |
| | Généralistes | 567 | 367 | 934 | 594 | 183 | 777 | 582 | 48 | 630 | 133 | 7 | 140 | 2481 | |
| Spécialistes | 390 | 241 | 631 | 849 | 167 | 1016 | 601 | 70 | 671 | 312 | 17 | 329 | 2647 | | |
| Divers | Radié | | | | | | | | | | | | | 27 | 2320 |
| | Spécialistes | | | | 3 | 2 | 5 | 6 | 1 | 7 | 3 | | 3 | 15 | |
| | Généralistes | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 3 | | 3 | 12 | |
| | Retraité | | | | | | | | | | | | | 129 | |
| | Spécialistes | | | | | | | 2 | | 2 | 62 | 17 | 79 | 81 | |
| | Généralistes | | | | | | | | | | 33 | 15 | 48 | 48 | |
| | A l'Etranger | | | | | | | | | | | | | 199 | |
| | Spécialistes | 17 | 11 | 28 | 21 | 4 | 25 | 20 | 4 | 24 | 8 | | 8 | 85 | |
| Généralistes | 21 | 15 | 36 | 42 | 7 | 49 | 19 | 5 | 24 | 5 | | 5 | 114 | | |
| Sans activité | | | | | | | | | | | | | 1965 | | |
| Spécialistes | 99 | 107 | 206 | 38 | 18 | 56 | 17 | 4 | 21 | 3 | | 3 | 286 | | |
| Généralistes | 523 | 866 | 1389 | 138 | 100 | 238 | 34 | 17 | 51 | 1 | | 1 | 1679 | | |
| Total Général | | | | 5066 | | | 4729 | | | 2869 | | | 710 | 13347 | |

TABLEAU V
HABITANTS PAR MEDECIN: EVOLUTION DE 1956 A 2004

| Année | Nombre d'Habitants/médecin |
|--------------|-----------------------------------|
| 1956 | 6557 |
| 1971 | 5850 |
| 1981 | 3200 |
| 1986 | 2110 |
| 1991 | 1822 |
| 1996 | 1471 |
| 2001 | 1167 |
| 2002 | 1156 |
| 2004 | 1011 |

Figure 2

Nombre d'Habitants/médecins



Annexe I
Répartition des médecins selon la région et la nationalité
Année 1981

(Source Annuaire statistique de la Tunisie 1981 ; M. Boukhris ; Démographie Médicale en Tunisie ; Maghreb informations Médicales)

| Indicateurs région | Médecins tunisiens | | Médecins étrangers | Population | Densité globale |
|--------------------------|--------------------|-------|--------------------|------------|-----------------|
| | Public | Privé | | | |
| District de Tunis | 453 | 325 | 61 | 1.147.400 | 1.379 |
| | 778 | | | | |
| Nord Est | 113 | 42 | 65 | 1.055.800 | 4.957 |
| | 155 | | | | |
| Nord Ouest | 37 | 24 | 77 | 1.095.200 | 7.994 |
| | 61 | | | | |
| Centre Est | 186 | 72 | 112 | 1.382.800 | 3.601 |
| | 258 | | | | |
| Centre Ouest | 17 | 10 | 53 | 944.500 | 11.380 |
| | 27 | | | | |
| Sud Est | 32 | 21 | 47 | 655.900 | 6.693 |
| | 53 | | | | |
| Sud Ouest | 10 | 8 | 37 | 284.100 | 5.261 |
| | 18 | | | | |
| Tunisie | 1350* | | 452 | 6.565.700 | 3.646 |

*Le nombre de médecins inscrits à l'Ordre est 1407

Annexe I bis
Répartition des médecins selon la région en 1988
(source : Thèse Laamouri)

| | Généralistes Publics | Généralistes Privés | Généralistes Total | Spécialistes Publics | Spécialistes Privés | Spécialistes Total | Total* | Population |
|--------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------------|--------------------|-------------|-----------------|
| District de Tunis | 216 | 389 | 605 | 521 | 292 | 813 | 1418 | 1.620.792 |
| Nord Est | 147 | 130 | 277 | 62 | 47 | 109 | 386 | 1.062.864 |
| Nord Ouest | 140 | 83 | 223 | 22 | 12 | 34 | 257 | 1.171.585 |
| Centre Est | 240 | 180 | 420 | 245 | 145 | 390 | 810 | 1.603.338 |
| Centre Ouest | 144 | 54 | 198 | 19 | 9 | 28 | 226 | 1.127.642 |
| Sud Est | 99 | 63 | 162 | 18 | 24 | 42 | 204 | 727.208 |
| Sud Ouest | 75 | 29 | 104 | 3 | 7 | 10 | 114 | 450.900 |
| Tunisie | 1061 | 928 | 1989 | 890 | 535 | 1425 | 3414 | 7.767329 |

* Le nombre de médecins inscrits à l'Ordre fin 1988 est de 3988

Annexe II
Effectifs des médecins par contrôle civil 1947-1956
(source : annuaire statistique de la Tunisie 1960-1970)

| Contrôles civils de | 1947 | | | 1955 | | |
|---------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| | Nombre de médecins | Nombre d'habitants / médecin | Nombre de médecins pour 100.000 hab. | Nombre de médecins | Nombre d'habitants / médecin | Nombre de médecins pour 100.000 hab. |
| Tunis | 286 | 17.000 | 6,0 | 360 | 21.000 | 5,0 |
| Zaghouan | 4 | | | | | |
| Sfax | 48 | 6.000 | 16 | 36 | 9.400 | 10,0 |
| Bizerte | 39 | 6.000 | 16 | 33 | 7.800 | 13,0 |
| Béja | 6 | 18.000 | 5,5 | 13 | 19.200 | 5,0 |
| Medjez | 3 | | | | | |
| Jendouba | 6 | 16.000 | 6 | 10 | 19.600 | 5,0 |
| Tabarka | 4 | | | | | |
| Le Kef | 15 | 16.000 | 6 | 16 | 16.600 | 6,0 |
| Teboursouk, | 2 | | | | | |
| Makthar | 2 | | | | | |
| Kasserine | 2 | 62.000 | 1,6 | 3 | 54.700 | 2,0 |
| Gafsa | 10 | 17.000 | 6 | 12 | 25.000 | 4,0 |
| Tozeur | 2 | | | | | |
| Médenine | 6 | 30.000 | 3,3 | 4 | 43.200 | 2,3 |
| Djerba | 3 | | | | | |
| Gabès | 8 | 12.000 | 8,3 | 8 | 24.000 | 4,0 |
| Kairouan | 9 | 20.000 | 5,0 | 8 | 25.600 | 4,0 |
| Grombalia | 14 | 17.000 | 7,0 | 15 | 20.000 | 5,0 |
| Sousse | 52 | 7.000 | 14,0 | 37 | 12.000 | 5,0 |
| Mahdia | 3 | | | | | |
| Tunisie | 524 | 6.300 | 16 | 555 ¹ | 6.100 | 16 |

Annexe III
Répartition des médecins selon la région et la qualification : Année 1968
(source : annuaire statistique de la Tunisie 1960-1970)

| | Médecins Généralistes | Médecins spécialistes | Population | Densités en généralistes | Densités en spécialistes |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| District de Tunis | 162 | 112 | 657.600 | 4.059 | 5.871 |
| Nord Est | 24 | 12 | 541.000 | 22.542 | 45.083 |
| Nord Ouest | 25 | 10 | 798.100 | 31.924 | 79.810 |
| Centre Est | 42 | 32 | 903.900 | 21.521 | 28.247 |
| Centre Ouest | 11 | 5 | 432.400 | 39.309 | 86.480 |
| Sud Est | 15 | 7 | 482.000 | 32.133 | 68.857 |
| Sud Ouest | 11 | 3 | 285.600 | 25.964 | 95.200 |
| Tunisie | 290 ¹⁵ | 181 ¹⁶ | 4.059.200 | 13.949 | 22.427 |

¹⁵ Le nombre de médecins enregistrés au tableau de l'Ordre en 1956 est de 51

¹⁶ Les médecins enregistrés par le tableau de l'Ordre sont au nombre de 155 (alors que l'annuaire statistique de la Tunisie en recense 471).

III- L'EXERCICE DE LA MEDECINE : STATUTS PARTICULIERS DES CORPS DE MEDECINS EXERÇANT DANS LE SECTEUR PUBLIC

*Moncef Gargouri: ancien Directeur Général
au Ministère de la Santé Publique*

☉ *Un médecin peut exercer sa profession: dans un établissement de soins; dans un cabinet; dans un laboratoire de biologie médicale; dans le cadre de la médecine sociale, ou de contrôle ou d'inspection ou d'expertise. Quelque soit la modalité de l'exercice choisie – dans le secteur libéral, dans la fonction publique ou en tant que salarié – le médecin est tenu de respecter les règles édictées par le code de déontologie. Outre le code de déontologie, l'activité médicale est régie par des dispositions (rassemblées dans une législation, ou une réglementation) spécifiques à tel ou tel corps de praticiens. Il en est ainsi pour les médecins exerçant dans le secteur public (Ministère de la Santé Publique) dont l'évolution des statuts fait l'objet d'une mise au point par Moncef Gargouri, ancien haut cadre du Ministère de la Santé Publique, en charge des ressources humaines du département ☉*

Dès son accession à l'indépendance en 1956, la Tunisie a opté pour une stratégie accordant une place privilégiée à l'action socio-éducative et sanitaire. Cette politique a été poursuivie et renforcée après le CHANGEMENT intervenu en Novembre 1987. Les réalisations enregistrées, ont dépassé, selon l'avis des spécialistes tunisiens et étrangers, toutes les prévisions. La couverture sanitaire intéresse la quasi-totalité des couches sociales, y compris dans les zones les plus reculées et les plus démunies.

Outre les soins de base, des prestations plus sophistiquées, sont assurées aux citoyens tunisiens, ainsi qu'aux patients venant de pays étrangers voisins ou plus lointains. Cette diversification des services s'est accompagnée de l'amélioration de leur qualité et de leur sécurité.

Comment la Tunisie est-elle parvenue à cette situation ? Comment le « système médical tunisien » a-t-il pu se développer en peu de temps pour accéder à la place qu'il occupe actuellement ?

Sans doute, cela n'a pas été le fait du hasard. Plusieurs facteurs ont contribué à cette réussite parmi lesquelles on peut citer ce qui me semble le plus important, à savoir la formation solide assurée aux médecins et l'adoption pour ce corps de personnel d'un schéma de déroulement de carrière judicieux.

Aussi, est-il proposé de passer en revue les principales dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de la fonction de médecin dans le secteur public. Mais avant d'aborder ce sujet, deux remarques doivent être faites :

1. La première a trait au cadre institutionnel de la déontologie médicale, mis en place aussitôt que fut constitué le premier Gouvernement né à la suite de la proclamation du régime républicain. En effet, moins d'un an après cet événement politique, soit le 15 Mars 1958, parut au Journal Officiel de la République Tunisienne, la première loi relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de vétérinaire « loi n° 58-38 du 15 Mars 1958 ». Ce n'est qu'en 1991, que cette loi sera actualisée, actualisation rendue nécessaire par l'évolution du secteur de santé; (loi n° 91 -21 du 13 Mars 1991); toutefois les principes fondamentaux fixés dans la première

législation ont été maintenus. Ainsi le premier texte de loi pris en 1958, a eu un impact direct sur les grandes orientations qui ont été prises plus tard dans l'élaboration des différents statuts régissant la fonction de médecin, qu'elle soit exercée dans le secteur public ou privé.

2. La deuxième remarque concerne le choix du cadre juridique définissant le Statut Général des médecins relevant de la fonction publique. En effet, le premier Statut Général qui a été adopté en Tunisie après la sortie de la première promotion de la Faculté de Médecine de Tunis, a été pris sous forme d'une loi (loi n° 70-40 du 14 Août 1970). Celle-ci a été modifiée par la suite, avec maintien de l'option légale, notamment par la loi n° 76-64 du 12 Juillet 1976 relative à l'organisation des carrières médicales en Tunisie.

Ce choix montre à quel point, les institutions politiques du pays, ont voulu dès le départ, fixer pour les médecins exerçant dans le secteur public, un statut durable qui ne peut faire l'objet de modifications sans passer par le pouvoir législatif.

Certes, ces lois ont été supprimées en 1988, pour soumettre le corps médical au Statut Général de la Fonction Publique, fixé par la loi n° 83-112 du 12 Décembre 1983 ; mais ce statut a prévu en son article 2 la possibilité de déroger à certaines de ses dispositions par voie réglementaire tant en ce qui concerne les médecins que d'autres corps particuliers de fonctionnaires.

En outre, la loi 88-36 du 3 Mai 1988 censée abroger des lois sur les carrières médicales maintient en vigueur les dispositions antérieures régissant ce corps de personnel tant qu'elles n'auront pas été remplacées par de nouvelles dispositions. L'article 3 de ladite loi dispose « les textes réglementaires applicables aux corps des médecins..., demeurent provisoirement en vigueur jusqu'à la date de publication des textes réglementaires les remplaçant et pris en application des dispositions de la loi n° 83-112 du 12 Décembre 1983 ».

Curieusement, nous constatons qu'à ce jour, le décret n° 77-732 du 9 Septembre 1977 portant Statut du Personnel Médical Hospitalo-universitaire, pris en application de la loi n° 76-64 du 12 Juillet 1976 relative à l'organisation des carrières médicales, n'a pas été remplacé au sens des dispositions de la loi précitée du 3 Mai 1988. Seul le corps des Médecins Hospitalo-sanitaires a connu un nouveau statut, marquant ainsi, son détachement par rapport aux anciens textes.

Cela nous amène maintenant à l'analyse détaillée des principales dispositions régissant les différents corps de médecins employés dans le secteur public.

LOI N°70-40 DU 14 AOUT 1970 RELATIVE A L'ORGANISATION DES CARRIERES MEDICALES EN TUNISIE

La publication de la loi de 1970 a été suivie, une année plus tard, par l'adoption d'une série de textes réglementaires pris en son application. Parmi lesquelles on peut citer :

- le décret n°71-232 du 16 juin 1971 portant statut du Personnel Médical Hospitalo-universitaire;
- le décret n°71-231 du 16 Juin 1971 portant statut du Personnel Médical Hospitalo-sanitaire;
- le décret n°71-235 du 16 Juin 1971 portant statut des Stagiaires Internés et des Résidents...

Cette loi avait pour but de fixer le cadre général pour la définition des statuts régissant les différents corps de médecins employés dans les structures du Ministère de la Santé Publique. Elle précisait d'une manière très détaillée le déroulement des carrières médicales, du stage interné jusqu'au grade le plus élevé dans la hiérarchie des fonctions de médecins de la santé publique.

Malgré les modifications qui se sont succédés après son adoption en 1970 et jusqu'à

sa suppression en 1988, les grands axes sur lesquels elle reposait, sont toujours une référence importante dans la législation régissant le corps médical.

La lecture des dispositions contenues dans ce texte de loi, permet d'identifier des points essentiels, présentés dans ce qui suit.

1. Institution du stage interné

Le stage interné en médecine créé pour la première fois en 1970, consiste à astreindre les étudiants qui ont accompli avec succès la cinquième (5^{ème}) année de médecine, à effectuer un stage dans les structures universitaires, d'une durée de deux ans, répartis sur quatre semestres.

Bien que coûteux pour l'Etat, vu qu'il est rémunéré, sa durée a été maintenue jusqu'ici en raison de son utilité aussi bien sur le plan pédagogique que sur celui des prestations fournies au secteur de la santé publique. Pendant plusieurs années, le Ministère de la Santé Publique recourait aux services des stagiaires internés pour assurer l'intérim des fonctions de médecin de la santé publique à l'intérieur du pays où le besoin se faisait durement sentir.

2. Création du résidanat:

Il s'agissait à l'époque, d'une expérience nouvelle. Les stagiaires internés qui ont satisfait à leurs examens (de cliniques), pouvaient accéder, s'ils le voulaient – sans concours –, à ce régime dont la durée était limitée à trois ans. La loi précisait les critères d'affectation et de rotation, (parmi lesquels le classement et l'ancienneté) pour accomplir les différentes étapes nécessaires à la formation en tant que médecin spécialiste et éventuellement participer au concours d'assistantat, étape initiale d'une carrière universitaire.

Le résidanat créé par la loi de 1970, a été consolidé par la suite (voir plus loin au chapitre II), l'accès ne sera plus libre à partir de 1976, et a lieu sur concours ; la durée a été prolongée d'une année.

3. Régime d'exercice :

La notion de plein temps est requise pour le personnel médical relevant de la fonction publique et plus particulièrement pour le corps hospitalo-universitaire voué aux soins, à la recherche et à l'enseignement. Les expériences vécues avant 1970 toléraient aux médecins ayant des cabinets privés, d'être recrutés dans les hôpitaux publics.

La loi de 1970 a donc énoncé le principe du régime du plein temps pour les cadres Hospitalo-universitaires afin de garantir une disponibilité plus grande à ce corps leur permettant d'accomplir leurs diverses tâches dans les meilleures conditions possibles. Cependant, pour tenir compte de certaines situations d'ordre surtout personnel, des mesures spéciales ont été préconisées, soit dans le cadre des dispositions transitoires, soit même au niveau des dispositions permanentes et ce en créant l'option du plein temps aménagé (PTA) : une manière de permettre aux médecins agrégés et aux assistants de répondre à l'appel de la clientèle privée, évidemment sous certaines conditions énumérées dans les textes applicables à ces personnels.

Quant au régime d'exercice à mi-temps, il n'était possible que pour les assistants hospitalo-sanitaires. Dans ce cas, ils perdaient la qualité de fonctionnaire.

4. Choix des carrières médicales et lieu d'exercice

La loi de 1970 énonce le principe du libre choix par les étudiants en médecine de suivre l'une des trois carrières suivantes :

- carrière hospitalo-universitaire
- carrière hospitalo-sanitaire
- libre pratique

Les conditions et les modalités d'accès à l'un de ces 3 modes d'exercice, sont définies par la loi.

Sauf rares exceptions qui seront mentionnées plus loin, ce schéma reste valable jusqu'à nos jours. La loi et ses textes d'application, disposent expressément que les cadres universitaires exercent leurs fonctions dans les facultés de médecine, les hôpitaux, les structures et services universitaires, siège de faculté. Le personnel hospitalo-sanitaire est quant à lui appelé à travailler dans les structures non universitaires.

5. Evolution de carrière.

Selon la loi de 1970, toute nomination ou promotion dans l'un des grades prévus pour chaque corps, obéit à une sélection, le concours sur épreuves étant la règle; le nombre des sessions auxquelles les candidats ont droit, est limité et l'âge maximum permettant l'accès aux concours universitaires, est statutairement fixé (40 ans pour l'assistantat et 50 ans pour l'agrégation). Des jurys constitués selon des modalités précises et pouvant comprendre, en cas de besoin, des membres étrangers, veillent au déroulement des concours de la manière la plus juste possible.

Tels sont donc les principaux axes qui ont été retenus dans la loi de 1970 qui fixe les statuts des médecins publics. Nous retrouvons dans la majorité des textes de lois et règlements qui ont été adoptés après cette date, à peu près les mêmes principes. Des modifications qui sont plutôt des mesures d'adaptation à l'évolution normale du secteur, ont été introduites d'année en année et qui n'ont fait que renforcer davantage les moyens qui garantissent la qualité de la pratique médicale à tous les niveaux.

Nous passons maintenant à l'examen de la deuxième loi sur les carrières médicales, qui a remplacé la loi précédente de 1970.

LOI N°76-64 DU 12 JUILLET 1976 RELATIVE A L'ORGANISATION DES CARRIERES MEDICALES EN TUNISIE

La loi de 1976 a été adoptée après que deux nouvelles facultés de médecine furent créées à Sousse et à Sfax. Le nombre d'étudiants en médecine a été doublé.

Cette loi confirme les acquis de 1970 ; en outre elle institue de nouvelles mesures, destinées à mieux soutenir le système. Ainsi de :

1. L'institution, à partir de 1977, d'un concours pour l'accès au Résidanat, (voie unique pour la spécialisation) ; les candidats au dit concours devant justifier de deux semestres de stage interné, dûment accomplis et réussir aux examens de clinique.
2. La durée du résidanat, prolongée d'une année (4 ans au lieu de 3).
3. L'institution du diplôme de spécialité en médecine après l'accomplissement du cycle de résidanat et après la participation avec succès à un examen prévu à cet effet.

La mise en application de ces mesures s'est heurtée à une vive opposition des étudiants ; une fois ces tensions apaisées le nouveau système fonctionne normalement et comme prévu jusqu'à ce jour.

D'autres nouvelles dispositions ont été adoptées dans le cadre de la loi de 1976 mais qui n'ont jamais été appliquées puisqu'elles ont été rapidement modifiées. Il s'agit de la création du grade de Maître Assistant et de la réduction de la durée du stage interné (trois semestres au lieu de quatre). Les articles 3 et 9 nouveaux du décret-loi n°80-3 du 15 août 1980 ont prévu respectivement le rétablissement de la durée de deux ans pour le stage interné et la suppression du grade de Maître-assistant pour le corps Hospitalo-universitaire.

Par ailleurs, la loi de 1976 a apporté de nouvelles précisions concernant le mode

d'exercice applicable à tous les medecins. Le plein temps intégral (PTI) pour toutes les carrières médicales, devient la règle ; le plein temps aménagé (PTA) ne pouvant plus être accordé qu'aux professeurs et aux maîtres de conférences agrégés; le mi-temps qui était en vigueur pour le personnel médical hospitalo-sanitaire a été supprimé (sauf à titre personnel pour ceux qui l'exercent à la date de publication de la loi).

Enfin, il y a lieu de signaler que le chapitre relatif à des dispositions transitoires, n'est pas abordé dans cette étude, s'agissant de mesures limitées dans le temps et qui ont porté essentiellement sur la constitution initiale des cadres des nouvelles facultés de médecine. Les dispositions transitoires prévues par les lois de 1970 et de 1976, ont été complétées par un dernier chapitre intéressant la faculté de médecine de Monastir et qui a été adopté par la loi n° 81-8 du 18 Février 1981.

Après l'analyse de ces deux premiers textes de loi sur les carrières médicales et qui ont été abrogés en Août 1988 pour confier aux décrets règlementaires la tâche de définir les dispositions particulières régissant les médecins du secteur public, il est proposé maintenant d'examiner les textes portant statuts des différents corps que compte ce personnel.

STATUT PARTICULIER DU PERSONNEL MEDICAL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

1. Décret n° 71-232 du 16 Juin 1971 :

Le premier statut du personnel médical hospitalo-universitaire est celui qui a été fixé par le décret n° 71-232 du 16 Juin 1971 pris en application de la loi n° 70-40 du 14 Août 1970.

Ce texte comprend trois titres :

Le premier est consacré aux dispositions générales énumérant en particulier les trois (3) grades prévus pour le corps universitaire (Professeur, Maître de Conférences Agrégé et Assistant) et précisant les fonctions, le lieu et le mode d'exercice pour ces personnels. La notion de plein temps aménagé a été définie, ce dernier pouvant être accordée aux professeurs, Maîtres de Conférences Agrégés et Assistants (à raison de plusieurs séances totalisant au maximum 6 heures par semaine).

Le deuxième titre comprend huit chapitres dont la plupart concernent des mesures générales applicables aux agents de la fonction publique (position administrative, congés, discipline, etc...). D'autres mesures se rapportent aux conditions de recrutement: concours sur épreuves pour les MCA et les assistants, ces derniers ne pouvant passer plus de 3 concours consécutifs au bout desquels et en cas d'échec, ils quittent la voie universitaire. De plus l'âge maximum pour l'accès à ces deux grades a été limité respectivement à 50 ans et 40 ans. Enfin au chapitre 8, une limite d'âge d'exercice dans la fonction publique est fixée à 65 ans pour les professeurs et les MCA.

Le dernier titre réservé aux dispositions transitoires porte notamment sur les modalités de régularisation des situations du personnel en fonction à la date de la parution du nouveau statut et ce compte tenu des nouvelles dispositions qui y sont prévues.

2. Décret n° 77-732 du 9 Septembre 1977

A la suite de l'adoption de la loi n°76-64 du 12 Juillet 1976 qui a remplacé la loi n° 70-40 du 14 Août 1970 relative à l'organisation des carrières médicales, un décret sous le numéro 77-732 du 9 Septembre 1977, a été publié pour fixer le nouveau statut du personnel médical hospitalo-universitaire. Ce texte remplace le décret n° 71-232 du 16 Juin 1971.

Depuis son adoption en 1977, il a subi de nombreuses modifications dont certaines ont eu lieu alors que la loi sur les carrières médicales (1976) était encore en vigueur ; d'autres sont intervenues après sa suppression (3 Mai 1988).

En attendant sa refonte, comme l'exige la loi de Mai 1988, le statut du Personnel Médical Hospitalo-universitaire est régi actuellement par l'ensemble des textes ci-après :

- Décret n° 77-732 du 9 Septembre 1977, tel que modifié ou complété par:
 - o Décret n°81-542 du 25.4.1981
 - o Décret n°88-986 du 2.6.1988
 - o Décret n°92-1013 du 25.5.1992
 - o Décret n°93-1350 du 14.6.1993
 - o Décret n°94-2160 du 17.10.1994
 - o Décret n°95-1634 du 4.9.1995
 - o Décret n°98-2121 du 21.10.1998

D'autres dispositions réglementaires applicables au Personnel Médical Hospitalo-universitaire, ont été prises dans le cadre d'autres textes, intéressant divers corps de personnels (médicaux et juxta médicaux) et qui sont :

- le Décret n° 89-1228 du 25 Août 1989 fixant la durée de l'emploi fonctionnel des personnels médicaux et juxta médicaux à 5 ans au maximum.
- le Décret n° 93-1351 du 14 Juin 1993 (articles 8 et 9) permettant aux assistants hospitalo-universitaires d'être intégrés dans des grades hospitalo-sanitaires.
- le Décret n° 89-296 du 15 Février 1989 fixant le statut du corps médical des hôpitaux (article 10), donnant la possibilité aux assistants hospitalo-universitaires de participer aux concours de recrutement de Médecins des Hôpitaux.

L'étude des principales dispositions du décret n° 77-732 du 9 Septembre 1977 portant statut du personnel médical hospitalo-universitaire et des textes qui l'ont modifié ou complété, permet d'apporter les précisions suivantes :

1. Le statut du personnel médical hospitalo-universitaire maintient les mêmes fonctions qui sont à la charge de ce corps de personnel (enseignement, recherche, soins, etc) ainsi que le lieu d'exercice de leurs activités (structures à vocation strictement universitaire).

2. Le mode d'exercice est toujours le plein temps. Toutefois ce régime a connu diverses applications.

Au départ et en se référant à la loi de 1976 sur les carrières médicales, le plein temps pouvait être exercé sous la forme du plein temps intégral (PTI) ou du plein temps aménagé (PTA). Dans ce dernier cas, seuls les professeurs et les maîtres de conférences agrégés pouvaient être autorisés à l'exercer, selon des modalités précises (2 après-midi par semaine dans un local dûment autorisé en dehors des hôpitaux publics, etc).

A compter du 1^{er} Août 1988, par décret n° 88-986 du 2 Juin 1988, le plein temps aménagé a été supprimé (article 28 bis). Cette mesure a été accompagnée par une revalorisation importante du salaire des professeurs et maîtres de conférences agrégés (augmentation substantielle de l'indemnité de non clientèle accordée à ce corps).

En 1995, un décret pris sous le n° 95-1634 en date du 4 septembre 1995 a institué l'activité privée complémentaire (APC) pouvant être accordée aux médecins nommés MC agrégés depuis 5 ans au moins. Ils perdent dans ce cas l'indemnité de non clientèle et ils assurent leurs activités privées à raison de 2 après-midi dont l'une est réservée aux consultations (dans l'hôpital) et l'autre à l'hospitalisation (dans une clinique dûment agréée).

L'activité privée complémentaire (APC) a fait récemment l'objet d'une modification qui a notamment remplacé la mesure de suppression de l'indemnité de non clientèle par une retenue de 20 % de son montant.

3. La loi des cadres du personnel médical hospitalo-universitaire prévoyait initialement

quatre grades (Professeur, MCA, Maître Assistant et Assistant), selon l'article 2 du décret n° 77-732 du 9 Septembre 1977.

Toutefois le grade de Maître Assistant a été supprimé, avant qu'il ne soit procédé à son application (article 2 nouveau du décret n° 81 - 541 du 25Avril1981).

4. Le nombre de sessions accordées aux assistants pour participer aux concours d'agrégation, a été fixé à 3 par le statut de 1977. En 1981 ce nombre a été porté à 4 (décret n° 81-541 du 25 Avril 1981).

Quant au nombre de sessions prévues pour les candidats à l'assistantat, il est toujours fixé à 3.

5. La mesure qui prévoyait la radiation de la loi des cadres en cas d'échec à l'agrégation au bout des sessions légales, a été abolie en 1993 (décret n° 93-1351 du 14 Juin 1993). De ce fait, les assistants qui peuvent se trouver dans cette situation, ont désormais la possibilité d'être intégrés dans le grade de médecin spécialiste ou de médecin spécialiste principal, selon leur ancienneté.

Le reste des dispositions du statut de 1977, n'appelle pas de commentaire particulier en dehors de la remarque suivante : le statut du personnel médical hospitalo-universitaire fixé par le décret n°77-732 du 9-9-1977 et les textes qui l'ont modifié ou complété, est officiellement le seul texte en vigueur à l'heure actuelle. Or ce texte ne fait aucune mention aux modalités de conclusion de conventions médicales ou d'accomplissement d'expertises médicales.

Enfin, nous ne pouvons que formuler l'espoir qu'un décret unique fixant le statut du personnel médical Hospitalo-universitaire, soit adopté de façon urgente, pour se conformer d'abord aux prescriptions de la loi n°88-3 du 3 Mai 1988 sur les carrières médicales et ensuite pour combler le vide juridique constaté au niveau de certaines dispositions mentionnées ci-dessus.

STATUT DU PERSONNEL MEDICAL HOSPITALO-SANITAIRE

1. Décret n°71-233 du 16 Juin 1971 portant statut du Personnel Médical Hospitalo-sanitaire. En application de la loi de 1970 sur les carrières médicales, un statut régissant les médecins Hospitalo-Sanitaires a été adopté. Il est fixé par le décret n°71-233 du 16Juin 1971.

Ce texte, pris dans le contexte de l'époque, marqué par le manque notoire de médecins généralistes et spécialistes dans toutes les régions du pays, a prévu des mesures beaucoup plus souples que celles régissant les médecins universitaires.

C'est ainsi que, tout en favorisant implicitement le régime du plein temps, le décret de 1971 permet l'exercice à mi-temps. De plus, il autorise les médecins exerçant à plein temps à consulter à titre privé, voire à ouvrir momentanément des cabinets en ville, et ce sous certaines conditions.

Le personnel médical hospitalo-sanitaire, appelé à exercer ses fonctions à plein temps dans les structures non universitaires, peut occuper les grades suivants :

- Assistant des Hôpitaux principaux non universitaires
- Assistant des autres formations
- Chef de service des Hôpitaux principaux non universitaires
- Chef de service des autres formations.

Des postes « Grade-fonction » sont donc prévus pour certains cadres hospitalo-sanitaires, remplissant des conditions précises (être ancien AHU ou candidat ayant obtenu la moyenne limite inférieure au concours d'assistantat).

Dans l'article 4, sont précisées les fonctions qui incombent au personnel employé à plein temps (soins, participation au service de garde ...) et assurées à raison de 36H.

par semaine réparties sur six jours ouvrables.

Le personnel médical employé à mi-temps assure 3 heures de travail par jour ouvrable.

Quant au recrutement du personnel médical exerçant à plein temps, il a lieu par voie de concours sur titres pour le grade d'Assistant Hospitalo-sanitaire des hôpitaux régionaux; pour les 3 autres grades, les nominations sont effectuées au choix, selon des conditions et des modalités précises.

Des nominations, à titre temporaire, peuvent avoir lieu pour les docteurs en médecine récemment diplômés qui souhaitent exercer à plein temps et ce dans l'attente d'ouverture d'un concours de recrutement. Cette possibilité est accordée également à ceux qui optent pour l'exercice à mi-temps.

Le reste des dispositions du statut, porte sur le déroulement de la carrière des médecins Hospitalo-sanitaires sur le plan administratif fixé par référence au Statut Général de la Fonction Publique en vigueur à cette date (loi n° 68-12 du 3 Juin 1968) et qui ne soulève pas de remarques particulières.

2. Décret n°77-643 du 5 Août 1977 portant statut du Personnel Médical Hospitalo-sanitaire, pris en application de la loi n°76- du 12 Juillet 1976, relative à l'organisation des carrières médicales.

Ce texte qui a remplacé l'ancien statut de ce corps de personnel fixé par le décret n°71-233 du 16/6/1971, annonce dans son article premier que l'exercice des fonctions de médecin hospitalo-sanitaire est à plein temps. Il a lieu dans les structures non universitaires.

Les grades qui forment le corps Hospitalo-sanitaire sont devenus les suivants :

- Médecin de la Santé Publique
- Médecin Principal de la Santé Publique
- Médecin Spécialiste de la Santé Publique
- Médecin Spécialiste Principal de la Santé Publique

Tous ces grades sont accessibles par voie de concours selon des modalités fixées par arrêté.

Le nouveau décret prévoit également la séparation entre la fonction de chef de service et le grade ; l'emploi fonctionnel peut être attribué aux médecins justifiant de certaines conditions.

Concernant l'horaire de travail et sa répartition, les missions dont les médecins hospitalo-sanitaires sont chargées ainsi que les dispositions générales relatives au déroulement de la carrière, les mesures prévues par l'ancien statut demeurent applicables. Il en est de même pour les dispositions relatives au recrutement des nouveaux médecins à titre temporaire.

Par ailleurs, les possibilités de consultations en dehors de l'hôpital deviennent très limitées. Désormais, elles ne peuvent avoir lieu que dans le cas où il n'y a pas de praticiens installés dans la localité où exerce le médecin Hospitalo-sanitaire.

Dans le chapitre des dispositions transitoires sont précisées les conditions de reclassement dans les nouveaux grades ainsi qu'une disposition relative au maintien dans les fonctions de chef de service pour ceux qui en sont nantis à la date de publication du nouveau statut.

3. Décret n°91-230 du 4 Février 1991 portant statut du personnel médical Hospitalo-sanitaire, actuellement en vigueur.

Comme il a été signalé précédemment la loi n°88-36 du 3 Mai 1988 qui a abrogé les lois de 1970 et 1976 sur les carrières médicales, a appelé à fixer de nouveaux statuts pour les différents corps de médecins du secteur public, en se référant aux dispositions

du Statut Général de la Fonction Publique (loi n°83-112 du 12 Décembre 1983). Dans ce cadre, le décret n°91-230 du 4 Février 1991 a été adopté pour définir les nouvelles dispositions régissant le corps des médecins hospitalo-sanitaires. Ce texte reprend à peu près ce qui était prévu par le statut de 1977 notamment en ce qui concerne les points suivants :

- Le régime d'exercice, à savoir le plein temps
- L'exercice, exclusivement dans les formations non universitaires
- Les missions qui incombent aux médecins appartenant à ce corps et l'horaire de travail à laquelle ils sont astreints (36H au moins par semaine) ;
- La possibilité d'occuper l'emploi fonctionnel de Chef de Service sous certaines conditions ;
- La nomination aux postes de médecin de la santé publique et de médecin spécialiste de la santé publique à titre temporaire, dans l'attente d'ouverture de concours de recrutement ;
- L'autorisation d'effectuer des visites au domicile des malades en dehors des horaires de service au cas où il n'y a pas de médecins privés installés dans la même localité.

Les nouvelles mesures adoptées par le statut de 1991 sont les suivantes

- Possibilité pour les médecins du corps hospitalo-sanitaires, de conclure des conventions médicales (2 au maximum) et d'accomplir des expertises médicales rétribuées.
- Création d'un 5^{ème} grade, celui de médecin major de la santé publique dont l'accès a lieu par concours sur épreuves.
- Obligation pour les médecins de la santé publique et les médecins spécialistes de la santé publique, nouvellement recrutés, d'exercer pendant deux ans dans les régions déclarées prioritaires.

D'autres dispositions concernant le corps des médecins hospitalo-sanitaires, ont été adoptées, soit par des décrets communs avec d'autres corps, soit par des décrets modifiant ou complétant le statut de 1991. Il s'agit des décrets suivants :

- Le décret n° 89-1228 du 25 Août 1989 applicable à tous les corps médicaux et juxta médicaux et qui limite la durée d'exercice de la fonction de chef de service hospitalier à 5 ans maximum.
- Décret n° 93-1351 du 14 Juin 1993 modifiant le décret n°91-230 du 4 Février 1991 permettant aux assistants hospitalo-universitaires d'être intégrés, à leur demande, dans les grades de médecin spécialiste et de médecin spécialiste principal, tout en tenant compte de leur ancienneté.
- Décret n°93-1440 du 23 Juin 1993 relatif à la spécialisation en médecine et au statut juridique des résidents (articles 18 et 19) prévoyant la possibilité pour les médecins de la santé publique non spécialistes de participer aux concours de résidanat, avec maintien de leur salaire en cas de succès et ce dans le cadre de la formation continue.
- Le décret n°94-2158 du 17 Octobre 1994 complétant le décret n°91-233 du 4 Février 1991. Ce texte prévoit une nouvelle disposition accordant aux médecins spécialistes et médecins spécialistes principaux, exerçant dans les régions sanitaires déclarées zones prioritaires, l'autorisation d'assurer des consultations à titre privé pendant deux après-midi par semaine et ce sous certaines conditions.
- Le décret n° 94-2159 du 17 Octobre 1994 complétant le décret 91-233 du 4 Février 1991 accordant une majoration spéciale de 300 D/mois pour les catégories de personnel mentionnées au paragraphe précédent.

STATUT DU CORPS DES MEDECINS DES HOPITAUX

Un nouveau corps celui de «MEDECIN DES HOPITAUX», est né en 1989 à la suite de la parution du Décret n° 89-296 du 15/2/1989.

Les candidats éligibles à ce corps, pourront être les assistants Hospitalo-universitaires qui souhaitent interrompre volontairement la carrière universitaire ou ceux qui auront épuisé les possibilités légales d'accès à l'agrégation.

La nomination à ce nouveau grade intervient sur concours et donne droit à un salaire proche de celui du maître de conférences agrégé.

L'objectif, tel qu'il a été fixé au départ, était de faire bénéficier les structures hospitalières publiques non universitaires, notamment celles de l'intérieur, des prestations de soins de haut niveau.

Toutefois, les consultations finales au sujet de la carrière de ce corps de personnel ont conduit à l'adoption des mesures suivantes

- Le corps médical des hôpitaux exerce ses fonctions dans les hôpitaux principaux et régionaux, instituts et centres spécialisés (article 1^{er}) ;
- Deux grades forment ce nouveau corps : médecin principal des hôpitaux et médecin des hôpitaux. Tous deux sont accessibles par voie de concours : le premier concerne les médecins des hôpitaux ayant cinq ans d'ancienneté et le second intéresse les assistants hospitalo-universitaires justifiant de quatre années dans ce grade et les médecins spécialistes principaux de la santé publique, sans condition d'ancienneté ;
- Les médecins nommés dans ces nouveaux grades, peuvent participer aux concours d'agrégation dans le cadre des dispositions applicables aux AHU ;
- Les fonctions imposées aux personnels de ce corps sont à peu près les mêmes que celles des cadres hospitalo-universitaires à l'exception de la mission d'enseignement.
- Le régime d'exercice est le plein temps intégral. Toutefois les personnels de ce nouveau corps, exerçant dans les zones déclarées prioritaires et dans certaines spécialités (fixées par arrêté du Premier Ministre) peuvent être autorisés, selon des conditions précises, à assurer des consultations privées au sein des établissements de leur affectation, à raison de deux (2) après-midi par semaine.

Les autres dispositions régissant le personnel médical des hôpitaux sont à peu près les mêmes que celle applicables à leurs confrères des autres corps (conclusion de conventions médicales, accomplissement des expertises médicales rétribuées, nomination à l'emploi fonctionnel de chef de service hospitalier, etc...).

CONCLUSION

Au cours des 35 dernières années, un véritable arsenal juridique a été minutieusement confectionné pour fixer d'abord, les premières dispositions régissant les médecins employés par le Ministère de la Santé Publique, ensuite pour les modifier, les compléter et les corriger compte tenu de l'évolution générale du secteur sanitaire notamment la démographie des personnels de santé, ce qui a permis la décentralisation des services et la garantie de leur qualité. .

L'examen des principales dispositions définissant les statuts des différents corps, permet de constater que les autorités publiques n'ont cessé de veiller au soutien de la politique médicale (dont les prémices été tracées en 1970) et qui s'appuie fondamentalement sur le critère de la SELECTION, garant de la qualité. Aucune concession n'a été faite sur

ce plan. Au contraire, de nombreuses mesures ont été imposées malgré les réticences des étudiants et les pressions des parents : institution du concours de Résidanat, refus de tout accès à la spécialisation en médecine en dehors du résidanat (même pas une passerelle par le biais de la Formation Continue, pourtant accordée à d'autres corps).

Enfin, il est souhaitable qu'il soit procédé à une mise à jour de tous ces textes réglementaires – qui se sont succédés au fil du temps - pour les présenter sous forme de document unique pour chaque corps de médecins. Cela aidera, sans doute, à une application facile et sans risque d'erreur.

IV- LA FORMATION DES MEDECINS EN TUNISIE: EVENEMENTS MARQUANTS

Les facultés de médecine

1964 : La faculté de médecine (dénommée «Faculté de médecine et de pharmacie» jusqu'en 1975, bien qu'elle n'ait jamais organisé de formation en pharmacie) de Tunis entre en fonction; la première promotion comprend 59 étudiants. Le premier doyen est le professeur Amor Chadli; il occupe ce poste de 1964 à 1970.

1974 : Entrée en fonction de la faculté de médecine de Sousse; le doyen est le professeur Souad Lyagoubi Ouahchi¹³ (1974-1983).

1974 : Entrée en fonction de la faculté de médecine de Sfax; le professeur Abdelhafidh Sellami assure la direction (doyen) de 1974 à 1985.

1980 : Entrée en fonction de la faculté de médecine de Monastir; Le professeur Souad Lyagoubi Ouahchi à laquelle succède le professeur Chadli Bouzakoura sont chargés du décanat (conjointement avec la faculté de Sousse) jusqu'en 1985, date à laquelle le professeur Mohamed Farhat, est promu, M. Farhat sera doyen de 1985 à 1993.

La première thèse de médecine tunisienne est soutenue en 1971 à la Faculté de médecine de Tunis (4 en 1972, 16 en 1973, 20 en 1974.... et 316 en 2004 à cette même faculté).

Concours hospitalo-universitaires:

1971 : Organisation du premier concours pour le recrutement d'assistants hospitalo-universitaire.

1973 : Organisation du premier concours pour le recrutement de Maître de Conférences Agrégé (MCA);

Préalablement à 1973 des concours pour le recrutement de professeurs en médecine pour pourvoir à des besoins formulés par les autorités tunisiennes, ont été organisés en France (Paris). Parmi les promus, citons les Professeurs Amor Chadli, et Ali Boujenah (1962), les professeurs Mohamed Chelly, Zouhaier Essafi, Hassouna Ben Ayed, Mohamed Ben Ismail (en 1966).

Au 31 décembre 2006, les enseignants hospitalo-universitaires inscrits au tableau de l'Ordre des médecins sont au nombre de 1581 (704 assistants, 523 maître de Conférences Agrégés, 354 professeurs) représentant 12% du total des médecins.

¹³ En 1975, sont créées à Monastir, les facultés de Médecine, dentaire et de pharmacie.

CHAPITRE V

REGLEMENT DE LITIGES ET DISCIPLINE : L'ACTIVITE DU CONSEIL DE DISCIPLINE

I. LA COMPETENCE DISCIPLINAIRE DE L'ORDRE : EVOLUTION DE LA LEGISLATION

La compétence disciplinaire en première instance est attribuée au conseil de discipline constitué par le conseil national de l'Ordre des médecins assisté d'un conseiller juridique ne disposant pas du droit de vote. Cette disposition est commune aux textes des lois publiés en 1947, 1958 puis en 1991, qui réglementent la manière dont le pouvoir disciplinaire doit être exercé par l'Ordre. En fait ces modalités ont différé par des détails, comme le montre le tableau VII comparant les dispositions prévues par la loi 58-38 du 15 mars 1958 et celles de la loi 91-21 du 13 mars 1991 toutes deux relatives¹⁴ à l'exercice et à l'organisation des professions de santé.

Tableau VII : principales dispositions des lois de 1958 et 1991

| | Loi 58-38 de 1958 | Loi 91-21 de 1991 |
|--|--|---|
| Composition du Conseil de discipline | Membres du Conseil de l'Ordre + 1 conseiller juridique désigné par le Premier Président de la Cour d'Appel de Tunis (ne vote pas) + 2 médecins étrangers désignés par le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique le cas échéant. | Membres du Conseil National de l'Ordre + Conseiller Juridique désigné par le Conseil [art. 27] ne participant pas aux votes |
| Modalités de la saisine | Par le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique ou le Procureur Général auprès de la Cour d'Appel, ou un membre du Conseil ou un médecin ou un Syndicat de médecins [Art. 30] | Par Ministre de la Santé Publique, ou Procureur Général près de la Cour d'Appel de Tunis, ou membre du Conseil National de l'Ordre [Art. 28] |
| Publics-cibles | Tous les médecins pour des manquements à la déontologie ; toutefois les médecins chargés d'un service public ne peuvent être traduits devant le Conseil de discipline à l'occasion « d'actes de leur fonction publique » | Tous les médecins sans distinction de statut pour des manquements à la déontologie; pour les médecins du service public et pour des actes commis dans leur fonction publique uniquement à la demande de l'administration [Art.29] |
| Peines disciplinaires prévues | Avertissement ; réprimande ; interdiction d'exercer des fonctions conférées ou rétribuées par l'état, les communes les établissements publics... ; interdiction temporaire (max 1 an) d'exercice; radiation Réhabilitation possible après 3 ans [art. 33 +41] en cas de radiation. | Avertissement ; blâme avec inscription au dossier; interdiction temporaire d'exercice une, plusieurs ou totalité des fonctions publiques ou <i>privées</i> (max ; 3 ans), radiation [réhabilitation possible après 3 ans] [Art. 33 + 36] |
| Procédure suivie par le Conseil de discipline | Préalablement à la comparution : audition (consigné sur PV) ; le cas échéant enquête [Art. 32] Conseil de discipline 1. assistance d'un médecin-défenseur et/ou avocat 2. droit de récusation du médecin inculpé 3. PV approuvé et signé par les membres du Conseil, enregistré 4. Auprès de la <i>Chambre de discipline</i> constituée d'un Conseiller concerné, au Secrétaire d'Etat à la Santé Publique, au Procureur Général auprès de la Cour d'Appel [Art. 34, 35,36] | En gros reconduction de la procédure édictée par la loi 58-38 qui est mieux encadrée (délais pour les différentes démarches ; présence des 2/3 au moins des membres du Conseil aux séances du Conseil de discipline ; en cas de radiation celle-ci doit être prise par au moins 2/3 des présents... [Art. 30, 31, 32] |
| Appel du jugement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspensif : pour l'application du verdict du Conseil de Discipline ▪ Peut être fait par médecin inculpé ou par le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique ou par le Procureur ▪ Auprès de la <i>Chambre de discipline</i> constituée d'un Conseiller à la Cour d'Appel de Tunis (Président) + 6 médecins tunisiens élus pour 6 ans, anciens de l'Ordre ± 2 étrangers | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspensif (sauf si exécution immédiate demandée) ▪ Se fait auprès de la Cour d'Appel |

¹⁴ La loi 58-38 reprend les principales dispositions d'un décret beylical du 15 juillet 1947 en les adaptant aux changements survenus en 1956 : indépendance du pays, proclamation de la République.

II. L'ACTIVITE DU CONSEIL DE DISCIPLINE

1. Première source d'information : les registres de l'Ordre

Le trace d'une activité en matière disciplinaire organisée, archivée dans les documents et registres prévus pour la consignation soit des procès-verbaux, soit des réunions ordinaires, soit des réunions des « chambres secrètes » de discipline/« huis clos », soit des conseils de discipline, existe à partir des années 1970. L'enregistrement des procédures de la discipline a été systématisé et strictement codifié au cours des années 1990 et surtout le début des années 2000, les dossiers à instruire et à suivre étant devenus de plus en plus nombreux. L'informatisation de la gestion et du suivi est en bonne voie.

Nombre de plaintes instruites:

Entre 1970 et 1981 l'activité du Conseil de discipline, régulière jusqu'en 1975 (3 plaintes en moyenne par an, avec des valeurs oscillant entre 0 et 5) s'est ralentie par la suite ; elle a repris entre 1979 et 1981 pour ensuite baisser notablement au cours des années suivantes.

A partir de 1992 jusqu'à 2006, le conseil de discipline est réactivé avec:

- de 1992 à 1999, en moyenne 11 dossiers instruits par an (valeurs comprises entre 4 en 1996 et 12 en 1995, 9 en 1993);
- de 2000 à 2006: en moyenne 9 dossiers par an (valeurs comprises entre 5 en 2003 et 9 en 2004);

Motifs des plaintes:

Les motifs pour lesquels une procédure a pu être engagée ont évolué dans le temps.

1. dans les années 1970, les aspects « formels » de l'exercice » étaient au premier plan: non-conformité du libellé du contenu des plaques ; mention d'une qualification non reconnue au praticien, manquement aux devoirs en matière de modalités de pratique autorisés par le statut (médecin de santé publique s'adonnant à une activité privée par exemple ou, cabinet «secondaire» pour le praticien libéral).
2. à la fin des années 80 et dans les années 1990, la démographie médicale notamment celle des spécialistes est en expansion, le secteur libéral se développe alors que le secteur public connaît une certaine saturation ; certaines «tolérances» le plus souvent non explicites, tels que l'exercice privé du médecin de santé Publique, notamment en zone rurale ou la pratique d'interruption volontaire de la grossesse par des non spécialistes - formés à cette technique pour satisfaire à des objectifs démographiques - ne sont plus de mise. Les tensions entre médecins sont parfois vives; la relation de confraternité s'en ressent. L'arbitrage de l'Ordre est requis: pour des motifs tels que «qualification non reconnue», «plaques non conformes», utilisation de procédés publicitaires non réglementaires», honoraires établis «sans tact ni mesure» ou «partagés», interventions sous anesthésie faites au cabinet (avec parfois des suites graves) et dans près de 40% des cas la pratique dans un cabinet secondaire par un médecin appartenant au secteur libéral ou au secteur public (ce dernier théoriquement employé à plein temps par l'Etat).

« Témoignage* »

.... «Le bureau a instruit 224 plaintes émanant de citoyens et a essayé de les résoudre dans la mesure du possible.

Le problème le plus difficile à régler a été celui des conflits entre médecins : 239 cas

Les causes les plus fréquentes sont :

- La concurrence déloyale ;
- L'usurpation des titres ;
- Le détournement de clientèle ;
- Le problème des plaques ;
- La pratique de la médecine payante par des médecins plein-temps ;
- Articles de journaux à but publicitaire.

A notre avis le respect des règles élémentaires de savoir vivre et l'application de l'éthique médicale telle qu'elle a été énoncée par le Code de Déontologie nous épargneraient un travail superflu et nous laisseraient un temps précieux pour nous attaquer aux problèmes de fond»....

***Rapport d'activités pour l'année 1988 (extraits)**

3. Les années 2000 à 2006, sont notamment marquées par l'intensification des requêtes émanant d'administrations, d'entreprises, de citoyens en rapport avec des certificats médicaux, dont les plaignants contestent la justification et pour la délivrance desquels le médecin aurait été «complaisant» ou insuffisamment vigilant (cas de substitution d'identité par ex.). De même plusieurs dossiers relatifs à des abus de prescription de psychotropes et de procédés thérapeutiques («magiques»?) d'efficacité non démontrée, voire tombées en désuétude, ont été examinés par le conseil de discipline. Enfin les procédures de soins et leurs résultats ainsi que la tarification sont l'objet de contestations de plus en plus fréquentes.

L'émergence de la société civile et du citoyen se traduit souvent par la multiplication des procédures; la même plainte fait l'objet d'un recours auprès de l'Ordre, des services de l'inspection du Ministère de la Santé Publique, et des autorités judiciaires.

DECISIONS DU CONSEIL DE DISCIPLINE

Globalement pour la période de 30 ans pour laquelle nous avons eu accès à des archives fiables, la délibération du conseil de discipline a abouti aux décisions suivantes:

- avertissement: 15% des situations;
- blâme : 40%;
- suspension de l'activité professionnelle pendant une période comprise entre 1-3 mois (30%) et au delà de 3 mois (15%) ;
- de façon exceptionnelle, la radiation.

Les facteurs aggravants de la sanction sont la multiplication des manquements à la déontologie (dans une même procédure), la récidive, le non-respect d'un engagement pris antérieurement auprès de l'Ordre pour le même motif, la non-conformité des soins aux règles de bonne pratique, et des circonstances particulières (telle que la délivrance d'un certificat à un adolescent en l'absence de ses parents).

Malgré l'absence de règles consignées dans les textes de loi, ou d'un « barème » établi par l'Ordre, la comparaison entre les jugements prononcés aux différentes époques montre que les conseils qui se sont succédés ont veillé à l'adéquation entre la gravité de la décision et l'impact de la « faute » sur la qualité des soins, ainsi que sur l'image et les valeurs (de moralité et de probité) défendus par la profession : l'extrait du rapport « moral » pour les années 1993 et 1994 nous paraît exemplaire (et démonstratif) du sens de la mesure et de la responsabilité manifesté – en partage – par les bureaux successifs. On peut tout au plus noter que les proportions relatives entre avertissements et blâmes fluctuent d'une époque à une autre.

Respect de la déontologie médicale & sens de la responsabilité

Vous avez certainement remarqué durant ces deux dernières années que, sur décision commune du conseil national de l'Ordre des médecins et des conseils régionaux, les noms des médecins traduits devant le Conseil de Discipline, ont été publiés dans les bulletins d'informations de l'Ordre.

Déterminé avec l'aide des CROM/s à faire respecter la déontologie médicale et les différents textes professionnels en vigueur, nous avons été contraints de traduire au cours de ces deux ans, 24 médecins devant le Conseil de Discipline qui a prononcé:

14 avertissements, 5 blâmes, des suspensions d'exercice de la médecine: Une de un mois, deux de 3 mois, une de 6 mois, une de 1 an et une de 2 ans.

- *Les avertissements (58%) ont été notamment infligés pour:*
 - *utilisation de titres non reconnus par le conseil de l'Ordre;*
 - *usage de procédés publicitaires ;*
 - *attitude non confraternelle à l'égard des membres du CROM ;*
 - *complicité d'un exercice non réglementaire*
 - *exploitation de cabinet secondaire non autorisé.*
- *Des blâmes (20%) ont été infligés pour:*
 - *cumul de deux ou trois des infractions citées plus haut;*
 - *délivrance de rapport tendancieux en cours d'expertise médico-légale;*
 - *agression sur un médecin-dentiste.*
- *La suspension de l'exercice durant un mois a été infligée pour une récidive après une première comparution devant le Conseil de Discipline une année auparavant.*
- *La pratique d'IVG, dans un cabinet, l'usage de procédés de concurrence déloyale et la délivrance d'un certificat de complaisance ont été les motifs d'une suspension d'exercice de la médecine durant trois mois.*
- *6 mois d'interdiction d'exercer la médecine ont sanctionné une pratique d'IVG dans un cabinet avec décès accidentel non imputable à une faute professionnelle.*
- *La sanction d'une interdiction d'exercer la médecine durant 1 an, a été infligée pour pratique d'interventions chirurgicales dans un cabinet, usage de pratiques de charlatanisme. Cette sanction a été confirmée par la Cour d'Appel qui a en outre condamné le confrère à une amende de 1000 dinars pour exercice de la médecine pendant la période de l'interdiction et au millime symbolique pour le Conseil National.*
- *L'interdiction de l'exercice de la médecine durant 2 ans, a été infligée pour faute grave professionnelle.*

La Cour d'appel, à l'exception d'un cas bénéficiant d'une réduction de la sanction, a confirmé les décisions disciplinaires.

Le conseil de l'Ordre des médecins défend les médecins : *Trois médecins ont été déférés devant les tribunaux pour des « erreurs médicales présumées. Ils ont été condamnés en première instance à des peines d'emprisonnement et à des amendes. En appel, ces peines ont été annulées, le conseil national de l'Ordre s'était porté partie civile.*

Rapport d'activités pour la période : 1993 et 1994 (extraits)

2. Deuxième source : «le Bulletin d'informations»

Dans la « série » du Bulletin parue entre 1981 et 1985 ainsi que dans les « circulaires » d'informations diffusées entre 1985 et 1992 on ne trouve pas de mention à l'activité du Conseil de Discipline. La deuxième série du « Bulletin » s'en est faite par contre fréquemment l'écho. L'identité des comparants n'est pas toujours dévoilée : la décision (anonymat ? Ou affichage ?) varie d'un bureau de l'Ordre à l'autre et en fonction du contexte professionnel. Sur 199 dossiers relatés dans le bulletin (au cours de la période 1993-2007), les motifs pour lesquels les confrères ont été invités à se présenter devant le conseil de discipline sont le non-respect de la déontologie en matière de :

- établissement de certificats d'arrêt de travail ou de rapports d'expertise ;
- rapports de la confraternité ;
- prescription de médicaments ou de procédures de soins dans des conditions ne garantissant pas succès et sécurité ;
- non-conformité des informations portées par les médecins sur leurs documents professionnels (ordonnances, plaques...) à la règle ;
- fixation des honoraires (sans mesure ni « tact ») ;
- mention de titre non « reconnu » par l'Ordre ;
- exercice autorisé par le statut (du médecin, généralement un fonctionnaire du Ministère de la Santé Publique).

Les décisions prises ont été dans 38% des cas l'avertissement, dans 27% des cas le blâme ; enfin dans 30% des cas il a été demandé au confrère de suspendre son activité pour une période variant généralement entre 1 et 6 mois. La radiation (3 fois) a concerné des situations extrêmes.

D'une période à l'autre, d'une équipe à l'autre il n'a pas été observé de variation notable concernant la fréquence des citations devant le conseil de discipline ou la corrélation entre la gravité de la situation et le jugement prononcé.

CHAPITRE VI

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 : 2^{ème} 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 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 fondés, 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 CNOPT (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 1^{er} 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 |
|--|---|--|---|
| Dénomination exacte | 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) ; |
| Responsables de publication | 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) |
| Période de parution | Mai 1982 à septembre 1985 | 1985 à 1992 | 1992 à 2008 |
| Numéros parus - Total - Fréquence par année | 15 1 à 7 | 13 1 à 3 | 27 1 à 5 |
| Format, utilisation de la couleur | 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) |
| Contenu habituel (rubriques) | - Editorial - Un dossier (sujet : déontologie, exercice, actualité) - informations relatives aux activités de l'Ordre ; à l'exercice professionnel ; aux médicaments - annonces (congrès, offre d'emploi,...) - compte-rendu des Assemblées générales - publicité - courrier des lecteurs | Information sur les activités de l'Ordre et sur l'exercice de la profession ; sur les médicaments (nouveauautés, retraits) | - Editorial - Dossier - Informations sur activités de l'Ordre ; sur l'exercice professionnel - Formation continue - Annonces, et même grilles de mots croisés, rubriques culture et loisirs, courrier des lecteurs dans certains numéros ; - publicité (±) |
| Signature du contenu (auteurs des articles) | 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. Le Bulletin : 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, 2^{ème} 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 à 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'évènements 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 ordinaire : 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 de remise 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 reconduites par leurs successeurs, pour des raisons diverses, les mêmes qui ont vraisemblablement affecté à différentes reprises (ajoutées à d'autres) la régularité de parution du périodique.

Sports

« À 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 Khelil, Ben Kheder, Bounab, Kaouache, Doghri, Fraj, Gharbi, Zouari, Ben Abid, Kammoun, Dhouib 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 du 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 |
|--|--------------|--------|-----------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|
| 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. | 2 D | 3 D | 3 D (sauf professeurs : 7D) | 3,500D | 0,6 D | 0,3 D |
| 1982 (arrêté des Ministres du Plan, des Finances et de l'Economie Nationale et de la Santé Publique du 7 avril 1982) | 3,5 D | 4,5 D | 5 D | 6 D | 0,7 | 0,450 |
| 1993 (fourchette des honoraires fixée par le CNOM et les Syndicats : disposition prévue par le Code de Déontologie paru en 1991) | 8-12 D | | 15-20 D (sauf psy : 20-25D) | | 2-5 D | 0,850-1,250 |
| 2005 « révision de la fourchette » | 15-20 D | | 25-35 (sauf psy : 30-40D) | | 4-7 | 0,6-3,5 |
| Tarification CNAM (négociée avec le Syndicat des médecins de libre pratique) 2007 | 15D | | 25D | | 5D | |
| | Généraliste | | spécialiste | | Actes de chirurgie et de radiologie | |

... « 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 ordinale, 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, 2^{ème} 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 châtiment 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)

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)

II- LES ARCHIVES DE 1960 A 2008: ANALYSE DE CONTENU

Les évènements relatés dans ce chapitre ont été recueillis à partir de différentes sources. Les procès-verbaux des séances du conseil en ont constitué la trame, sur laquelle ont été greffés des données provenant d'autres archives : courrier, rapports (annuels puis bisannuels) d'activités ; synthèse de groupes d'études...

Le temps écoulé depuis la naissance de l'Ordre « tunisien » a été divisé en « périodes » dont la durée est rythmée par des évènements extérieurs à l'Ordre et/ou par le changement de ses équipes dirigeantes (particulièrement du président).

L'activité de base de l'Ordre est faite de routines : gestion du tableau des médecins, réponse à leurs requêtes en rapport avec l'exercice ; représentation du corps médical auprès des instances administratives et des autorités de tutelle... Quant au règlement des litiges, généralement amiable, mais si nécessaire par le conseil de discipline, la gamme des motifs de recours n'a pas varié au fil du temps ; on peut tout au plus faire le constat de la prédominance de telle ou telle cause d'une période à l'autre : est-ce l'effet des changements de « l'environnement » (ainsi par exemple de l'augmentation des effectifs de médecins ; de l'afflux de praticiens vers le secteur libéral...) ? Ou une loi des séries ? Ou bien encore des différences de « sensibilités » entre conseils ? Nous avons tenté de relever ces particularités et de mettre en exergue les évènements qui ont marqué la « mémoire » de l'Ordre.

A partir de **1960**, le Conseil de l'Ordre se met progressivement en état de marche. Quelques procès-verbaux des séances figurent aux archives. C'est ainsi qu'en 1961, les débats ont porté sur l'organisation d'un service militaire pour pourvoir aux besoins d'encadrement médical de l'armée nationale et sur le modèle de système de soins adapté aux besoins du pays. A l'époque, les tenants du «plein-temps» et d'un service national de santé semblent avoir été les plus nombreux.

En **1962**, le Conseil de discipline est mis en place. La mise sous séquestre d'une clinique (Magenta) est décidée : l'Ordre est chargé de l'exécution de la procédure.

En **1963**, 12 réunions sont tenues. Le programme des séances est fourni ; le conseil prend possession de ses prérogatives : organisation des gardes, inscription au tableau de l'Ordre de nouveaux médecins, validation de compétences¹⁵; des critères pour l'autorisation de l'installation de médecins sont définis ; le problème de l'inscription à deux Ordres de médecins est évoqué; des médecins étrangers, le plus souvent français, quittent la Tunisie et demandent le transfert de leur dossier ; des litiges sont résolus. Les préparatifs en vue des élections vont bon train.

A la suite de la démission du Président, M. Materi, pour raisons personnelles (un possible conflit d'intérêt entre ses responsabilités à l'Ordre et de nouvelles fonctions

¹⁵ L'arrêté du 4/7/1952 est pris pour référence; toutefois aux spécialités listées dans l'arrêté, il est recommandé d'ajouter l'électroradiologie, la médecine interne, la neurochirurgie et l'anesthésie-réanimation.

qui lui ont été confiées dans le secteur bancaire est invoqué), le Vice Président, Tahar Zaouche, lui succède en mai 1963. A propos des élections, le nouveau président T. Zaouche, note (déjà !) au cours de la séance du 24/12/1963 « la grande désaffection du corps médical vis-à-vis des élections ».

De 1964 à 1970, le Conseil se réunit régulièrement au rythme de 7 (en 1967) à 11 fois (en 1966) par an (sauf en 1965, 5 réunions et 1969: 19 réunions).

Outre les affaires courantes (inscriptions, règlement des litiges, qualifications, remplacements...) les évènements «remarquables» ont été:

- L'organisation des concours pour le recrutement de chefs de service et d'assistants des hôpitaux;
- La relation avec les médias à propos de la diffamation des médecins par certains organes de presse écrits/parlés qui en présentent une image caricaturale, «commerciale»; ou bien la parution de placards «publicitaires» pour certains confrères; (1965, 1968, 1969);
- Le problème du stationnement en ville (Tunis), dans les zones «protégées» pour lequel il est proposé de sensibiliser les autorités du Ministère de l'Intérieur;
- Les relations avec les pharmaciens à propos des injections pratiqués dans les officines par un personnel non habilité et de la délivrance (sans ordonnance) de médicaments, y compris ceux figurant au tableau C;
- Les problèmes de taxation : les représentants du corps médical aux commissions régionales de «taxation» (par deux membres titulaires et deux suppléants) et nationale de «taxation et de conciliation» (huit membres) sont désignés ; les redevances exigées des médecins installés en libre pratique (notamment sur la plaque, le droit d'exercice et de prestation de service) sont discutées;
- L'exercice illégal de la médecine;
- Le cas de médecins non encore inscrits au tableau, leur non-inscription étant découverte à l'occasion d'une démarche auprès de l'Ordre ; le problème semble avoir été tellement aigu que le Conseil décide le 14/12/1971 « d'afficher la liste des médecins inscrits au tableau, au siège de la Rue de Russie »;
- L'exercice exclusif dans la «spécialité» pour laquelle il a été qualifié, pour un médecin ayant un diplôme de spécialité;
- L'autorisation (ou le refus) d'ouverture de cabinet secondaire, basée sur des critères de démographie médicale et d'accès de la population aux soins;
- L'étude par l'Ordre des projets de loi relatifs à l'exercice médical et à la tarification ainsi qu'aux carrières médicales.

Par ailleurs, l'Ordre décide d'aides en faveur de familles de médecins en difficulté, des victimes de conflit en Jordanie (une souscription, organisée en 1970 à cet effet, a permis de collecter 1855D qui ont été versés au Croissant rouge) et des inondations de 1969 en Tunisie (montant de la souscription : 1877D dont 1400D versés au Croissant Rouge Tunisien).

Enfin, signalons que:

- La décision de séparer (séries numériques différentes) médecins étrangers et tunisiens figurant au tableau date de 1965; les candidats à l'inscription sont tenus de présenter l'attestation de réussite au baccalauréat et deux photos;
- La candidature aux élections d'un médecin chargé d'une «fonction administrative» est refusée (en vertu de l'article 13 de la loi de 1958);
- Une circulaire est diffusée mettant en exergue les avantages de la vaccination et

les risques encourus en cas d'abstention. Les médecins sont appelés à participer aux « campagnes » organisées par les services de santé.

Période 1970 à 1975 :

Au début des années 1970, les critères relatifs à l'inscription au tableau et à l'autorisation d'installation dans le secteur libéral sont affinés :

- Le formulaire pour l'inscription est mis au point en 1974 ; une copie du Code de Déontologie publié au JORT en 1973, est distribuée aux nouveaux inscrits ; un modèle de caducée est proposé ;
- En vue de l'autorisation d'installation une copie de l'ordonnance et le relevé de la plaque sont exigés ;

Le premier code tunisien de déontologie médicale est mis au point par une commission composée de membres de l'Ordre qui a siégé de 1970 à 1973 ; approuvé par le conseil, ensuite proposé au pouvoir réglementaire, ce dernier le promulgue en 1973 sans qu'aucune modification de son texte ait été effectuée.

Les demandes (d'inscription au Tableau, d'autorisation d'ouverture d'un cabinet, de remplacement) sont étudiées en séance plénière. Le rythme des réunions des commissions de qualification s'accélère notamment entre 1972 et 1974 : avec l'augmentation du flux de demandes et l'évolution de la médecine, avec l'institutionnalisation de nouvelles spécialités, l'Ordre crée de nouveaux comités de qualification. Vu l'augmentation de la charge de travail, une permanence quotidienne de 2 heures est organisée pour recevoir et informer les médecins. Une subvention est demandée au Ministère de la Santé Publique (1975) pour pourvoir aux besoins de financement des activités de l'Ordre alors que la cotisation est augmentée de 2 à 5D (en 1971) et de 5 à 10D en 1976.

La pratique d'analyses biologiques par les pharmaciens dans leurs officines fait l'objet d'une intervention auprès de l'Ordre des Pharmaciens.

Les ouvertures de cabinets secondaires sont « d'ores et déjà considérées comme une exception rarissime et conformément à l'article 15 du Code de Déontologie, répondre avant tout au besoin de la population » (11/4/1974). L'exercice « libéral » par des médecins de santé publique génère des litiges pour lesquels l'intervention de l'Ordre (auprès des intéressés ainsi que du MSP ou en conseil de discipline) est requise.

Le premier concours en vue du recrutement d'assistants hospitalo-universitaire est organisé en 1972 ; l'Ordre est représenté au sein des commissions (comprenant chacune 1 président, 4 membres) chargées d'étudier la validité des candidatures dans les spécialités proposées.

Par ailleurs, l'activité de représentation du corps médical est amplifiée notamment par les réformes en cours (Code de Déontologie, Règlement Intérieur des Hôpitaux, Etudes médicales, statuts du personnel médical...). Il est créé en septembre 1974, un comité chargé des questions syndicales, composé des docteurs H. Ben Slama et F. Derouiche. Quant au Dr B. Farza, il siège au sein de la Commission culturelle nationale à partir de 1972.

En 1970, l'Ordre des médecins est représenté au sein de plusieurs commissions en particulier :

- *La Commission culturelle nationale ;*
- *La Chambre de discipline du conseil national de l'Ordre des médecins vétérinaires (3/4/1973)*

- *La Chambre de discipline du Conseil National de médecins dentistes : 1975 ;*
- *La Commission hospitalo-universitaire (1972) ;*
- *La Commission de vérification des titres et diplômes ;*
- *La Commission de la tarification (décembre 1973)*
- *Les Commissions de réforme : Règlement Intérieur des Hôpitaux (1974), Etudes médicales, Statuts des médecins.*

Le tableau des médecins et médecins dentistes est publié au JORT daté du 10 mai 1974. Il comporte une liste de 508 médecins dont 85 étrangers, en spécifiant leur adresse et leur qualification. Quant à la liste officielle des dentistes « elle comporte le nom de 98 dentistes » et de 4 « dentistes tolérés » exerçant à Tunis.

Enfin, il est à remarquer que les procès-verbaux des réunions sont approuvés au début de la séance suivante. On perçoit à travers certains retraits/révisions de décisions, à travers des commentaires que les débats sont parfois animés, les échanges vifs et que le secret des délibérations du conseil peut être éventé.

Période 1976 à 1985

A différentes reprises, le Conseil décide du déplacement (« transport »), d'une délégation comprenant 2 à 3 membres dans les villes de l'intérieur du pays pour :

- Organiser un service de garde médicale à Nabeul, à Hammamet, à Djerba, à Sfax et à Bizerte ;
- Arbitrer des litiges engendrés par les interventions des médecins dans les hôtels, notamment dans la région de Nabeul/Hammamet et à Jerba. A Jerba, la direction d'un hôtel avait « engagé » un jeune interne à plein-temps ; un « cabinet » de consultation lui avait été aménagé et loué ; un « dépôt de médicaments » était mis à la disposition des clients. A l'issue de la réunion de conciliation tenue en présence des autorités locales, de médecins et de pharmaciens installés à Jerba, il est décidé de mettre fin à cette situation illégale et d'organiser un tour de garde des médecins installés en ville ;
- Inspecter des établissements sanitaires préalablement à l'autorisation d'ouverture (à Jbel Oust par exemple en décembre 1977) ;
- Animer des réunions avec les confrères dont le nombre augmente pour s'informer des problèmes qui les préoccupent et projeter la création d'antennes régionales de l'Ordre (à Sfax, Sousse, Nabeul, Bizerte, Gabès, Gafsa). A différentes reprises, des noms de responsables sont avancés, mais d'une façon générale, il ne semble pas que l'activité de ces antennes ait été durable.

Les élections qui se sont déroulées au Conseil de l'Ordre en juillet 1978 font l'objet de la contestation d'un membre du Conseil; ce dernier a argué d'un vice de forme («votes par correspondance postés – en lettre recommandée – par le canal d'un employé de l'Ordre, agissant sur instruction d'un autre membre) pour demander leur annulation. L'avocat de l'Ordre est consulté; finalement les résultats des élections sont validés et proclamés : Le conseiller mis en accusation avait convaincu ses collègues de sa bonne foi; par ailleurs la plainte n'avait pas été déposée dans les formes légales.

Parmi les problèmes en rapport avec l'exercice médical, fréquemment évoqués au cours des séances:

- Le «conventionnement» de médecins avec des sociétés pour des soins à leur personnel, à des tarifs inférieurs à ceux pratiqués par leurs confrères ;
- La tarification des actes médicaux : la mise à jour par les autorités de tutelle est

- retardée à différentes reprises ; l'Ordre s'interroge sur la conduite à tenir;
- L'exercice de la médecine sociale et d'entreprise hors conventionnement ou dans le cadre d'une convention non agréée (visa) par l'Ordre; les débordements de cet exercice, en principe à caractère préventif et social, vers la médecine de soins sont pointés du doigt ;
- Les certificats d'arrêt de travail, de « complaisance »;
- L'exercice libéral, non autorisé par leur statut des médecins de la santé publique affectés dans les localités de l'intérieur ;
- La fermeture de leur cabinet par des médecins qui viennent d'être admis au concours de médecin-agrégation ; ce nouveau statut est incompatible avec leur ancien mode d'exercice associant pratique libérale et responsabilité hospitalière ;
- Les « plaques gigantesques » quelquefois des plaques « routières »;
- L'exercice illégal de la médecine, par certains kinésithérapeutes, - auxquels il est notamment reproché l'usurpation du titre du médecin, la prescription illégale de médicaments, la pratique d'actes sans prescription médicale : le litige est porté devant la justice. Une des conséquences de ce conflit est que des réunions sont organisées par le Ministère de la Santé Publique, auquel l'Ordre a participé, pour dresser la liste des médicaments dont la prescription par des sages-femmes est « autorisée ».

Témoignage : diversité... et solidarité

... L'année dernière à la même époque, le Secrétaire Général présentait un rapport moral, sous forme d'une interrogation concernant l'avenir du conseil de l'Ordre et de la profession médicale. Cette interrogation était le résultat d'un malaise constaté aussi bien par les membres élus du Bureau que par les médecins de la base.

Le conseil de l'Ordre, que certains n'ont pas hésité à appeler méchamment « conseil du désordre », était devenu la cristallisation des divers problèmes individuels des médecins de Tunisie.

Aussi bien en ce qui concerne sa formation, son information, ses conditions d'exercice, ses rapports avec l'administration, - celle de la santé publique ou l'administration fiscale - ou ses rapports avec le public, le médecin est désorienté, désenchanté. Quand il s'agit de ses relations avec ses confrères, le problème devient dramatique : médecin plein-temps, intégral et aménagé, médecin de la santé publique mi-temps, etc... Autant de problèmes qui reflètent la confusion au niveau des conditions d'exercice, entretenue par la multiplication des textes, des mesures dérogatoires, des décisions individuelles et auxquels le conseil de l'Ordre consacre la moitié de son temps. ... »

« ... Le conseil de l'Ordre a été créé par la loi de mars 1958. Nous avons dit, à maintes reprises aux Ministres de la santé que cette loi était devenue caduque.

Certes le conseil de l'Ordre reste un organisme respecté par la majorité des médecins ; son pouvoir lui vient de sa légitimité, de sa représentativité, puisqu'il est librement élu, et surtout de son attachement à la déontologie qui est notre commun dénominateur. Grâce à cette image, nous avons pu régler soit directement soit indirectement une multitude de petits conflits... »

« ... Mais où est la déontologie, quant les trois grands principes de l'exercice ne sont pas respectés à savoir ;

- Le libre choix du médecin par le malade ;*
- La liberté de prescription du médecin ;*
- Le paiement direct des honoraires par le malade.*

Comment respecter la déontologie, quand les tarifs qui devraient être révisés périodiquement par une commission ad hoc, sont gelés depuis cinq ans ; où est la déontologie, quand les services compétents ne mettent pas le holà à l'anarchie concernant la médecine de travail, la médecine de contrôle et la médecine d'entreprise ?... »

« ... Nous avons organisé le 12 avril un séminaire sur ces thèmes ; force est de constater qu'encore une fois les médecins ne sont pas venus en masse exprimer leur opinion. L'impression de plusieurs médecins que rien ne peut sortir de ce genre de manifestation est sûrement la cause de cet absentéisme patent.

Mais les médecins doivent savoir que c'est grâce à leur unanimité et leur enthousiasme que le conseil de l'Ordre a pu changer certaines choses ... »

Rapport moral : année 1983 ; (extraits)

L'Ordre est sollicité par le syndicat des chauffeurs de taxi au sujet du contenu de la trousse d'urgence et de la conduite à tenir au cas où un client est pris d'un malaise.

L'édition d'un «Guide du jeune médecin» destiné à faciliter l'installation et l'exercice des jeunes confrères (séance du 12/7/1977) est envisagée.

Une coopérative de logement (Ouahchi, Jaziri, Derouiche en sont chargés), est créée. Des maquettes et plans de logement sont présentés. De même que la réunion constitutive d'une «Mutuelle», programmée pour le 23/5/1978, ne semble pas avoir eu lieu ; cette mutuelle n'a jamais vu le jour.

En différentes occasions, l'Ordre s'interroge : « Sommes-nous (trop) nombreux » ? Quels pourraient être les effets de cette «démographie» et de l'évolution de la société sur l'avenir de la profession et sur ses rapports avec les patients ?.

Témoignage : Démographie Médicale: sommes-nous nombreux ?

Avec quatre facultés de médecins, et les étudiants tunisiens à l'étranger, on peut penser que chaque année viendront sur le marché du travail 500 médecins nouveaux de sorte que en l'an 2000 nous serons aux alentours de 10.000 médecins, soit un médecin pour 1000 habitants; alors que la moyenne nationale est aujourd'hui de un médecin pour 4000 habitants.

Et déjà maintenant, nous assistons à deux phénomènes inquiétants:

- La baisse inéluctable et progressive du niveau de vie du médecin;*
- La dévalorisation de l'acte médical, avec tout ce que cela suppose d'actes anti-déontologiques, de mauvaises relations confraternelles, etc...*

Notre médecine est en crise; comme dans les pays d'économie de marché, quand les quantités de services offertes sur le marché sont excédentaires par rapport aux besoins, les producteurs bradent leurs produits pour attirer la clientèle. Or, il est clair, qu'il est impossible et inconcevable de laisser imposer à l'exercice de la médecine les lois du marché... L'alternative est un système de santé cohérent adapté à nos réalités, tenant compte des habitants et des désirs des citoyens, et en même temps un système de santé qui ne soit pas coûteux, qui évite les gaspillages et les doubles emplois, qui élimine l'usage immodéré des techniques lourdes au profit d'une médecine de famille, lente, bien rémunérée et bien répartie dans l'ensemble du pays. On s'apercevra alors que nous sommes loin d'être nombreux.

(Le « Bulletin » ; n° 8, juin 1983; extraits)

L'image du médecin: Pour une meilleure relation médecin malade

« Il est paradoxal de constater que plus la médecine devient efficace et sophistiquée et plus la relation du malade avec son médecin se dégrade. Alors que le médecin était l'objet d'un respect et d'une considération quasi sacrés, il est aujourd'hui l'objet de critiques acerbes.

Le malade considère le médecin comme ayant acquis après de longues études un ensemble de connaissances et de capacités techniques qui lui permettent de guérir efficacement et rapidement sa maladie. Pour lui, la fonction du médecin n'est pas simplement de l'aider à guérir (le médecin soigne et Dieu guérit), il en attend une réponse ponctuelle à sa demande. Le médecin n'est plus cet humaniste que écoute, qui comprend mais le technicien qui prescrit, qui opère, et qui doit réussir. Cette nécessité de la guérison du symptôme amène le malade à n'attendre du médecin que le traitement... ».

« ...Certes, nul ne peut, affirmer que les conditions de l'exercice de la médecine dans notre pays, que ce soit dans le public ou le privé soient idéales, mais la grande majorité des médecins se dépense quotidiennement avec les moyens du bord pour diminuer les souffrances de leurs malades. Tout le monde sait que:

- La médecine n'est pas une science exacte ; le médecin est tenu à une obligation de moyens et non de résultats. Le médecin peut se tromper dans son diagnostic, mais il n'a pas le droit de commettre des fautes.
- Les moyens dont nous disposons peuvent se révéler insuffisants ou difficilement accessibles. Mais le Code de Déontologie ne précise-t-il pas que «le médecin doit exercer sa profession dans les conditions lui permettant l'usage régulier d'une installation et des moyens techniques nécessaires à son art... ».

« Malheureusement, les malades ne sont pas suffisamment préparés ni informés de ces problèmes, aucun programme d'éducation sanitaire ne parle des limites de la consommation médicale. Ils ne comprennent pas pourquoi le même médecin, le même paramédical leur manifeste moins d'égard et moins d'empathie en certaines circonstances.

Bien sûr la faute n'incombe pas toujours aux médecins, mais ces derniers... doivent comprendre que la bonne relation avec le malade est une

impérieuse nécessité pour l'efficacité du traitement, et pour l'acceptation par le patient de toutes les conséquences de l'acte médical ».

(Le « Bulletin », n° 3, septembre 1982 ; extraits)

En janvier 1977, éclate l'affaire dite des « ordonnances numérotées ». Les médecins considèrent comme attentatoires à la dignité et à l'honorabilité de la profession, ainsi qu'à la relation avec leur environnement, l'institution de carnets à souche¹⁶ avec ordonnances numérotées (art. 9 de la loi des finances de 1977). Il s'agit de surcroît d'une mesure discriminatoire car si les médecins adhèrent à l'objectif de transparence et de justice fiscale prônée par les autorités, il n'en demeure pas moins que les réformes doivent se faire dans un cadre global et intéresser tous les assujettis à l'impôt. La suspicion que la loi fait peser sur les seuls médecins est illégitime. A l'initiative de l'Ordre une assemblée générale extraordinaire est convoquée, à l'issue de laquelle une motion est adressée aux Ministres de la Santé et des Finances ainsi qu'au Premier Ministre. L'expertise de spécialistes de la fiscalité est sollicitée, un « livre blanc » est rédigé, des entrevues avec le Premier Ministre et les Ministres en charge de la santé et des finances ont lieu. Finalement une commission « tripartite » est créée qui se réunit à partir de mars 1977, chargée de l'étude de l'imposition fiscale des médecins. L'Ordre est représenté par B. Gharbi et H. Ben Slama. Les positions qu'il défend sur mandat de l'assemblée générale des médecins sont :

- Le refus des ordonnances numérotées;
- La réforme de la fiscalité.

Suite à cette action, un amendement à la loi du 31/12/1976 portant loi des finances pour la gestion 1977 est publié. Une nouvelle rédaction de l'article 9 est proposée : le système des ordonnances numérotées est maintenu ; mais deux autres modes de contrôle des bénéfiques et de la fiscalité (soit le forfait sur la base des revenus du médecin de santé publique de mêmes qualification et « ancienneté » ; soit la tenue d'une comptabilité recettes/dépenses) sont envisagés; le médecin choisit le système qui lui convient. Par ailleurs, un décret n° 79-732 daté du 14/8/1979 fixe les modalités d'application de l'article 43 du Code de la patente et de l'impôt sur les bénéfiques des professions non commerciales : les honoraires et les recettes servant de base à la détermination du bénéfice imposable des médecins exerçant à titre privé ou dans les hôpitaux pour leur propre compte ne peuvent être inférieurs aux revenus de leurs homologues de même ancienneté (8 échelons sont distingués) exerçant à plein-temps, sous déduction d'un pourcentage de frais professionnels égal à 20%.

Témoignage

Les activités au début des années 1980 : éclairage

... « Action sur le plan syndical »

1. *la tarification: le texte nouveau sur la tarification est enfin paru, après plus de trois de négociation. Le retard mis à sa publication a pu rendre certains tarifs dépassés, mais le Conseil de l'Ordre s'en tient pour l'instant à l'application stricte de ce texte.
Cependant pour éviter à l'avenir de tels retards, nous avons demandé et*

¹⁶ Les souches seront au nombre de 3 ; l'une gardée par le médecin, l'intercalaire est destinée aux services fiscaux, la dernière sert de support à la prescription médicale.

obtenu, du Ministère de la Santé Publique, qu'une commission nationale de tarification soit officiellement instituée, cette commission devra se prononcer chaque année au cours du mois de décembre sur la tarification qui devra être appliquée l'année suivante.

2. la fiscalité : Rien de bien nouveau dans ce domaine, la réforme de la fiscalité étant une réforme générale en cours. Le Conseil de l'Ordre s'en tient donc à l'application stricte des textes existants, avec les modalités d'application variables en fonction de certaines circonstances.

Le Conseil de l'Ordre a déjà informé tous les médecins de la nécessité de faire appel à la commission paritaire chaque fois qu'ils s'estiment lésés ou injustement taxés. Au cours de l'année 82, la commission paritaire s'est réunie plusieurs fois, et toutes les taxations injustes ont été effacées, et quelques cas se sont conclus par des «non lieu».

Action sur le plan social

Plusieurs activités sur le plan social cette année:

1. La loi sur la retraite pour les médecins d'exercice libéral:
Vous avez tous reçu copie de ce projet, il est actuellement à l'étude par des techniciens.

Les médecins et surtout les non salariés, d'entre eux constituent une des catégories professionnelles la moins protégée. Entrés dans la vie professionnelle entre 30 à 35 ans, après de longues, difficiles et coûteuses études; souvent obligés de s'endetter pour installer un cabinet médical, devant attendre plusieurs années pour se faire connaître et constituer une «clientèle», soumis aux réalités socio-économiques environnantes, ils arrivent vers 45-50 ans épuisés et sans aucune garantie matérielle.

Ce projet de loi constitue bien sûr un acquis important, et le Conseil de l'Ordre estime que pour un projet d'une telle importance pour l'avenir du médecin, il est nécessaire d'en étudier tous les aspects et de faire en sorte qu'il corresponde réellement aux aspirations des médecins.

2. La Maison des Sciences de la Santé: grâce à la collaboration avec le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances, le Conseil de l'Ordre a acquis en copropriété avec la Société des Sciences Médicales, le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens dentistes, un terrain d'une superficie d'un hectare, à côté de l'hôpital Abou El Kacem Chabbi au Bardo.

Cette acquisition s'est faite selon la proportion suivante:

- 30% au conseil de l'Ordre des médecins;
- 30% à la Société des Sciences Médicales;
- 30% au Conseil de l'Ordre des Pharmaciens;
- 10% au Conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes.

Sur ce terrain, sera édifié un bâtiment qui regroupera les bureaux des Ordres, des salles de conférences, une bibliothèque, des salles de loisir, et des chambres.

3. Coopérative du logement: La coopérative du logement du Conseil de l'Ordre a permis à plusieurs confrères d'acquérir des terrains dans la région d'El Menzah, et à d'autres d'acquérir des logements type duplex actuellement en cours de construction à El Manar I à Tunis.
4. Accueil des nouveaux : Le Conseil de l'Ordre a organisé cette année l'accueil des nouveaux médecins. Une fois par mois, tous les nouveaux inscrits sont reçus par le bureau, et un échange d'idée et de renseignements se fait.

Ces séances ont eu un grand succès et l'expérience sera maintenue au cours de l'année prochaine... ».

(Extraits du rapport annuel ; Assemblée électorale de 1982)

Période 1985 à 1988

En 1985, un nouveau bureau entre en fonction (son mandat dure jusqu'en 1987), avec à sa tête H. Garoui. Le déroulement des élections qui ont eu lieu le 22 février 1985 et les circonstances dans lesquelles un certain nombre de votes par correspondance ont été annulés sont contestés, par quatre candidats (dont l'un a été élu). Une procédure judiciaire est engagée; les plaignants sont déboutés (jugement prononcé le 29/10/1985); le membre (élu) du Conseil ne participe pas aux réunions pendant une année, pour marquer sa réprobation.

A l'occasion de la constitution du bureau, il est décidé de créer un deuxième poste de vice président (A. Hachicha, M. Gueddiche sont élus vice-présidents). B. Gharbi, président de l'Ordre de 1971 à 1984 (le troisième après M. Materi et T. Zaouche) ayant décidé d'abandonner tout mandat électif à l'Ordre, le conseil nouvellement élu, le proclame Président d'honneur, en signe de reconnaissance.

Le monde médical est à nouveau agité par un nouveau différend avec l'administration fiscale. Celle-ci ayant décidé d'instaurer (art. 13 de la loi des finances de 1985) des mesures¹⁷ que les médecins jugent injustes, le corps médical se mobilise. Une assemblée générale se tient à l'hôtel Africa ; un collectif, comprenant des représentants des Syndicats et des Ordres est constitué ; il est reçu par le Premier Ministre. Une commission tripartite où sont présents, outre le «collectif», les représentants des Ministres de la Santé et des Finances se réunit ; les pourparlers sont engagés avec la direction des impôts ; des désaccords entre les partenaires du collectif sur la stratégie à adopter et sur le rôle de chacun surgissent. La protestation des professionnels de santé est mal perçue par le public ; tout comme cela fut le cas en 1977 des articles les calomniant sont publiés par la presse.

A la même période, il est également décidé d'accélérer la procédure de la liquidation – qui ne sera achevée qu'en 1988 – de la coopérative de logement, créée en 1980. Malgré les services rendus, celle-ci a été violemment contestée par certains bénéficiaires, - dont certains sont membres de l'Ordre - y compris devant la justice. Au vu du bilan des réalisations et des comptes, le responsable de la coopérative est félicité pour son militantisme et son total désintéressement (2/12/1986); il est en outre totalement réhabilité par le tribunal.

Le projet de mettre en place des « représentations » régionales à Sousse et Sfax¹⁸ se réalise ; des élections sont organisées en juillet 1985, les deux comités (comprenant 3 membres chacun) sont élus ; un budget de fonctionnement leur sera attribué. Leur rôle consistera à recevoir et à étudier - puis de transmettre au Conseil National – les demandes d'inscription au tableau et de qualification ainsi que les plaintes; également à fournir aux demandeurs une information déontologique fiable.

17 Il s'agit de l'additif au code des impôts de la patente et de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales concernant les praticiens libéraux, (notamment les médecins et médecins dentistes) stipulant que les caisses d'assurances et de prévoyance sociale, les campagnes d'assurances et les mutuelles sont tenues de joindre à leur déclaration d'employeurs un état – sur lequel figurent pour chaque praticien les montants des honoraires bruts portés sur les feuilles de soins des assurés.

18 Les conseils régionaux de l'Ordre seront institués par la loi en 1991.

L'achat d'un ordinateur – une première - est décidé ; une « démonstration » est faite le 16/9/1986 lors d'une séance du Conseil.

Pour répondre aux demandes des confrères, une permanence quotidienne assurée par les Conseillers est organisée.

L'étude de dossiers importants (réforme de la loi de 1958, couverture sociale des médecins libéraux, approvisionnement en médicaments et pénurie en certains produits), est à l'ordre du jour. Le Conseil de discipline qui « ne s'est pas réuni entre 1982 et 1986 » est réactivé : parmi les problèmes qui nécessitent l'arbitrage de l'Ordre, ceux liés aux « débordements » imputés aux bénéficiaires du plein-temps aménagé et aux déficiences de l'organisation gardes dans les cliniques sont récurrents. L'Ordre est sollicité d'intervenir à la suite de poursuites et de jugements contre des médecins accusés d'être « islamistes ».

Le prix M. Materi est décerné (octobre 1987) à deux confrères. Le siège de l'Union des Médecins Arabes est à Tunis.



Remise du Prix M. Matri (1990)

(de gauche à droite : H. Ben Ayed, F. Triki, H. Saied, M. Ben Hamida, B. Gharbi)

De 1988 à 1995, H. Ayari est Président de l'Ordre à la tête d'équipes dont la composition a changé au gré des résultats des élections, (à l'exception du poste secrétaire général, occupé par Fethi Tébourbi de 1989 à 1998). Il est à signaler que l'échéance des élections prévues pour fin 1989 a été retardée dans l'attente des réformes dont la mise au point tardait à aboutir. Ces élections ont finalement eu lieu le 13/3/1992.

Au cours des années 1992 et 1993, la loi et les décrets régissant l'organisation et le fonctionnement de l'Ordre des médecins et des Conseils – National et Régional – et le décret portant code de déontologie médicale sont publiés.

Le Bulletin d'Informations », reprend sa parution, suspendue notamment après que M. Boukhris se soit retiré de l'Ordre en 1986.



Cérémonie commémorative M. Boukhris (1996)

(de gauche à droite : Ch. Belkahia, M. Harbi, H. Mhenni, D. Jazi, A. Materi, S. Gaigi)

La relation des médecins avec la presse fait à nouveau débat. On s'interroge sur la manière dont l'Ordre doit réagir : en prenant des sanctions contre les médecins « imprudents » ou en usant à leur égard des ressources de la pédagogie (pour les mettre en garde contre les pièges de l'interview, et contre la tentation de diffuser des informations à caractère publicitaire ou commercial) ? Par la protestation verbale auprès des journalistes et des responsables de presse ou en revendiquant le droit de réponse ?

Des médecins sont poursuivis en justice ou font l'objet de sanctions administratives. La situation est relativement fréquente et l'Ordre est sollicité d'intervenir et/ou de leur prêter assistance (conseil juridique).

L'application de nouvelles dispositions introduites par les réformes de 1991 à 1993 est source de litiges, notamment à propos des cabinets (box) de consultation dans les cliniques dont ils doivent être totalement isolés, ou des services de garde privés (conflits entre associés, non-respect de la territorialité...) ; ou des difficultés du contrôle de l'application des règles de « l'activité privée complémentaire » des hospitalo-universitaires dans les cliniques.

Les modalités de l'exercice de certains médecins auprès des touristes séjournant dans les hôtels au Centre comme au Sud sont contestées (ristourne au personnel de l'hôtel, surfacturation, constitution de monopoles...). L'organisation d'une réunion avec les responsables des secteurs intéressés est projetée.

Un débat sur la politique du médicament dont le Bulletin se fait l'écho a lieu : les représentants de la Pharmacie Centrale, des Ministères, des Ordres, des Syndicats sont présents. L'éditorial, dont texte ci-dessous, paru dans le bulletin (n°4, juin 1993) fait la synthèse de la position défendue par l'Ordre.

Le Médicament étant un produit stratégique, il est tout à fait normal que sa fabrication et sa commercialisation soient entourées du maximum de garanties.

En Tunisie notre politique dans ce domaine est caractérisée ces dernières années par:

- *Le développement de nouvelles «unités de fabrication»;*
- *et le recours à l'appel d'offres.*

Si l'idée de développer la «production locale» est bonne en soi, vu qu'elle est génératrice d'emplois et peut favoriser le transfert technologique, il n'en demeure pas moins nécessaire d'entourer cette fabrication de toutes les conditions de sécurité.

Elle devrait déboucher sur des produits fiables et abordables au niveau du prix. L'appel d'offres est aussi un bon moyen pour mettre à la disposition du malade des produits à des prix raisonnables.

Mais cela ne doit pas se faire au détriment de la qualité. C'est dire l'importance de la mise sur pied d'un laboratoire de contrôle, doté de tous les équipements nécessaires, lui permettant de s'acquitter convenablement de sa tâche.

C'est aussi l'époque où l'Ordre est signataire du «Pacte National» ; où il manifeste sa solidarité avec les peuples irakien et palestinien ; où il milite pour la culture des droits de l'homme ; où des médecins du secteur privé envisagent l'installation d'un appareil d'imagerie à résonance magnétique, où la fécondation in vitro fait ses premiers pas (l'ouverture d'un centre à Tunis est en projet). En raison de la situation politique troublée de pays amis, des médecins originaires de ces pays (Irak, Algérie..) sollicitent d'être inscrits au TOM (ne seront acceptés que les candidatures de conjoints de nationaux). Un médecin contre lequel une mesure de suspension est prise demande à « profiter de cette inactivité pour faire un stage de perfectionnement, « l'autorisation » lui est accordé.

La mise en place des conseils régionaux nouvellement créés par la loi se fait dans la concertation mais nécessite que certains équivoques (concernant les compétences du « national » et du « régional ») soient dissipées. La première réunion de coordination, entre Conseils National et Régionaux « véritable parlement » de l'Ordre, est organisée le 9 mai 1992 à Sousse.

Un conflit interpersonnel entre des membres du conseil régional de Gabès – à propos de l'autorisation d'installation d'un confrère – s'est envenimé au point que le conseil National, après que les efforts de médiation aient échoué, décide de suspendre l'activité de ce conseil ; de mettre sous tutelle ses locaux, et d'organiser de nouvelles élections. Celles-ci ont lieu en 1997, une fois épuisés tous les recours devant les tribunaux de justice.

Le processus des réformes du secteur de la santé, commencé au début des années 1990, en même temps qu'il se poursuit (dans les domaines de la santé mentale, du statut des psychologues ; de la qualification des médecins ; de la politique nationale du médicament ; de l'hémodialyse ; des gardes médicales dans le secteur libéral), engendre de nouvelles responsabilités pour l'Ordre : ce dernier désigne ses représentants au sein des commissions nationales (10 au total, outre le comité national d'éthique, le conseil supérieur de la santé et les conseils d'administration des établissements publics de santé) créées en application des nouvelles dispositions législatives ; il est sollicité « d'assainir » le secteur des gardes médicales (où coexistent encore gardes municipales et gardes privées) et de veiller à sa conformité avec la nouvelle

réglementation ; il participe aux travaux du conseil supérieur de la santé dont l'ordre du jour porte sur l'adéquation formation-emploi, le financement de la santé, la réforme du plein-temps. Le bail professionnel est évoqué. Le 9 juillet 1992, a lieu la première réunion du comité comprenant l'Ordre et les syndicats médicaux prévu par le Code de Déontologie Médicale, chargé de fixer la fourchette des honoraires.

Parmi les motifs des nombreuses plaintes traitées par les instances ordinales, la contestation des certificats médicaux (un médecin, dont la bonne foi a été abusée a même délivré un certificat d'arrêt de travail à un citoyen emprisonné par la justice)¹⁹, la qualité de la relation entre confrères (altérée parfois par les empiètements de médecins du secteur public sur l'exercice libéral) « l'invitation » des médecins étrangers sans l'accord des autorités de tutelle et de l'Ordre pour effectuer des « démonstrations » dans certaines cliniques sont au premier plan.

Le décret 96-519 du 25 mars 1996, portant refonte de la réglementation relative à l'équivalence des diplômes et des titres est promulgué. Il institue au Ministère de l'Enseignement Supérieur une commission nationale et des commissions sectorielles dont les prérogatives et la composition sont définies dans les chapitres II et III du décret. Les commissions sectorielles sont au nombre de dix ; l'Ordre des médecins est membre de celle dédiée aux « sciences médicales et paramédicales ».

Période 1996 à 1998 :

Aux élections organisées en 1997, un nombre record de 32 candidatures (dont une invalidée) est enregistré !

Dans les années qui suivent 1996, le Conseil National de l'Ordre poursuit son activité. Suite à la création des conseils régionaux, de nombreuses tâches leur sont maintenant déléguées en totalité ou partiellement, notamment la réception des dossiers d'inscription au tableau de l'ordre et de demande de qualification, l'autorisation d'exercice et de remplacement, l'instruction des plaintes, le contrôle des conventions.

De nouvelles pratiques sont dénoncées à l'Ordre, certaines sont à caractère commercial comme par exemple la vente d'implants oculaires, par un spécialiste ou des examens échographiques réalisées par des confrères insuffisamment formés dans le domaine. La prescription non justifiée de psychotropes est à nouveau objet de signalement : phénomène récurrent qui s'éteint suite à l'intervention des autorités et aux sanctions prononcées contre les contrevenants puis renaît, de nouvelles filières finissant par se créer.

Le tableau (par ordre d'inscription de 1 à 7851 pour les tunisiens) ainsi qu'un annuaire des médecins de Tunisie (le terme est le 31/12/1996) est publié ; l'annuaire comporte la liste des médecins en exercice selon leur qualification, et d'autres identifiants (adresse, mode de pratique...). L'édition précédente date de 1983.

Un important séminaire sur la formation continue dont K. Ayachi, A. El Khadim, M. H. Daghfous, A. El Gafsi sont les principaux animateurs, est organisé en novembre 1997 dont le Bulletin publie les principales recommandations.

19 Il ne s'agit pas d'une première ; il existe des précédents et aussi une « suite », la dernière plainte pour ce motif date de avril 2008...

La Formation Médicale Continue (Recommandations)

1. *L'organisation de la Formation Médicale Continue (FMC) impose:*
 - *Le choix d'un animateur : chargé de la FMC (mise en place d'une structure pour la formation des formateurs);*
 - *L'identification du besoin: Ce besoin doit être identifié et défini par les médecins eux-mêmes;*
 - *Les contacts: créer une meilleure communication entre les confrères des différents modes d'exercice, ainsi qu'entre généralistes et spécialistes.*

2. *L'efficacité de la FMC doit obéir à des critères de qualité stricts qui sont:*
 - *L'adaptation à l'exercice du praticien;*
 - *La qualité scientifique;*
 - *La qualité pédagogique;*
 - *L'indépendance de l'action de la FMC à tous les niveaux.*

3. *La politique de la FMC doit être l'affaire de la profession elle-même, à travers ses diverses composantes (conseil de l'Ordre des médecins, Sociétés Scientifiques, Syndicats Médicaux, Université...). La coordination des différentes actions de la FMC exige la révision du Conseil National de FMC (créé par arrêté du Ministre de la Santé Publique du 3/12/1981) quant à sa composition, ses prérogatives, ses rapports avec les sociétés savantes, les facultés, le CNOM etc..., ses moyens et ses méthodes de travail.*

4. *L'action de la FMC doit être continue, structurée et organisée à l'échelle nationale intéressant toutes les régions du pays et tous les modes d'exercice.*

5. *Le code de déontologie fait de la FMC un devoir moral et déontologique (art. 14), mais sans envisager une obligation réglementaire. L'objectif à long terme, serait de rendre la FMC obligatoire, mais il faudrait réunir entre temps les conditions de réussite nécessaires:*
 - *Mettre en place, dans une première phase, des structures et des modalités incitatives et attractives: (abattement fiscal, indemnité compensatoire servie par un organisme d'assurance, maladie pour les médecins participants à la FMC etc...);*
 - *Œuvrer pour l'existence et l'accès à une offre de FMC pertinente et adéquate;*
 - *Définir les critères de qualité stricts;*
 - *Envisager les modalités et les critères d'évaluation (prendre toutes les précautions nécessaires afin d'éviter les dérapages).*

6. *Proposer la création d'un «fond national de FMC» qui sera alimenté par:*
 - *Les employeurs: notamment l'Etat: Ministère de la Santé Publique; Ministère de la Formation Professionnelle; Ministère de l'Enseignement Supérieur et Recherche Scientifique....;*
 - *La fiscalité sous forme d'un abattement consenti aux médecins (acquisition de matériel, frais de participation etc...);*
 - *Les assurances et Caisses;*
 - *Les Syndicats, Associations, Conseils de l'Ordre etc...*

7. *Garder toujours l'indépendance de l'action de la FMC notamment vis-à-vis de toutes les sources de financement (quant au choix des thèmes, le contenu de la FMC etc...).*

8. *Avoir de la transparence dans les modalités de financement.*

Au terme de ce séminaire, et après adoption à l'unanimité des recommandations sus-citées, il a été proposé la création d'un comité de réflexion, qui doit voir le jour sans délai, pour approfondir la réflexion sur ce thème. Ce comité sera sous l'égide du CNOM.

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

Un séminaire sur la télémédecine a lieu à Tunis en septembre 1998. Auparavant une « démonstration » de l'utilisation de l'Internet est faite aux membres du Conseil National (séance du 20/1/1998).

Période 1998 – 2002 :

A la suite des élections de 1998, le Président juge nécessaire de préciser la distinction à faire entre le pouvoir de décision, qu'attribue la loi exclusivement aux délibérations du Conseil, et les fonctions exécutives. La règle du bénévolat est rétablie. Cet esprit nouveau génère des tensions qui cherchent à s'exprimer en essayant de contester les élections suivantes. Les recours introduits n'ont pas, au bout du compte, la suite qu'ils escomptaient et les élections qu'il a fallu réorganiser en 2001 assoient définitivement l'autorité de l'instance ordinaire.

Au cours de cette période 1998 – 2002, l'Ordre parfait son organisation. Le règlement intérieur que la loi de 1991, qui a institué les Conseils régionaux, a chargé le Conseil national de fixer, est élaboré et adopté. Il pose le préalable de l'intangibilité du bénévolat, définit clairement les responsabilités et établit les délibérations du Conseil en tant qu'une unique autorité de décision. La gestion financière est réorganisée de façon à ce que « la rigueur et la transparence » soient la règle. Un expert comptable est recruté. Une commission du contrôle des comptes et des placements financiers est instituée. Les achats de locaux pour abriter les sièges des Conseils régionaux de Sousse et de Sfax sont concrétisés. Des équipements informatiques sont installés dans tous les Conseils. Après la promulgation d'une amnistie, un important effort est fait pour la collecte des cotisations qui, bien que maintenues à 35 Dinars par an depuis plus d'une décennie, assurent un budget largement excédentaire.

Le courrier administratif ainsi que la procédure disciplinaire sont arabisés. Dans le cadre de ses responsabilités, l'Ordre apporte un soutien juridique à des médecins inculpés dans des procédures pénales. A propos des expertises médico-légales, il souligne l'importance de la formulation dans la rédaction des rapports. C'est ainsi que des confrères condamnés en première instance à des peines de prison ferme pour fautes professionnelles alléguées, sur la base de rapports d'expertise aux formulations ambiguës, sont innocentés en appel grâce à des reformulations plus claires.

Les travaux d'élaboration de la réforme d'assurance maladie constituent la préoccupation majeure de cette période. La réforme est perçue comme devant forcément entraîner un bouleversement de l'exercice. L'Ordre veille à ce que rien de ce qui est projeté

n'affecte les valeurs essentielles qui fondent la mission du médecin. C'est ainsi qu'un système atypique de « capitation », qui tel qu'il est projeté n'assure pas l'indépendance des décisions professionnelles du médecin « capité », est combattu. Le projet est finalement retiré.

Toutefois, à deux reprises en 1999 et en 2001, le Conseil National est le théâtre de contestations. Le premier conflit est à caractère interpersonnel et aboutit à la consolidation du rôle du Président et à une nouvelle répartition des responsabilités au sein du Conseil élu ; la seconde fois, le déroulement de la procédure électorale fait l'objet de l'action en référé de 4 médecins dont les candidatures, déposées hors des délais réglementaires selon le bureau sortant, ont été rejetées. Le jugement en première instance ayant donné raison aux plaignants, le Président décide – pour ne pas paralyser l'activité de l'Ordre – de ne pas faire appel de cette décision et d'organiser de nouvelles élections. Celles-ci ont lieu le 30 juin 2001. Le bureau est recomposé en juillet 2001.

Période 2003 à 2008

Aux élections pour le renouvellement de la moitié du Conseil National, un nombre important de candidats (29) est enregistré.

Le processus devant conduire à la réforme de l'assurance-maladie prend du retard ; les textes à paraître notamment ceux relatifs à l'inspection et à la convention cadre sont l'objet de débats animés. La position défendue par l'Ordre se réfère à la règle déontologique notamment dans ses aspects relatifs à la relation médecin-malade, à l'indépendance du médecin y compris celle du médecin conseil de la Caisse Nationale d'assurance-maladie, au droit à la formation continue et à la non-ingérence de la CNAM dans le domaine, dévolu à l'Ordre, de la discipline et du règlement des litiges impliquant des médecins. Il émet des réserves au sujet du « médecin référent ».

Quant à la convention sectorielle bien que l'Ordre n'ait pas été associé à sa négociation, ce dernier a émis à différentes reprises des avis mettant notamment en garde contre la complexité et la lourdeur des formalités et attirant l'attention sur la nécessité de faire en sorte que préalablement à son entrée en vigueur, le public et les médecins soient clairement informés des procédures.

La convention sectorielle des médecins de libre pratique : l'ordre écrit à messieurs les Ministres (Conseiller du Président de la République, Santé Publique, Affaires sociales/solidarité/Travailleurs à l'étranger)

1. *«Préalablement à l'échéance du 1^{er} juillet 2007, la mise au point de l'ensemble des annexes prévus par la convention sectorielle devra être achevée; ainsi les candidats à l'adhésion seront pleinement informés, les équivoques seront levés et les litiges évités (sinon plus aisément résolus). Ces annexes concernent notamment :*
 - *les tarifs de certains actes; le plafond attribué à chaque assuré (Article 71); la liste des hospitalisations (Article 8) et leur tarification (Article 85); la liste des APCI;*
 - *l'achèvement de la révision de la nomenclature des actes professionnels;*
 - *le dossier de santé (Articles 13, 17)...»*

2. *«certaines mesures énoncées dans la convention sectorielle doivent être mises en harmonie avec les dispositions édictées dans des textes réglementaires de la profession médicale (Code de déontologie médicale ; loi 91/21 du 13 mars 1991; décret 91-1647 définissant les prérogatives des Conseils régionaux).*

Sont notamment concernés :

- *Les modalités de fixation des tarifs des honoraires;*
 - *Le libellé des inscriptions figurant sur les ordonnances et sur les plaques;*
 - *L'organisation de la formation continue dont le CNOM est un partenaire obligé;*
 - *Le contenu du «dossier santé».*
3. *L'exclusion du médecin non conventionné et par voie de conséquence de son client, affilié à la Caisse et payant ses cotisations, du remboursement des soins, outre qu'elle constitue une entrave à la liberté du choix du médecin par le patient, est contradictoire avec le droit à la santé reconnu par la Constitution.*
 4. *Le CNOM émet le souhait qu'une procédure d'évaluation continue et d'audit (sur des critères préalablement définis) des coûts et des bénéfices soit mise en œuvre ; ainsi les dysfonctions, les redondances, les lourdeurs seront rapidement détectées et corrigées. (voir notamment Articles: 44, 49, assimilant le médecin libéral à un salarié: Article 69, 72, et 75 relatif aux ordonnances: article 87, 91, et 92 honoraires...).*

Par ailleurs la mise en place d'un système fiable, pertinent et préservant la confidentialité des données et le secret médical «d'échanges électroniques» entre la caisse et les professionnels de santé devrait constituer une priorité. Il en est de même pour les études relatives à l'institution des régimes complémentaires (Article 134) ...»

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

Le processus de la négociation est laborieux ; les divergences de points de vue, somme toute naturelles avant l'aboutissement à l'accord final, entre les représentants de l'administration et ceux des médecins (STML ainsi que conseil de l'Ordre, plus tard STMSL) à-propos de la mise en place des éléments du dispositif de l'assurance maladie alimentent la chronique des médias. Certains organes de presse en font de façon récurrente une présentation biaisée, un prétexte à la polémique et au dénigrement de la profession entière utilisant l'argumentation habituelle en pareilles circonstances.

Concernant le fonctionnement de l'Ordre, la réorganisation de la gestion financière se poursuit : un modèle est proposé pour la comptabilité. Une grille est instituée (juillet 2006) pour le calcul des émoluments des catégories du personnel et pour son avancement, prenant comme modèle, celle en vigueur dans le secteur parapublic. Avec les Conseils Régionaux, les rapports sont progressivement clarifiés : le budget programme qu'ils proposent à la commission financière en début d'année, est, une fois adopté, honoré par tranches trimestrielles. Chaque Conseil Régional dispose de deux comptes : un compte pour les recettes – celles-ci étant ensuite reversés au compte bancaire unique du Conseil National – et un compte dépenses. L'institution ordinaire dispose d'un matricule fiscal unique; la déclaration récapitulant les retenues opérées sur les salaires, les honoraires et les loyers est déposée auprès de la recette dont

relève le siège du CNOM. La centralisation concerne également la gestion des salaires du personnel. Le contrôle des finances est fait par un auditeur externe.

Le règlement intérieur est amendé (amendements approuvés par le Conseil National dans sa séance du 3/3/2006) ; les dispositions relatives à la comptabilité financière y figurent ; le bénévolat – pour les conseillers élus – est consacré, à l'exception d'indemnités de déplacement (quand la distance parcourue dépasse 50 Km) versées aux « missionnaires ».

L'acquisition des nouveaux locaux des Conseils Régionaux de Tunis, de Sousse (vente du local acquis en février 2002 et achat du « nouveau siège ») et plus tard de Gafsa, est finalisée.

La mise en place des modalités nouvelles de la gestion ajoutée aux divergences (à propos de l'autorisation de l'installation de nouveaux venus dans les grands regroupement de médecins qui foisonnent à Tunis, des confrères « de même spécialité » s'opposant à leur venue ; ou bien de la compétence disciplinaire que certains conseillers régionaux revendiquent ou des décisions du conseil de discipline qu'ils contestent ; ou bien des insuffisances du dialogue et de l'information réciproque -) provoquent une crise dans les rapports entre le Conseil National et les Conseils Régionaux. Ces derniers mettent en place un dispositif de concertation (appelé « inter CROM ») et tiennent des réunions dans l'intervalle de « coordinations ». Avec le temps, le cours normal des choses se remet en place.

Au cours des réunions de coordination entre Conseils, sont évoqués les problèmes générés par l'exercice de la médecine dans les zones touristiques et par les prestations de chirurgie esthétique à des étrangers. L'Ordre prend position ; des réunions sont tenues avec les responsables des Ministères de la Santé Publique, du Tourisme et avec les Sociétés Savantes (chirurgie esthétique). Concernant la médecine dans les zones touristiques, une circulaire est adressée aux responsables régionaux du Tourisme, de la Santé et de l'Ordre pour les inviter à régler dans le cadre de commissions régionales les litiges et à les prévenir notamment en répartissant équitablement les conventions de soins, visés par l'Ordre, entre les médecins de la région.

Quant à la chirurgie esthétique, une mise au point est adressée à la Société de Chirurgie esthétique qui la diffusera à ses adhérents pour les inciter à éviter les pratiques commerciales (marketing, annonce du prix des interventions par la presse), à veiller à l'assurance de qualité, au suivi des soins et au secret médical. D'une façon générale, les services médicaux (dialyse rénale par exemple) et chirurgicaux (quelque soit le type de chirurgie) à des étrangers doivent se faire dans le cadre du respect de la déontologie et de l'éthique, les autres considérations étant reléguées au second plan.

Un « guide » est publié en 2006, il est destiné à informer les jeunes médecins sur les modalités de l'exercice en Tunisie et à faciliter leur entrée dans la vie active (chapitre I). Dans le chapitre II figurent les textes du code de déontologie et des lois relatives à l'organisation sanitaire d'une part (loi 91-63) et à l'exercice des professions de médecin et de médecin-dentiste (loi 91-21) d'autre part. Un exemplaire est délivré à chaque nouvel inscrit au tableau de l'Ordre.

Les plaintes adressées à l'Ordre sont toujours aussi nombreuses²⁰. Elles sont examinées, selon une procédure prédéterminée: premier passage devant le conseil, audition(s) des parties (au moins de la partie incriminée), puis deuxième passage devant le conseil pour décider des suites (classement, règlement amiable ou de façon exceptionnelle, renvoi devant le conseil de discipline). Un nombre non négligeable émane de responsables de sociétés qui accusent les médecins de délivrer des certificats (« de complaisance ») de repos à leurs employés, notamment à l'occasion des périodes de vacances et de fêtes – ce qui nuit à la bonne marche et à la productivité de leur entreprise. Des médecins continuent à exercer en divers endroits, parfois fort éloignés l'un de l'autre (cabinet secondaire). Un médecin, titulaire également d'une capacité d'avocat, exerce de façon concomitante les deux métiers et serait inscrit aux deux Ordres. Des médecins sont dénoncés pour des pratiques qualifiées de « magiques » (pose de ventouses pour une grande variété d'indications), à grande échelle. D'un autre côté, les faux docteurs prolifèrent, leurs publicités et leurs promesses s'étalent dans les pages « spécialisés » de certains journaux. Le vol (ou la perte) d'ordonnanciers et/ou de tampons est signalé. L'organisation de défense des consommateurs signale le comportement qualifié d'irrespectueux de médecins vis-à-vis de leurs patients ; c'est ainsi que dans un cabinet, l'attente des clients se prolongerait au-delà des limites du tolérable.

Concernant les conventions (soins, travail, entreprise) des modèles de contrats sont mis au point ; des « fourchettes » d'honoraires sont fixés pour les divers types de prestations. L'expertise médico-judiciaire fait à différentes reprises l'objet de mises au point dans le Bulletin de janvier 2007 à mars 2008 par exemple. Les médecins sont de plus en plus fréquemment l'objet de procédures pénales ; l'assistance de l'Ordre est sollicitée.

Au cours du Congrès Maghrébin de Médecine organisé à Tunis en 2006, une table ronde est organisée, au cours de laquelle les responsables des Ordres Maghrébins ont chacun à son tour traité de deux sujets : déontologie et tiers payant ; organisation de l'Ordre.



Cérémonie de remise de la médaille du mérite ordinal (juin 2006)

(de gauche à droite : M. Chaabouni, M. Gueddiche, H. Karoui, R. Kechrid)

²⁰ Plus de 100 par an selon une statistique intéressant les vingt dernières années.

Par ailleurs, au cours de l'année 2007 est paru un décret (2007-1073 du 2 mai 2007) relatif aux Centres Spécialisés dont la liste est élargie et comprend dorénavant les centres de diagnostic et d'exploration dans plusieurs spécialités (cardiologie, pneumologie, ORL, Gastro-entérologie...) ; les cahiers de charge ont été mis au point, par centre. La nomenclature des actes médicaux fait l'objet de révisions. Les démarc-tes en vue d'annuler la décision d'assujettir les médecins (dont la pratique n'est pas « commerciale ») au paiement d'une taxe sur les plaques ainsi que la réforme de la législation relative au bail professionnel (et au maintien) n'ont pas abouti. Enfin, la commission de vigilance et de suivi de la grippe aviaire (qui comprend les responsables au plus haut niveau de divers départements) se réunit à différentes reprises de 2006 à 2008.

En février 2008, le CNOM est invité par la Commission des Affaires Sociales et de la Santé du Parlement pour donner son avis sur le projet de loi autorisant le pharmacien à délivrer au patient un médicament différent de celui prescrit par le médecin (droit de « substitution ») mais ayant la même dénomination commune internationale (D.C.I).

La position de l'Ordre est la suivante

1. *Un médicament (original ou générique) qui a obtenu l'A.M.M. Tunisienne est censé répondre aux normes qui garantissent les spécificités du produit et le descriptif fourni par le fabricant.*
2. *A efficacité égale, le médecin a pour obligation de prescrire les thérapeutiques les moins onéreuses. La prescription par génériques est réputée contribuer à la réduction des coûts des prestations de santé.*

La maîtrise des dépenses de santé est un objectif auquel le conseil de l'Ordre adhère pleinement. Pour autant, autoriser le pharmacien – qui plus est par acte de loi – « à exercer un contrôle – de qualité ? – sur l'ordonnance du médecin et à en modifier le contenu » sera perçue par la majorité des patients comme un acte de défiance vis-à-vis du corps médical. La relation entre le médecin et « son » patient en sera d'autant plus affectée que la réforme de l'organisation des soins vise à mettre en place la médecine familiale. De surcroît, la « substitution » exacerbera les susceptibilités (donc les conflits inter-personnels et les corporatismes). Dans certaines situations extrêmes (par exemple la survenue d'effets secondaires attribués à un produit « substitué »), elle risque d'engendrer un contentieux difficile à dénouer par l'autorité (sanitaire, voire judiciaire) devant laquelle le litige est porté.

3. *Pour un patient souffrant d'une maladie chronique, il est préférable que la substitution par un générique du produit qui lui est familier depuis plusieurs années soit introduite et longuement commentée par son médecin traitant, dans le cadre – respectueux du secret médical, de l'intimité et de la pudeur du patient – du cabinet médical et non devant « témoins », au comptoir.*
4. *L'Ordre des médecins tout en affirmant sa confiance dans l'efficacité des génériques dont la vente est autorisée par les autorités sanitaires (A.M.M.), estime que l'appréhension du public vis-à-vis de ces produits ne pourra être surmontée que si leur introduction dans les traitements est longuement argumentée par le médecin.*
5. *L'information – aussi actualisée que possible – sur les génériques disponibles sur le marché tunisien et sur leurs spécificités (efficacité, biodisponibilité, recommandations des sociétés savantes, coûts) doit cibler en priorité les médecins et leur parvenir dans les meilleurs délais ; les fluctuations de l'approvisionnement du marché doivent être maîtrisées.*

La séance a eu lieu le 11/2/2008 au Bardo, les débats ont été dirigés par la présidente de la commission qui a demandé aux invités, représentant les Ordres des médecins, des dentistes et des pharmaciens ainsi que le syndicat des fabricants de médicaments, de donner leur avis sur ce projet et de répondre aux demandes d'éclaircissement, membres de la commission.

Juin 2008 : le nombre des médecins augmente au rythme de sept cents par année ; malgré cela, les inégalités de distribution entre gouvernorats subsistent. Pour pallier le manque en spécialistes dont souffrent les institutions hospitalières régionales, le Président de la République décide de mesures d'encouragement à l'installation «d'équipes » de médecins qualifiés, notamment dans les domaines où les besoins sont les plus pressants. Ces mesures consistent en particulier, en la création de postes d'emploi stables et en l'octroi d'avantages matériels substantiels.



Débat à la télévision à propos des mesures présidentielles d'encouragement à l'installation de spécialistes dans les régions de l'intérieur.

de gauche à droite : Dr S. Kachboura, Dr M. Jouini, l'animateur, M. Znaïdi (Ministre de la Santé Publique)

III- LE PORTAIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Le portail du CNOM a été mis en ligne en 2003, son contenu a été rénové en 2006; il comporte deux espaces:

- un espace grand public;
- et un espace professionnel dont l'accès est réservé aux médecins, par login et mot de passe.

Une page est réservée aux commentaires, avis ou suggestions.

L'espace «**grand public**» comprend des rubriques réservées à l'exercice médical, au remplacement, aux études médicales, aux activités des conseils (national et régionaux) de l'Ordre, ainsi qu'à la mission de ces conseils. «Santé Plus» est dédié à l'éducation pour la santé. Figure également dans cet espace la liste des médecins en exercice par

qualification et par CROM d'appartenance (tableau de l'Ordre).

Le «*guide du médecin*» comprend deux chapitres: le chapitre I fait l'inventaire des démarches à accomplir par le jeune diplômé en vue de son installation dans la vie active (accompagnés des formulaires utilisés pour la circonstance, 'téléchargeables'). Quant au chapitre II il est consacré aux textes législatifs de référence (code de déontologie, lois relatives à l'organisation sanitaire et à l'exercice professionnel).

L'espace réservé aux médecins comprend les rubriques suivantes intitulées:

- «les avis du CNOM» sur des sujets tels que l'installation de médecins dans un même immeuble; la prescription par téléphone; le dossier médical; les certificats médicaux; l'APC;
- «les dossiers du CNOM» : y sont traitées de façon détaillée des thèmes tels que l'exercice de la médecine dans des zones touristiques, la réforme de l'assurance maladie;
- «Formation Médicale Continue» traite de divers thèmes d'actualité tels que la grippe aviaire; le SIDA...
- le contenu des 2 séries du « Bulletin » ;
- Des modèles de certificats et de contrats de convention;

CHAPITRE VII

LA SANTE DES TUNISIENS DES ANNEES 1950 A CE JOUR : LES ACQUIS, «LA TRANSITION SANITAIRE»

I. VUE D'ENSEMBLE²¹ :

1. L'analyse des indicateurs sanitaires, montre que la Tunisie est entrée dans une phase de **transition épidémiologique**.

Les programmes de lutte mis en œuvre, particulièrement dans les années 1960 et 1970 ont permis d'endiguer les fléaux sociaux (paludisme, bilharziose, trachome, tuberculose, diarrhées infectieuses, poliomyélite, tétanos néonatal, diphtérie, etc.). En raison de l'allongement de l'espérance de vie et de l'évolution vers un certain bien être, on assiste à l'émergence des maladies non transmissibles de type chronique et dégénératif, d'étiologie multifactorielle et au coût de prise en charge élevé. C'est ainsi que selon les études épidémiologiques récentes, la prévalence de l'hypertension artérielle varie entre 15% et 21% et est proche de celle de pays occidentaux tels que le Canada (14%). Parmi les cancers liés au tabagisme, le cancer du poumon est largement en tête, son incidence restant toutefois inférieure à celle de certains pays industrialisés, tels que la France ou le Canada (respectivement 55,1 et 82,5 pour 100 000 hab.) ; Le cancer du sein représente plus de 20% de tous les cancers féminins, son incidence est bien en deçà de ce qui est observé en France ou encore au Canada (respectivement 68,2 et 71,7 pour 100 000). Par ailleurs, la fréquence des troubles mentaux (dépressifs notamment) est comparable à celle rapportée dans la littérature internationale, avec une prévalence globale de la dépression majeure sur la vie entière de 8,2 % et de la schizophrénie de 0,57%.

2. **La transition épidémiologique est concomitante de la transition socio-économique et de la transition démographique.**

Le mode de vie des tunisiens a évolué depuis le début du siècle et notamment durant les 40-50 dernières années. Alors qu'en 1921, un tunisien sur quatre vivait en zone urbaine, cette proportion est passé à 1 sur 3 en 1956 et sera de 2 sur 3 en 2015.

En 1956, l'alphabétisation concernait 20% des adultes alors que cette proportion est actuellement de 65% ; la quasi-totalité de la population saura lire et écrire dans les 10 à 20 prochaines années. Le changement des habitudes et du mode de vie se manifeste par une tendance à la sédentarité, et une évolution vers un modèle alimentaire caractéristique des peuples dits « évolués », avec une ration riche en lipides et en protéines d'origine animale. Urbanisation et élévation du revenu favorisent la propagation de l'habitude tabagique, dont la prévalence globale est de 30% excédant même 50% chez l'homme.

Sur le plan économique, on assiste au recul progressif du secteur agricole et minier en faveur des secteurs industriels et surtout tertiaire, avec une participation de plus en plus importante de la femme dans le marché de l'emploi. En même temps, on note une amélioration du niveau de vie, avec un revenu moyen par habitant multiplié par 5 en termes réels ; le taux de la pauvreté n'est plus que de 4,4 % à la fin des années 90 contre 33% en 1966. Enfin, et dans le cadre de l'ouverture du pays au marché mondial

21 Cette présentation est une synthèse de l'article publié dans « Eastern Méditerranéan Journal, vol. 11, ½, 2005 sous le titre « la transition sanitaire en Tunisie au cours des cinquante dernières années et dont les auteurs sont A. Ben Hamida, R. Fakhfakh, W. Miladi, B. Zouari et T. Nacef.

(mondialisation), un plan d'ajustement structurel (PAS) a été adopté en 1986, visant surtout à libéraliser l'économie et à réduire les dépenses publiques.

La transition démographique désigne le passage d'un régime « d'équilibre » marqué par une mortalité et une fécondité fortes, à un régime « d'équilibre » à mortalité et à fécondité basses.

En Tunisie la mortalité a commencé à baisser dès le milieu du 20^{ème} siècle passant de 27 pour 1000 en 1920 à 16 pour 1000 en 1966, 13 pour 1000 en 1975 et 6 pour 1000 en 1994 ; quant à la natalité, elle est restée élevée jusqu'en 1966 (47 pour 1000) pour commencer à baisser en 1975 (35,8) passant sous le seuil de 30 en 1994 avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 2,4 – soit un niveau proche de ceux des pays industrialisés. Ces résultats en matière de fécondité ont été obtenus grâce à la conjugaison de plusieurs facteurs dont la politique de planification familiale et l'amélioration du niveau économique et social de la population. Il faut ajouter à cela le recul de l'analphabétisme, l'accès de plus en plus grand des femmes au marché de l'emploi et l'élévation de l'âge moyen du premier mariage.

L'une des principales conséquences de cette baisse de la fécondité sera le vieillissement de la population : la proportion de la population âgée de 60 ans et plus sera de 15% vers 2030.

3. Dans le contexte de la triple transition précitée, le système de soins a évolué en trois étapes :

- La première étape, celle des deux premières décennies de l'indépendance (années 1960 et 1970), a été celle de la formation du personnel de santé et du développement de l'infrastructure dans le secteur public, tant au niveau hospitalier (universitaire notamment), qu'au niveau de la première ligne (campagnes de masse et activités préventives) dont le moteur principal a été particulièrement dans le milieu rural, le personnel paramédical infirmier (« hygiénistes », techniciens d'hygiène) ;
- La seconde étape (années 80-90) fut celle de l'accroissement de la couverture sanitaire et des dépenses globales de santé qui passent de 3,8 % à 6,2% du PIB. Cette évolution s'est accompagnée d'un développement important du secteur privé de soins et de l'industrie pharmaceutique locale.
- La troisième étape, celle des décennies (2000-2020), devrait être celle de l'amélioration de la qualité des services et de la maîtrise des dépenses de santé et ce, tant au niveau du secteur public, qu'au niveau du secteur privé. En effet la politique de santé devra tenir compte des tendances résultant de la triple transition précédemment évoquée. En particulier, l'évolution projetée en matière d'urbanisation et d'éducation sera à l'origine d'un accroissement de la demande de la population en services de santé de qualité ; de même, d'autres tendances sociodémographiques, notamment l'allongement de l'espérance de vie, la prévalence (encore) élevée de comportements à risque, tels que le tabagisme, vont très probablement marquer le profil de la morbidité. Ce dernier sera en effet dominé, à côté d'une morbidité infectieuse persistante (mais à « basse intensité»), par les maladies de « civilisation » de type chronique et dégénératif (cardiopathies ischémiques, diabète, hypertension artérielle, cancers, maladies rhumatismales, troubles respiratoires chroniques, allergies, troubles mentaux, séquelles d'accidents, etc.) dont la complexité et le coût de prise en charge préventive et thérapeutique nécessiteront des investissements plus élevés que ceux de la période actuelle.

II. DONNEES STATISTIQUES :

Les sources principales des données présentées ci-après sont :

1. La thèse de W. Miladi, soutenue en 2002 à la Faculté de Médecine de Tunis sous le titre « Transition épidémiologique et évolution du système de santé en Tunisie » ; Dir. de thèse A. B. Hamida et B. Zouari.
2. La thèse de M. Nacef, soutenu en 2002 à la Faculté de Médecine de Tunis, sous le titre : Incidence des maladies transmissibles de 1975 à 2000 : Directeur de thèse : M. K. Chahed.
3. Les rapports statistiques publiés annuellement par la Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) du Ministère de la Santé Publique, par la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) et la Direction des Etablissements Sanitaires Privés;
4. Les enquêtes réalisées par la DSSB et l'Office National et de la Famille et de la Population: enquête MICS 1, 2, 3 et Pop. Child se rapportant à la santé de la mère et de l'enfant.
5. Les annuaires publiés par l'Institut National des Statistiques;

1. Programmes de santé: principaux résultats

Programme d'éradication du paludisme : le programme a débuté en 1968, le dernier cas autochtone a été enregistré en 1979; depuis les cas diagnostiqués (30-60/an) sont « importés » soit par des tunisiens ayant effectué un séjour en zones contaminées, soit par des étrangers (étudiants...) provenant de ces zones.

Programme de lutte contre la Bilharziose : débuté en 1970, le dernier cas autochtone a été enregistré en 1983 ; à partir de 1983, 3-4 cas « importés » par an.

Programme de lutte contre le SIDA: premier cas de SIDA notifié en 1986 ; entre 150 à 60 cas par an depuis. En 2005, la prévalence de VIH est de 0,1% parmi la population âgée de 15-49 ans.

Programme de vaccination: évolution de l'incidence des maladies-cibles, taux de couverture:

Avant 1978, la vaccination se faisait par campagne de masse (DTC + BCG), les publics visés étaient les nourrissons ainsi que les écoliers, lycéens et étudiants pour des rappels.

A partir de 1978, un programme coordonné, piloté au niveau central, décentralisé, a été mis en place ; les maladies cibles ont été initialement la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, élargis par la suite à la rougeole puis à l'hépatite. Le taux de couverture est difficile à apprécier aux étapes initiales (campagnes) ; il était en 1985 pour DTCP3 de 70%. En 2000, 63% des enfants avaient à l'âge de deux ans, reçu une primo-vaccination complète (DTC+ rougeole+ hépatite) ; cette proportion est de 98% en 2006.

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Tétanos néo-natal | Dernier cas «déclaré» en 1995 |
| Diphtérie | Dernier cas «déclaré» en 1994 |
| Poliomyélite | Dernier cas «déclaré» en 1993 |
| Rougeole | Dernier cas «déclaré» en 2002 |

Programme pour la Santé de l'enfant (enfants de moins de 5 ans)

| fréquence \ Année | 1988 | 1994/95 | 2000 | 2006 |
|---|---------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Insuffisance pondérale : poids inférieur à 2 DS | 18% (10,4%) ^{6*} | 8,6% (2%) [*] | 4% | 3,1% (dont 2% sévère) [*] |
| Retard de croissance (taille <2DS) | 18,2% (5,6%) [*] | 22,5% (9%) [*] | 12,3% (3,4%) [*] | 6,2% (1,2%) [*] |
| Emaciation Poids/taille <2DS | 3,1% (0,6%) [*] | 3,9% (1,2%) [*] | 2,2% (0,5%) [*] | 2,3% (0,3%) [*] |
| Faible poids de naissance < 2,5 DS | | 5,6% | 5,4% | 5,3% |

* Entre parenthèses, pourcentage des cas sévères

Causes décès enfants < 5 ans en 2006 :

| | |
|--------------------------|-----|
| Périnatalité: | 4% |
| IRA : | 14% |
| Anomalies congénitales : | 11% |
| Diarrhée : | 10% |

Programme pour la santé de la mère

- Le taux d'utilisation de moyens contraceptifs était en 1978 de 31,4% (42% Urbain, 20% Rural) ; en 1988 : 49,8% (61% Urbain, 34% Rural), en 1998 de 49,8%; en 2001 de 62,6% et en 2006 de 60,2%
- Le taux des accouchements effectués en milieu assisté : 90% en 2001 et 95% en 2006.

2. Indicateurs de morbidité

| Indicateurs \ Année | 1956 | 1975 | 1995 | 2006 |
|--|---------|----------------------|-----------------|-------|
| Tuberculose : Incidence [*] | | 62,5 | 27,06 | 21,31 |
| Fièvre typhoïde [*] | | 11,7 | 3,78 | 0,61 |
| Paludisme | | | | |
| ▪ Cas autochtones | 525 cas | 27 cas | 0 | 0 |
| ▪ Cas importés | ? | ? | 49cas | 36cas |
| Poliomyélite antérieure aiguë [*] | | 1,9 (1971) | 0 | 0 |
| Rougeole [*] | | 3,5 (1980) | 6,8 | |
| Leishmaniose cutanée [*] | | 0,0 (1980) | 11,9 | 33,78 |
| Hépatites virales [*] | | 25,2 (1970) | | 7,69 |
| Kyste hydatique [*] | | 3,3 | 3 | 2 |
| Rhumatisme articulaire aigu [*] | | 2,2 | 3,4 | 1,42 |
| Hypertension artérielle** en milieu urbain | | 9,9 (≥ 3 ans) (1980) | 18,8 (≥20 ans) | |
| Diabète ** (en milieu urbain) | | 3,5 (≥ 20 ans) | 10,0 (≥20 ans) | |
| Cancers*** du poumon (H) | | | 27,9 (N) (1994) | |
| Cancer du sein (F) | | | 24,3 (N) (1994) | |

* Taux d'incidence déclarée (cas /100.000 habitants) ;

** Prévalence globale (en %)

*** Incidence standardisée (pour 100.000) selon le Registre du Cancer du Nord tunisien (1994).

o **Autres évènements marquants : date de la première greffe effectuée en Tunisie et nom du chef de l'équipe des opérateurs**

1947: Cornée : Hédi Raies

1986: Rein : Saadoun Zmerli (590 greffes ont été réalisés jusqu'à fin 2005, dont près de 70% à partir de donneurs vivants)

1993: Cœur : Mohamed Fourati (16 réalisés à fin 2005)

1998 : Foie : Tahar Khalfallah (18 réalisés à fin 2005)

1998: Moelle : Abdeladhim Abdeladhim, T. Ben Othman, S. Ladab, Abderrahmane Abdelkafi

3- Infrastructures de santé :

3.1. Institutions publiques de santé à caractère national (année de l'inauguration, nom du premier médecin en charge de la direction)

1955 : Institut d'Ophtalmologie Hédi Raies (Taoufik Daghfous)

1959 : Hôpital de l'Ariana érigé en 1965 en Institut de pneumo-phtisiologie A. Mami Ariana (B. Gharbi)

1959 : Banque du sang (à l'Hôpital Aziza Othmana) devenu à partir de 1963, Centre National de Transfusion Sanguine. Le réseau a été étendu par la suite, en particulier à partir de 1982 (Centre Militaire, Centres régionaux à Sfax, Sousse, Gabès, Jendouba, Gafsa...)

1965 : Institut National de Santé de l'Enfance* (Béchir Hamza).

1969 : Institut National Salah Azaiez de Cancérologie* (Nejib Mourali).

Institut National de Nutrition* (Zouhaier Kallel)

1970 : Centre de Médecine Scolaire et Universitaire de Tunis (devenu par la suite Centre National): Ali Charrad

1971 : Institut National d'Orthopédie* (Mohamed Kassab).

1973 : Institut National de Neurologie* (Mongi Ben Hamida)

1973 : Création de l'Office National du Planning Familial (actuellement Office National de la Population et de la Famille) ;

Entre **1968-1973**, il existait au sein du Ministère de la Santé Publique une direction, en charge du contrôle des naissances.

1974 : Conseil Supérieur de la Population

1976 : Centre National de Médecine du Sport (Ali Bouzaiane)

1981 : Centre National de radioprotection (Sadok M'timet)

1987 : Hôpital Militaire

1990 : Centre National de contrôle des Médicaments (auparavant à partir de 1979, unité dont le siège était à l'Institut National de Nutrition et de Technologie Alimentaire): Kamel Bouzouita

1991 : Institut de Santé et de Sécurité au Travail (Sahbi Basly)

1993 : Institut National de Santé Publique (Hédi M'henni)

1993 : Centre de Pharmacovigilance (Chelbi Belkahia)

1994 : Centre de Greffe de Moelle (Abdeladhim Abdeladhim)

1995 : Hôpital des Forces de sécurité intérieure (Mokhtar Zbiba)

1995 : Centre d'Imagerie Médicale par RM

2001 : Laboratoire National de contrôle des substances dopantes (Kamel Bouzouita)

* A partir du milieu des années 1980, ces institutions n'ont plus un statut d'Institut, le poste de médecin-directeur est supprimé, un directeur, cadre

3.2. Hôpitaux publics: évolution du nombre et de la capacité de 1956 à 2006

1956 : 52 Etablissements (dont 21 à caractère national et régional et 31 hôpitaux locaux) pour 6075 lits

1987 : 141 Etablissements pour près de 15000 lits

2006 : 182 Etablissements (dont 28 hospitalo-universitaires, 33 régionaux et 121 locaux pour près de 17000 lits

3.3. Emergence du secteur de libre pratique

3.3.1. Médecins de libre pratique inscrits au tableau de l'Ordre de 1956 à 2007

| | | | | | |
|------|-----|------|------|------|------|
| 1956 | 10 | 1974 | 246 | 1992 | 2556 |
| 1957 | 14 | 1975 | 295 | 1993 | 2714 |
| 1958 | 14 | 1976 | 343 | 1994 | 2855 |
| 1959 | 15 | 1977 | 403 | 1995 | 3017 |
| 1960 | 16 | 1978 | 506 | 1996 | 3169 |
| 1961 | 22 | 1979 | 598 | 1997 | 3330 |
| 1962 | 26 | 1980 | 694 | 1998 | 3496 |
| 1963 | 30 | 1981 | 776 | 1999 | 3675 |
| 1964 | 33 | 1982 | 887 | 2000 | 3893 |
| 1965 | 36 | 1983 | 1015 | 2001 | 4126 |
| 1966 | 43 | 1984 | 1160 | 2002 | 4350 |
| 1967 | 48 | 1985 | 1334 | 2003 | 4574 |
| 1968 | 56 | 1986 | 1480 | 2004 | 4829 |
| 1969 | 66 | 1987 | 1677 | 2005 | 5022 |
| 1970 | 93 | 1988 | 1876 | 2006 | 5196 |
| 1971 | 137 | 1989 | 2065 | 2007 | 5278 |
| 1972 | 178 | 1990 | 2226 | | |
| 1973 | 210 | 1991 | 2376 | | |

Le nombre de médecins installés dans le secteur libéral se comptait en unités puis par dizaines dans les années 60, par centaines dans les années 1970.

Par la suite le rythme des installations est allé en s'accroissant, à la cadence de 100 nouveaux cabinets environ par an (au début des années 80) ; 150 à 200 au cours des 10 dernières années.

Le seuil de 1000 a été atteint en 1983 (27 ans après l'indépendance du pays) ; les passages successifs de 1000 à 2000 puis de 2000 à 3000, enfin de 3000 à 4000 se sont effectués en 6 ans pour chacun ; seulement 4 ans ont suffi pour atteindre le seuil des 5000 praticiens libéraux.

3.3.2. Formations sanitaires dans le secteur privé :

Entre 1981 et 2006 le nombre des cliniques a été multiplié par 5 ; celui des lits par 4. Parmi les cliniques actuellement existantes les plus anciennes sont les cliniques Saint Augustin (créée en 1938), et Taoufik (1979) à Tunis, les Oliviers à Sousse (1976), Meignié à Sfax (1962)

Evolution du nombre de formations sanitaires privées

| Type de formation | 1981 | 1987 | 1992 | 1997 | 2002 | 2006 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Cliniques : Nbre Lits | 20 | 28 | 43 | 59 | 73 | 99 |
| | 668 | 956 | 1638 | 2072 | 2129 | 2578 |
| Centres dialyse : Nbre Machines | | 13 | 27 | 68 | 99 | 105 |
| | | 168 | 300 | 695 | 984 | 1058 |
| Laboratoires d'analyse biol. Méd. | | | | | 185 | 209 |
| Labo anat.path. | | | | | 10 | 13 |
| Cabinets radiologie | | | 60 | 90 | 122 | 132 |

4- Industrie locale du Médicament

1972 : Première unité créée à la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT)... moins de 10% de la consommation

1987 : Trois unités étaient en fonctionnement

2004 : Vingt huit unités étaient en fonctionnement (produisant 45% environ de la consommation locale)

III. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

Evolution de quelques indicateurs démographiques : 1956-2006

| Indicateurs | Année | 1956 | 1975 | 1994 | 1999 | 2004/2005 |
|---|-------|------------------|-----------|----------------|------|---------------------------------|
| Population Totale (en millions) | | 3,78 | 5,61 | 8,78 | 9,44 | 9,9 |
| Structure par âge (%) | | | | | | |
| • 0-4 ans | | 18,3 | 16,0 | 11,0 | 9,0 | 7,3 |
| • 5-14 ans | | 24,2 | 27,8 | 23,8 | 21,9 | 17,7 |
| • 15-59 ans | | 52,4 | 50,4 | 56,9 | 60,1 | 64 |
| • 60 ans et plus | | 5,1 | 5,8 | 8,3 | 9,0 | 11,2 |
| Taux de croissance naturelle de la population par an (%) | | 2 (1946-1956) | 2,67 | 1,8 | 1,45 | 1,08 |
| Taux brut de natalité (l) | | ~50 | 36,6 | 22,7 | 16,9 | 16,8 |
| Taux brut de mortalité (l) | | 18-20 | 9,9 | 5,7 | 5,7 | 6 |
| Taux brut de mortalité infantile (% ₀ naissances vivantes) | | 150 à ~ 200 | 88 (1976) | 30,6 (1995) | 26,2 | 20,6 |
| Mortinaiissance (% ₀) | | | | 18 | 19,1 | 12,75 |
| Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes | | 134,2 (1966) | 88,0 | 68,9 | | 48,7 |
| Espérance de vie à la naissance (en années) | | 47 | | 58,6 | 71,2 | 73,4 (70 pour ♂ ; 75 pour ♀) |

L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est évaluée à 61 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes en 2005

IV. INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES: 1956-2006

| Indicateurs | Année | 1956 | 1975 | 1994 | 1999 | 2004 |
|---|-------|------|-----------|---------------------|------------------------|----------------------------------|
| PNB/habitant (en TND) | | 70 | 1120 | 1850(1995) | | 2970 \$US |
| Population active/secteur (%) | | | | | | |
| • Agriculture | | 74,7 | 39,0 | 21,9 | 22,0 | |
| • Industrie | | 10,5 | 29,9 | 34,9 | 34,1 | |
| • Tertiaire (services) | | 7,1 | 31,1 | 43,1 | 43,9 (1997) | |
| Urbanisation (en % de la population) | | ~ 25 | 47,5 | 61,0 | 62,4 | 64,9 |
| Alphabétisation des adultes (%) | | 15,3 | 45,1 | 68,3 | 73,0 | 74 |
| Accès à l'eau potable (%) | | - | 26,4 | 68,3 | 75,2 | 93 dont 99 urbain/82 rural |
| Apport en protides alimentaires d'origine végétale/animale (%) | | - | 85,5/14,5 | 79,2/20,8 (1995) | 73,8/26,1 (1996-97) | |
| Dépense de santé/habitant en TND | | | | 104 | 156 | 200 |

Taux de pauvreté

| | 1985 | 1995 | 2000 | 2005 |
|----------------------|------|------|------|------|
| Taux de pauvreté (%) | 7,7 | 6,2 | 4,2 | 3,8 |

(Source INS)

Consommation des ménages :

Dépense annuelle Moyenne (en Dinars)

| Année | 1985 | 1995 | 2000 | 2005 |
|---|------|------|------|------|
| Dépense annuelle moyenne par ménage (en DT) | 2665 | 5115 | 6450 | 8211 |
| Dépense annuelle moyenne par personne (en DT) | 471 | 966 | 1329 | 1820 |
| Taux d'accroissement de la dépense annuelle par personne (aux prix courants) | 13.7 | 6.5 | 6.6 | 6.5 |

Répartition de la dépense (%)

| Année | 1985 | 1995 | 2000 | 2005 |
|---|------------|------------|-------------|-------------|
| Répartition de la dépense totale | | | | |
| Alimentation | 39.0 | 37.7 | 38.0 | 34.8 |
| Habitation | 27.7 | 22.2 | 21.5 | 22.8 |
| Habillement | 6.0 | 11.9 | 11.1 | 8.8 |
| Hygiène et soins | 7.0 | 9.6 | 10.0 | 10.3 |
| Transport et télécommunication | 9.0 | 8.7 | 9.7 | 14.4 |
| Enseignement, culture et loisir | 8.9 | 8.9 | 8.7 | 8.4 |
| Autres dépenses | 2.4 | 1.0 | 1.0 | 0.5 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Source : Institut National de la Statistique (INS)

V- L'ASSURANCE MALADIE (EN RACCOURCI)

1951: le régime de prévoyance sociale qui couvre les salariés du secteur public est instauré ; la gestion est confiée à la Caisse nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS). Des aménagements au projet initial ont été effectués notamment en 1972, 1973, 1988, 1992.

1960: L'assurance-maladie maternité, pour les employés du secteur privé est instituée; la gestion est confiée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS);

1958: la loi 58-67 du 26/6/1958 crée la carte de soins familiale qui donne droit à la gratuité des soins pour les indigents... Les modalités d'octroi de cette carte ont fait l'objet de nombreux réglages (en 1969, 1981, 1982, 1987, 1991, 1998) au fur et à mesure de l'amélioration des conditions socioéconomiques de la population et des progrès importants enregistrés après l'indépendance.

2004: la loi 2004-71 datée du 2 août 2004 portant création d'un régime d'assurance maladie est promulguée. La gestion est confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), qui a le statut d'établissement public à caractère non administratif. Une nouvelle organisation du système de prestations de soins – validée par des conventions négociées entre les organismes représentant les prestataires et la CNAM – voit le jour; elle sera fonctionnelle vers mi-2008.

(D'après H. Achouri: actes de la consultation organisée par le RESSMA)

CHAPITRE VIII

LA VIE A L'ORDRE : DES CONSEILLERS TEMOIGNENT

☞ **Dr Saïd Mestiri**

Mon cher confrère et ami,

Vous m'aviez récemment demandé de vous faire part de quelques uns de mes souvenirs concernant mon passage au conseil de l'Ordre des médecins de Tunisie et de vous livrer, dans la mesure du possible, les informations dont je pourrais disposer au sujet de sa constitution et de ses activités.

Je le fais très volontiers avec la réserve cependant que, ayant à l'époque la responsabilité d'un service hospitalier lourd, je n'étais demeuré que peu de temps au sein de l'organisme dirigeant (un peu plus d'un an comme vice-président). Je suivais ses activités d'assez loin et de façon non assidue.

Dés sa constitution, fin 1940, sous protectorat français, la France étant gouvernée par le régime de Vichy du maréchal Pétain, le conseil de l'Ordre se présentait, à l'instar des différents organismes publics de l'époque, comme un organisme presque exclusivement français. Les médecins tunisiens musulmans y étaient peu représentés. Le motif invoqué pour justifier cette carence était le nombre relativement réduit de médecins Tunisiens en exercice. Les médecins juifs qui formaient largement la majorité des médecins exerçant dans le pays, en étaient de surcroît pratiquement exclus du fait des lois discriminatoires de Vichy. A partir de là, en harmonie avec le mouvement général d'émancipation du pays et compte tenu de l'arrivée de nombreux jeunes médecins enthousiastes et combattifs, va s'amorcer, dans les années suivantes l'évolution vers « la tunisification » complète de cet organisme. On peut y distinguer, à mon avis, approximativement trois étapes

- Lorsque le Résident Général Jean Mons fut nommé en Tunisie, en juillet 1947, il pensa inaugurer sa politique d'ouverture en favorisant l'élection de maître Mustafa Kaak, futur premier ministre, comme bâtonnier de l'ordre des avocats de Tunisie, poste qui n'avait jamais été occupé par un Tunisien auparavant. On avait pensé « en haut lieu » agir dans le même sens vis à vis des médecins et le docteur Mahmoud El Materi fut pressenti pour cela. C'est ainsi que le docteur Materi occupa le poste de président du conseil de l'Ordre pendant une courte période puis démissionna, vraisemblablement pour des raisons politiques. Je suis désolé de ne pas avoir plus d'informations sur ce court épisode.
- La deuxième étape se situe immédiatement après, fin des années 40/début des années 50. Elle fut marquée essentiellement par l'arrivée d'une pléiade de jeunes médecins Tunisiens combattifs, décidés à s'investir dans les hôpitaux et à prendre leur responsabilité dans la direction de l'Ordre des médecins. Dans ce petit groupe on peut citer entre autres Hédi Ben Brahim Raïs, Ali Fourati, Mohamed Ben Salem, Salah Azaïz, Sadok Mokaddem, Mannoubi Ben Béchir et bien d'autres (je ne peux les citer tous). Ils avaient commencé par revendiquer au cours de cette étape la parité entre médecins Français et Tunisiens dans le conseil et l'alternance annuelle pour la présidence entre Tunisiens et Français. Ils se heurtèrent immédiatement à l'important groupe des médecins français, emmenés par un médecin dentiste membre du Rassemblement français de Tunisie, le docteur Laclavetine. Ils allaient défendre

leurs privilèges becs et ongles. Ce fut une période de luttes acharnées continues et des campagnes électorales parfois très passionnées et violentes. Les Tunisiens avaient le soutien de toutes les organisations nationales, l'appui très fort du Bey Lamine et celui plus discret du Ministre de la santé publique de l'époque, Mohamed Salah Mzali. Il faut rappeler aussi qu'une majorité des médecins juifs soutint la cause des Tunisiens. Les médecins Tunisiens eurent dans l'ensemble satisfaction après une période où fut introduit le double collège.

- La troisième étape est couronnée, évidemment, par l'achèvement de la tunisification totale de l'Ordre, acquise immédiatement après l'Indépendance.

Mais alors que l'on pensait que les questions institutionnelles étaient enfin résolues, d'autres problèmes allaient surgir, dans les années qui ont suivi l'indépendance, qui furent la source de débats passionnés et même de conflits aigus. Le syndicat national des médecins Tunisiens entièrement tunisien, réactualisé et indépendant de l'Ordre, prit une part très active dans la lutte nationale, en communion avec les autres organisations nationales. Dirigé successivement, par Tahar Zaouche, Hamadi Ben Salem, Ahmed Ben Milad et Hachemi Ayari, il avait voulu, après l'indépendance, maintenir son indépendance de jugement vis à vis du parti au pouvoir (P.S.D. et Néo-Destour), et - ce qui revenait au même - par rapport à l'administration. D'où un conflit aigu (j'en ai décrit les détails dans mon livre « Le médecin dans la cité », dans le chapitre réservé au docteur Hachemi Ayari). Inutile de revenir sur les détails de cet épisode peu glorieux de notre histoire qui marque une grave atteinte à la liberté d'association et d'expression. Le syndicat fut finalement dissout. Le ministre de la santé publique de l'époque Ahmed Ben Salah, qui bien qu'il s'en défende, a appuyé la disparition du syndicat, a cru pouvoir s'en tirer par une petite entourloupette, en confiant par décret quelques uns des pouvoirs du syndicat à l'Ordre, une « monstruosité » caractéristique du modèle tunisien.

Telles sont, mon cher confrère les réponses que j'ai cru devoir faire aux questions posées et je demeure à votre disposition pour tout éclaircissement complémentaire.

Amicalement vôtre.

Si j'avais à refaire ma vie professionnelle, je choisirai la même carrière : être médecin. Il est vrai qu'en février 1966, à mon retour en Tunisie en tant que spécialiste, le médecin jouissait d'une réputation et d'une considération sans égales. Nous étions des pionniers, chacun dans sa spécialité et nous étions obligés de viser la performance. Nous étions à l'époque, après le départ des français, moins de 400 médecins tunisiens. Nous nous connaissions presque tous et nos rapports étaient harmonieux.

Deux périodes

Durant les années 70 et 80, j'ai eu le privilège d'être membre du Conseil de l'Ordre des Médecins; vingt ans après, j'ai eu la charge de présider le Conseil National dans d'autres conditions, c'est à dire avec l'existence des conseils régionaux et aussi des syndicats de médecins.

Le conseil de l'Ordre des années 70 – 80

Après une expérience de plein temps à l'hôpital, nous avons pu en mai 1969, pour ceux qui le désiraient, avoir accès à la médecine de libre pratique. J'ai eu la chance de bénéficier du régime du mi temps: à l'hôpital toute la matinée et en privé l'après midi.

Le conseil de l'Ordre que présidait le Professeur Si Brahim Gharbi veillait gentiment au respect de la déontologie. Le médecin, objet d'une plainte ou d'un litige, invité pour cette raison à se présenter devant le conseil, avait notre considération et notre respect. J'ai souvenir d'un confrère presque en fin de carrière qui n'arrivait pas à s'exprimer, tout en transpiration devant les membres du bureau. Le Président lui avait expliqué que nous ne voulions qu'un éclaircissement et que nous avions pour lui de l'estime.

J'ai également souvenir d'une réunion du conseil de discipline où un confrère était convoqué pour des fautes médicales graves. Une suspension d'activité d'un an avait été suggéré; en ce qui me concerne cette sanction m'a paru être proportionnée à la faute commise : j'en ai fait la remarque au Président (*à qui nous devons infliger la radiation si ce n'est pour un cas pareil ?*) Calmement le Président m'a répondu : *J'espère que nous n'aurons pas à prendre cette décision. Ce que nous voulons, c'est que des fautes pareilles ne se reproduisent plus.*

Durant cette période de décollement de l'économie Tunisienne, l'état avait besoin de consolider ses revenus. Le médecin avait (il a encore) la réputation d'être riche et de ne pas payer ses impôts correctement. Comment faire la transparence sur les revenus du médecin ? La numérotation des ordonnances a été proposée, puis la déclaration par les assurances des honoraires du médecin (texte connu sous le nom de l'article 13 de la loi des finances de 1985). Il faut rappeler qu'à l'époque les impôts étaient de 80% pour les tranches de revenus supérieures à 8000 DT et que la volonté d'imposer la transparence devait s'appliquer uniquement au corps médical.

Le conseil de l'Ordre a mobilisé toutes ses forces. En un sursaut collectif de tout le corps médical, nous sommes arrivés à geler ces propositions. Ce qui était remarquable à l'époque, c'est que, parmi les membres les plus engagés du Conseil, il y avait des médecins plein temps qui n'avaient pas et n'ont jamais eu jusqu'à ce jour de clientèle privée. Pourquoi le conseil de l'Ordre est-il intervenu ? Le Conseil, garant de la déontologie médicale était alors chargé des prérogatives du syndicat des médecins, dont les activités avaient été gelées. Par la suite, il nous a semblé que l'action visant à l'amélioration de la condition matérielle des médecins relevait d'une organisation syndicale. C'est ainsi que F. Dérrouiche et moi-même, tous deux membres du Conseil, avons été, avec d'autres médecins libéraux, membres fondateurs du syndicat des médecins de libre pratique.

Les débuts du syndicat de libre pratique

Alors que nous étions habitués à ce que les médecins candidats aux élections de membre de Conseil de l'Ordre, soient choisis pour leur notoriété, nous avons assisté à une nouvelle stratégie. Les syndicats ont jugé qu'ils doivent être représentés largement au sein du Conseil: nous avons créé le syndicat « à côté » du Conseil et nous avons eu les syndicats « dans » le Conseil. A la notoriété comme critère du choix des membres de l'Ordre, nous passons au militantisme qui donne notoriété. Après tout, c'est un choix, même si ce n'est pas le mien.

Un malentendu s'est installé entre le conseil de l'Ordre et le syndicat. Pour parer à ce différend, un « collectif » a été créé, réunissant les conseils de l'Ordre des médecins, chirurgiens dentistes et les divers syndicats pour que des décisions communes puissent être prises.

Que devient le conseil de l'Ordre actuellement ?

Les relations des Conseils de l'Ordre avec les médecins ont connu quelques vicissitudes. En effet le conseil de l'Ordre a des prérogatives bien définies: mettre à jour le tableau en inscrivant les nouveaux médecins, informer le corps médical des nouvelles dispositions de l'exercice de la médecine ; veiller au respect de la discipline. Devant l'ampleur des actes en rapport avec le non respect de la déontologie (surtout en ce qui concerne l'intitulé des plaques et ordonnances), l'intervention du CNOM est sollicitée. Toutefois, la solution ne peut venir que de l'autodiscipline.

Pour faire face à la demande des médecins dont le nombre ne cesse de croître, les conseils régionaux de l'ordre des médecins ont été créés. Les textes définissent leurs prérogatives. Néanmoins des mises au point ont été parfois nécessaires pour résoudre les divergences entre les CROM et le CNOM. De même les relations entre CNOM et syndicat des médecins de libre pratique n'ont pas été toujours au beau fixe.

Souvenirs des deux années de présidence

Après neuf ans passés au Conseil de l'Ordre, je ne pensais pas me représenter. Le destin a voulu que je devienne Président du CNOM. Dès les premières réunions du bureau, j'ai constaté que régnait un climat d'harmonie et d'entente entre tous les membres. Des problèmes doivent trouver des solutions, d'autres demandent réflexion. J'ai toujours pensé que le président doit répartir le travail entre les membres ; il s'est avéré que cela est plus difficile que ce qu'on imagine. La présidence demande une présence quotidienne et une disponibilité constante.

Cette période a été marquée par les réunions des médecins avec le Ministère des Affaires Sociales au sujet de la réforme de l'assurance maladie. Le conseil de l'Ordre, en parfaite symbiose avec les autres institutions du corps médical défend le principe du respect de la déontologie. Les projets proposés contenaient plusieurs entorses au code. Pour la convention cadre, toutes nos propositions ont été prises en compte. Par la suite le CNOM a été écarté des discussions qui ont abouti à la convention sectorielle, laquelle ne respecte pas plusieurs principes déontologiques.

CNOM et CROM

Le CROM de Tunis a tenu à ce que la collecte des cotisations soit une prérogative du conseil régional et non du CNOM. Il était logique alors que les attestations d'inscription au tableau de l'Ordre soient de son ressort ; le CNOM donne alors son accord.

Le CROM de Sousse pose le problème de son local. Acheté depuis peu, il s'avère exigü; le CNOM tout en acceptant l'idée de l'achat d'un appartement plus spacieux, tenait à ce que la recherche d'un acquéreur pour l'ancien local aille de pair avec l'acquisition du nouveau siège. Devant la proposition alléchante d'un nouveau local plus fonctionnel, le

CNOM a fini par accepter l'achat du nouveau local avant que la vente du premier local soit réalisée.

L'installation de nouveaux arrivants dans les centres médicaux et principalement le Centre Farabi à Tunis a posé problème. Comment gérer les autorisations d'installation de médecins de même spécialité²² dans un même immeuble comprenant une cinquantaine de cabinets ? Entre le CNOM et le CROM de Tunis il y a eu un grand différend. Pourtant un article du code de déontologie donne le droit au CROM de délivrer l'autorisation d'installation au spécialiste qui n'arrive pas à avoir l'accord de son confrère déjà installé dans l'immeuble si cette installation ne prêche pas à conséquence.

Toujours entre CNOM et CROM, et principalement le CROM de Sousse, l'interprétation de certains textes nous a pris de longues heures de discussion. Comment partager les revenus des cotisations entre CNOM et CROM ? Après plusieurs réunions une solution a été trouvée : chaque CROM propose un budget prévisionnel qui est approuvé par une commission ad hoc; en cas de nécessité des réajustements sont possibles en cours d'année.

CNOM et STML

Membre fondateur du Syndicat alors que j'étais membre du Conseil de l'Ordre, j'ai toujours cru, comme Si Brahim GHARBI et d'autres, que chacune des deux institutions a son domaine d'action spécifique. Le conseil de l'Ordre est le garant de la déontologie et de la défense morale du corps médical ; les syndicats ont compétence pour tout ce qui ressort de la défense des intérêts matériels. Les responsables syndicaux ont tenté d'avoir la mainmise sur les Conseils de l'Ordre. Fort de leur militantisme, ils ont imposé des listes aux diverses élections. Dès les premières journées de mon mandat de président, le bureau du CNOM a multiplié les gestes pour une meilleure entente. J'affirme à nouveau que les membres des conseils de l'Ordre doivent être élus pour leur notoriété et les membres du syndicat pour leur militantisme.

La discipline

La loi prévoit pour le CNOM un rôle disciplinaire. Les procédures sont tellement compliquées que le CNOM ne peut solutionner qu'un nombre limité de litiges. Faut-il impliquer les CROM comme c'est le cas en France ? Par ailleurs, il nous paraît anormal que l'appel d'une décision du conseil de discipline soit fait devant des juridictions publiques c'est à dire devant une cour d'appel. Les problèmes de déontologie sont tellement spécifiques que l'appel ne peut se faire que devant des confrères jouissant d'une grande notoriété.

Conclusion

Pour ce soixantième anniversaire du Conseil de l'Ordre je salue notre Président Taoufik Nacef et tout le bureau actuel pour cette initiative qui m'a permis de faire part de mes impressions en tant qu'ancien membre du Conseil de l'Ordre des médecins. Mes opinions sont souvent personnelles mais durant mes mandats je peux dire que toutes mes actions ont été collectives et le fruit de consensus de tous les membres du Conseil.

22 Code de déontologie (Article 60) « un médecin ne peut pas installer son cabinet dans un immeuble où exerce un autre médecin de même discipline sans l'accord écrit donné par celui-ci. Lorsque cet accord n'a pu être obtenu, le cas peut être soumis au CROM qui décidera. »

Durant les nombreuses années que j'ai passées au Conseil de l'Ordre des médecins un certain nombre d'événements m'ont particulièrement marqué. Quoique les souvenirs soient estompés par le temps il n'en reste pas moins que certains d'entre eux restent encore très vivaces.

Comment je suis arrivé au Conseil de l'Ordre ?

Le Dr Hamouda Ben Slama, fraîchement débarqué de France, a eu l'idée de créer à l'instar de ce qu'avaient fait des avocats une association destinée à regrouper les jeunes médecins à laquelle il a attribué le nom d'Association Générale des Médecins de Tunisie (AGMT). J'ai avec d'autres confrères pris une part active - dans les premières années de la vie de cette association - aux nombreuses activités qu'elle a organisées sous forme de conférences de formation post-universitaire, d'établissement d'un système de garde qui était inexistant à l'époque etc.. Destinée à l'origine aux jeunes médecins, l'AGMT a fini par regrouper des confrères de tous âges. Bien que représentant un nombre assez important de médecins, elle n'avait pas qualité pour intervenir d'une façon ou d'une autre dans les décisions concernant la profession. Seul le conseil de l'Ordre des Médecins avait la prérogative de défendre les intérêts moraux et même matériels des médecins. Il fallait donc que des médecins appartenant à l'AGMT soient élus au sein de l'instance ordinaire. Il se trouvait que j'avais à l'époque les conditions d'âge et d'ancienneté nécessaires pour être candidat. Et c'est ainsi que j'ai eu la chance et l'honneur d'être élu pour la première fois au Conseil de l'Ordre des Médecins de Tunisie en 1973.

Ma première réunion au Conseil de l'Ordre

À la première réunion j'étais très heureux de représenter mes confrères au sein de la prestigieuse instance ordinaire, j'étais aussi conscient des responsabilités que j'aurai à assumer à côté de mes pairs membres du Conseil. Certains parmi les plus anciens regardaient les nouveaux venus avec une certaine méfiance. Le Conseil était jusqu'alors le fief des médecins jouissant d'une notoriété bien établie et donc d'un certain âge. Les membres fraîchement élus faisaient figure d'intrus qui risquaient d'apporter un certain bouleversement aux traditions bien assises depuis de nombreuses années. En réalité dès les premières réunions un climat de sérénité et de confiance s'est établi ; très rapidement jeunes et moins jeunes se sont attelés à la tâche qui leur a été confiée dans une entente parfaite et dans le respect absolu de l'opinion des uns et des autres.

La crise des ordonnances numérotées

Parmi les souvenirs qui m'ont le plus marqué pendant mon passage au Conseil de l'Ordre la crise des ordonnances numérotées.

En 1985 la loi des finances dans son article 13 fait obligation aux médecins d'utiliser dans leur exercice des ordonnances numérotées. Chaque ordonnance serait ainsi considérée comme une facture, ce qui aurait permis à l'administration fiscale de connaître les revenus des médecins. Cette loi qui mettait à l'index les médecins et les livrait à la vindicte populaire a soulevé un énorme tollé. La profession, tous modes d'exercice confondus, s'est élevée contre cette loi qui en fait aurait permis à l'administration de soumettre les médecins à des contrôles dont feraient les frais les médecins les moins « lotis ». Il était évident que les ordonnances sont des outils de travail, et le fait de les considérer comme des factures dénaturait leur vocation et entravait de ce fait l'exercice normal. De plus ce système pénalisait essentiellement les consultations, les actes échappaient à cette procédure.

Plusieurs rencontres ont eu lieu entre l'administration et les organisations ordinales et syndicales. Je me rappelle de l'une de ces réunions qui s'était tenue au ministère des finances à la Kasbah sous la présidence du Ministre des Finances de l'époque. Après plusieurs heures de discussion ce dernier nous a presque acculé à accepter ses propositions d'abattement sur le nombre des ordonnances émises par chaque médecin. Nous contestions le principe même de ce système alors que le ministre voulait coûte que coûte appliquer le fameux article 13 de la loi ! Il fallait trouver une échappatoire. C'est alors que j'ai eu l'idée de quitter la séance en arguant du fait que je n'étais pas mandaté pour continuer les discussions dans le sens que souhaitait le Ministre. Ce dernier n'a pas apprécié ma démarche et m'a répondu « Je n'ai pas levé la séance ! Ce à quoi j'ai répondu « je le vois bien mais je dois partir ». Peu de temps après le Ministre a levé la séance sans qu'un compromis ait été trouvé.

Quelques jours plus tard une assemblée extraordinaire réunissant un nombre impressionnant de médecins s'est tenue sous l'égide du Conseil de l'Ordre à la bourse du travail à Tunis. Devant le rejet unanime de cet article 13, le Gouvernement a décidé de l'abroger. Il fut remplacé par un article qui stipule notamment que la déclaration minimale des revenus des médecins sera alignée sur les revenus de leurs confrères de la santé publique de même grade et de même ancienneté.

A la recherche d'un Président.

Comme toutes les institutions, le conseil de l'Ordre a eu des moments difficiles qui ont entravé le déroulement harmonieux de ses activités. A un moment les praticiens du secteur public qui ne se sentaient pas concernés par les activités ordinales ont pris conscience de l'importance de cette instance dans la vie professionnelle des médecins. Il s'en est suivi un mouvement de contestation. C'est ainsi que lors des élections tenues en 1985 le Dr Brahim Gharbi, Président sortant n'a pas été réélu au premier tour.

Brahim Gharbi était une figure emblématique du conseil de l'Ordre. Il a présidé à ses destinées durant de nombreuses années, avec beaucoup de souplesse, de confraternité et de rigueur si nécessaire. C'est principalement grâce à son attitude ferme et déterminée que « l'article 13 » a été amendé.

Dépité par le résultat auquel personne à vrai dire ne s'attendait, il a décidé de ne pas se représenter au second tour malgré la quasi-certitude d'être réélu. Il faut rappeler que le scrutin se déroulait à l'époque en deux phases : pour être élu au premier tour, il était nécessaire de recueillir la majorité absolue des voix soit la moitié des voix plus une. Donc le Dr Gharbi ne s'étant pas représenté malgré l'insistance de ses proches et à vrai dire de tous les membres du Conseil, il fallait trouver un successeur prestigieux. Après de nombreuses consultations un accord s'est porté sur le nom Mohamed Harbi ; celui-ci a refusé pour des raisons personnelles. Après plusieurs tractations l'unanimité s'est faite autour du nom du regretté Hachemi Garoui qui a refusé dans un premier temps et qui a fini sur l'insistance de beaucoup de conseillers par accepter de se présenter à ce poste. Il a été élu à l'unanimité.

L'informatisation du Conseil de l'Ordre

Pendant de longues années le conseil de l'Ordre ne disposait pour ses archives que de fiches qui n'étaient pas il faut bien le reconnaître tenues à jour. Dans les années 1980 l'informatique était à ses premiers balbutiements en Tunisie; le conseil de l'Ordre a donc décidé l'achat d'un micro-ordinateur. Cette tâche m'a été confiée de concert avec le regretté Mohamed Boukhris. A l'époque les PC de type IBM étaient de manipulation difficile et il fallait être un bon informaticien pour pouvoir les utiliser. Nous avons alors

opté pour l'achat d'un Macintosh qui apportait à côté de son volume compact, une facilité d'utilisation et une convivialité étonnantes. Il disposait d'un système d'exploitation qui était le précurseur du système Windows installé sur les machines actuelles. Un logiciel de base de données simple que j'ai installé a permis aux deux secrétaires dont l'une est encore en activité au CNOM de se familiariser vite avec ce nouvel outil. On a pu de la sorte constituer la première véritable base de données concernant les médecins inscrits au Conseil de l'Ordre.

Ce Macintosh est conservé au Conseil national des Médecins; il est l'ancêtre du système informatique beaucoup plus évolué dont nous disposons actuellement.

La création du syndicat des médecins de libre pratique.

Suite à la dissolution du premier syndicat des médecins, le conseil de l'Ordre était le seul défenseur des intérêts à la fois moraux et matériels, de ses adhérents. La formule fonctionnait assez bien. Mais d'aucuns pensaient qu'il y avait une antinomie entre la défense de l'honorabilité et de l'indépendance des médecins et celle de leurs intérêts matériels. Il fallait donc songer à créer un Syndicat, ce qui permettrait au Conseil de l'Ordre de se consacrer à sa mission première: veiller à l'indépendance et à l'honorabilité de la profession ainsi qu'à la défense de ses intérêts moraux.

Une commission est alors constituée pour établir les statuts de ce nouveau syndicat ; j'ai été chargé de représenter l'Ordre en son sein. Les membres du Conseil étaient divisés, certains soutenaient la création de ce nouveau Syndicat alors que d'autres n'y étaient pas favorables. Après discussion, le conseil de l'Ordre a accepté le principe du transfert de la mission de la défense des intérêts matériels au nouveau Syndicat en voie de constitution.

Le congrès fondateur s'est tenu dans un hôtel de la banlieue nord de Tunis ; son premier secrétaire général était Béchir Gueddana.

L'action sociale du Conseil de l'Ordre.

Devant le nombre croissant de problèmes sociaux que le Conseil a eu à étudier, il a été décidé de créer un fonds social pour venir en aide aux confrères en difficulté. Ce fonds a été financé par une partie des ressources propres du Conseil. Il a eu à intervenir en quelques occasions en particulier pour aider certaines veuves de médecins. Il faudrait penser à développer ce volet de l'action de l'Ordre.

La création d'une assurance groupe qui couvrirait le risque maladie et le risque professionnel ainsi que celle d'une assurance retraite complémentaire ont été envisagées. Après plusieurs consultations un projet qui semblait intéressant a été présenté ; mais devant le peu d'enthousiasme qu'il a suscité il est resté sans suite.

Par ailleurs et toujours dans un souci social, le Conseil a constaté que beaucoup de jeunes confrères avaient des difficultés pour se loger. Le Dr. Sadok Ouachi, Secrétaire Général à l'époque (1971 à 1976) a eu l'idée de créer une coopérative de logement des médecins, qui avait pour mission l'acquisition de terrains à prix raisonnables et éventuellement la construction, sous la supervision de la dite coopérative, de logements de standing au prix coûtant, car la coopérative était à but non lucratif

C'est ainsi que des terrains ont été acquis à Gammarth et attribués aux adhérents qui en avaient fait la demande. Sur des terrains acquis auprès de l'AFH, des appartements à trois niveaux appelés « Triplex » ont été érigés. La première phase concernait le gros œuvre, les finitions devaient se faire au gré de chacun ; les intervenants ont été sélectionnés par les adhérents eux mêmes réunis en assemblée générale.

A la fin des travaux de gros œuvre, une mésentente entre le bureau directeur de la coopérative et certains bénéficiaires du projet a fini devant la justice. Malgré l'acharnement des plaignants, une longue instruction et de nombreuses expertises, l'affaire a été classée sans suite, le juge ayant conclu à une dénonciation calomnieuse. Les « Triplex » ont vu le jour et les bénéficiaires ont pu acquérir un bien immobilier à un coût avantageux. Cet épisode malheureux ne devrait pas décourager le Conseil à poursuivre le développement de l'aspect social de son activité, tant il est vrai que beaucoup de confrères auront probablement besoin de son aide.

Quant à moi et malgré cette période douloureuse qui a marqué ma vie associative je continue à penser qu'il ne faut jamais abandonner le combat et que la vérité finit toujours par apparaître au grand jour. Les confrères finissent toujours par reconnaître la vraie valeur de chacun. Durant mes différents mandats j'ai eu le plaisir de côtoyer des confrères de haute qualité morale. Nous avons eu le même but : servir avec abnégation et dévouement l'institution pour laquelle j'ai consacré et je consacrerai encore de longues années de ma vie.

الطبيب والعمل على تطويرها من ناحية والحزم في تطبيق ما هو موجود من القوانين فخرجنا لزيارة العيادات والطلب من المخالفين بكل لطف في غالب الحالات وفي بعض الأحيان بالحزم المطلوب بتطبيق القانون بكل صرامة. وأتذكر أنه في غالب الأحيان كان معنا مطرقة و Tournevis ونطلب من المخالف أن يقلع اللوحة المعلقة بنفسه ومن ذلك إني كنت في زيارة مع الصديق العزيز الماطري داخل الجمهورية وقمنا بمراقبة مصحة كان كل شيء فيها مخالف فأعلمنا من وجدناه هنالك (ولم يكن من قطاع الصحة) بصفتنا، ولما رجعنا الى تونس وجدت صاحب المصحة في انتظاري ووعده هيئة العمادة بتلافي النقص.

وفي نفس النيابة وجدنا أنفسنا في ميادين لم نتعود التدخل فيها، فكانت مواقف وحضور أعضاء المجلس لزيارة ضحايا قذف حمام الشط (الغارة الإسرائيلية) وطلب العفو على من حكم عليهم بالإعدام إثر حوادث وقعت في الساحل مات فيها سواح، ولكننا تراجعنا لأن أكثرية من إتصل بهم في القاعدة الطبية كانوا مترددين. وفي سياق هذا العمل الميداني وقفت العمادة أمام الدعاية الكاذبة على علب الأدوية، وكنا نشعر أن الزمن يتحول ويتطور وإن المشاكل أعمق من تطبيق قانون تقادم. وانفجار ديمغرافي طبي وتنامي التقنية الطبية، وتزامن هذا الشعور وانتخاب المرحوم الهاشمي العياري رئيس مرشحا من طرف النقابات والصديق فتحي الطبري كاتبا عاما، ودخلنا في طور جديد ومخاض طويل كانت لشخصية المرحوم الهاشمي بلطفه طورا وحدته أطوارا، الأثر العميق وسنت القوانين الجديدة.

وكانت هذه المرحلة مرحلة مفضلية جددت فيها القوانين وأحدثت المجالس الجهوية وكانت الخطوات الأولى لمجلس عصري يتماشى وتطور الطب في بلادنا وكل ما نتمناه له النجاح في مبادراته والحضور الدائم والمتنامي في كل ما يخص مهنتنا التي تبقى إيثارا وتكريسا. (Sacerdoce)

إن الذكريات التي ترجع بي إلى زمن العمل ضمن عمادة الأطباء هذا الهيكل الذي علمني الكثير وعرفني بكثير من الرجال ونفسيات الرجال وكيف يجب التعامل مع القانون والواجب المهني سأحاول في هذا الإيجاز الابتعاد عن ذكر كل ما هو متعارف من عمل العمادة والعمل اليومي العادي لاقتصر على "طرائف" وخفايا طريفة.

لنبداً بانتخابي ضمن هيئة عمادة الأطباء. كل الطبيب في ذلك الزمن "الهادي" لا يعرف العمادة إلا يوم يزورها للتسجيل أو إذا كان له مشكلة كبيرة، أما في ما عدى هاتين الحالتين فلا ترى زميلاً في مكاتب العمادة التي كانت إدارتها تتكون من كاتبين وبواب، في هذه الظروف وإبان تجديد جزء من الهيئة طلب مني الصديق محمد الحربي (عضو هيئة المكتب إذاك) بكل إلحاح تقديم ترشحي لأنه لم يترشح العدد الكافي لتسديد الشغور، وكان الأمر كذلك، وتم انتخابي بستة عشر صوتاً. نعم ستة عشر صوتاً. كان زمان!

وهكذا وجدت نفسي عضواً في هيئة عمادة الأطباء، أتعرف على مشاكل ومصاعب الطب في تونس وتعلم قوانين الهيئة.

كان يرأس العمادة الزميل العزيز والأخ الكبير سي إبراهيم الغربي بما عرف عليه من ثقافة واسعة وأريحية كبيرة، وقربه في كل ما هو "شعبي" وعملي، وكان يكاد يعرف كل طبيب تونسي باسمه وأدار المجلس كما يقال "en bon père de famille" وكان يشرف شخصياً على فض المشاكل بين الزملاء قبل أن تطرح في مجلس العمادة من الناحية الإدارية والقانونية، وإذا لم يفلح، يركن إلى سلطته الأدبية و"الأبوية" وإذا لم يصل إلى ما يريد كنت ترى سي إبراهيم "الشعبي" بكل ما في هاتيه الكلمة من أريحية وقوة إقناع. وقول فصل يهضمه الطبيب وغير الطبيب.

وقد بدأ في هذه المرحلة عدد الأطباء يتكاثر بتواتر سريع وبدأت تظهر تناقضات وتعدد التكوين وتعدد الممارسة وتفاوت التغطية الطبية لتراب البلاد، وتقدم القوانين المعمول بها إذ ذلك، وبدأت تظهر تكتلات تبلورت في ما بعد في النقابات المهنية المتعددة التي دعت إلى تغيير القوانين.

كان موعد جلسة عامة وكانت ترشحات تسديد الشغور كثيرة وكثيرة جداً في هذه المرة سواء لوائح ترشحات النقابات أو من داخل البلاد وكانت جلسة عامة مشهودة حمي فيها وطيس النقاش، وتبلورت فيها مشاكل الطب في تونس والتحققت زمرة من الزملاء النقابيين بالمجلس.

وبما أن الدكتور إبراهيم الغربي والمرحوم محمد بوخريص قد غادرا المجلس، وجب انتخاب رئيس وكاتب عام جديدين وهكذا بدأ شيء جديد في عمل المجلس وهو تعدد الترشحات للرئاسة ولا أريد أن أخوض أكثر من اللازم في هذا الموضوع، ولكن كانت جلسات وجلسات في منزلي وفي مكاتب الزملاء وحتى في المطاعم، حتى نحدد ملامح زميل نتفق عليه للرئاسة وكان الاختيار بعد إلحاح كبير للمرحوم الهاشمي القروي.

وابتداءً طور آخر في تصريف شؤون العمادة يتدارس وضعية القوانين الضابطة لمهنة

L'aimable appel de notre Président du Conseil de l'Ordre pour résumer en quelques lignes le travail accompli et les points saillants de la période de dix années que j'ai passées avec mes amis du conseil entre **1976** et **1986** m'a permis de passer en revue les points forts de cette période très particulière.

Elle a été particulière parce qu'elle a marqué une transition nette entre des activités et des perspectives réduites compte tenu des effectifs de la population médicale et des actions qui ont marqué et qui ont abouti à la mise au point « des outils » pour le fonctionnement de nos conseils successifs.

C'est ainsi que la réforme de la loi de mars 1958 a nécessité des efforts qui se sont étalés sur dix années, avant sa concrétisation. Des conseils régionaux ont été mis en place, ce qui a facilité l'exercice des médecins.

Le problème des « ordonnances numérotées » a été un événement douloureux et difficile qui a fini par trouver sa juste solution grâce aux actions énergiques du conseil du moment car le syndicat des médecins n'était pas encore en place.

Par ailleurs, au fil des années il a été procédé à la mise en place, à l'actualisation et à la diffusion du tableau national de l'Ordre ainsi que :

- à l'informatisation du conseil;
- à la réactivation du conseil de discipline;
- à la défense des droits des médecins (avant la réapparition du syndicat en 1982);
- à la création pour la première fois d'une revue d'information du conseil.

Ces activités sont bien entendu à placer dans leur époque afin d'apprécier leur impact sur le travail des conseils qui ont succédé. J'en terminerai en remerciant tous mes amis, conseillers de la période 1976-1986 et tous les confrères qui se sont succédés jusqu'à ce jour en leur disant le respect que j'ai pour eux, qui ont pris sur leur temps et sur leurs activités personnelles pour s'occuper et souvent résoudre les problèmes des autres et pour les inciter à continuer même si parfois la déception de l'acteur peut venir de l'incompréhension de l'autre.

Et comme dit le proverbe bien connu « le serviteur des autres est plutôt le seigneur ».

J'ai été élu membre du conseil pour la première fois en 1985 dans le cadre d'une liste syndicale des médecins de libre pratique et depuis j'ai été réélu à quatre reprises. J'ai siégé en tant que membre de **1985** à 1988, puis j'ai été chargé du secrétariat général de l'ordre de 1989 jusqu'à mon départ en **1998**.

En 1985, le siège de l'ordre se trouvait à la rue de Russie, en plein centre ville, d'accès difficile, sans possibilité de stationnement. Les locaux étaient vétustes, exigus et mal agencés. On m'avait expliqué que cette situation était due au retard du démarrage de la construction de la « Maison des sciences médicales » prévue au Bardo, qui n'a malheureusement jamais vu le jour malgré toutes les démarches entreprises par les différents conseils qui se sont succédés. Il s'est avéré en fin de compte que la situation foncière du terrain, qu'on nous avait alloué, était litigieuse. Sous la présidence de feu docteur Héchmi Ayari nous avons pris l'initiative en 1990, de commun accord avec la « Société des Sciences Médicales », de transférer le siège de la maison du médecin à la cité jardin au Belvédère où les médecins pouvaient être reçus correctement dans des locaux agréables et le conseil assurer son activité convenablement.

A propos d'activité, l'Ordre avait à sa disposition une structure unique – le conseil qui siégeait à Tunis, depuis sa création en 1947 – pour gérer les affaires des médecins dont le nombre avait été multiplié par dix, un code de déontologie qui datait de 1973 et une loi qui régissait l'exercice de la médecine datant de 1958. Aussi avons-nous proposé au Ministre de la Santé Publique feu Dali Jazi (1989-1995), auprès de qui nous avons trouvé un écho favorable, de réformer tous les textes qui régissaient l'ordre.

Ainsi une nouvelle organisation de l'Ordre a été mise en place (avec un conseil national et cinq conseils régionaux siégeant à Tunis, Béja, Sousse, Sfax et Gabes) ; ce qui a contribué à améliorer les rapports de l'ordre avec le corps médical. Un nouveau code de déontologie médicale a été promulgué. Afin d'assurer la permanence des soins dans le secteur privé, les services de gardes médicales ont été organisés.

La loi de mars 1958 a été amendée, pour léguer la défense des intérêts matériels aux syndicats représentant les différents modes d'exercice et pour attribuer à l'Ordre la défense des intérêts moraux ; le mode de scrutin lors des assemblées générales électives a été modifié, le vote par correspondance et par procuration a été aboli afin d'inciter les médecins à assister plus nombreux aux assemblées générales pour débattre de leurs problèmes.

La nouvelle loi d'organisation sanitaire de 1993 a permis d'inclure dans les structures sanitaires, les hôpitaux et les cliniques privés qui étaient régies jusque là par un décret beylical, d'éliminer la notion de tarifs et de la remplacer par celle d'honoraires. Pour la première fois, des normes d'hospitalisation ont été établies.

En 1989, suite au départ à la retraite d'un certain nombre de nos aînés qui ont contribué à l'épanouissement de la médecine tunisienne, nous avons pris l'initiative d'émettre une médaille du mérite ordinaire qui a été remise, lors de plusieurs cérémonies, à tous les confrères partis en retraite.

En collaboration avec la famille Elmatri, nous avons créé le prix du docteur Mahmoud Elmatri, premier président du conseil de l'Ordre après l'Indépendance, qui a été attribué à deux reprises.

En 1997, un tableau de l'Ordre a été publié pour la première fois après l'Indépendance, ainsi qu'un annuaire des médecins et ce grâce à l'initiative de Aziz Elmati et de moi-même, encouragés en cela par feu Abderrahmen Elgafsi, Président du conseil.

En marge de nos activités, nous avons tissé des relations avec les ordres des pays voisins et méditerranéens et nous avons adhéré à l'Association Médicale Mondiale.

Je ne pourrais pas terminer ce témoignage sans évoquer les excellents rapports qui régnaient entre les différents Ordres et Syndicats des médecins, médecins dentistes et pharmaciens, ce qui a permis de mettre en place le Collectif des professionnels de la santé, un cadre de concertation et de coordination entre les différentes structures. Cette initiative a permis des prises de position communes pour la défense des intérêts de la profession, d'atténuer les animosités entre professionnels et d'exprimer une solidarité. Ce même collectif élargi aux médecins vétérinaires a mené une action d'envergure de solidarité avec le peuple Irakien lors de la première guerre du golfe en collaboration avec le croissant rouge tunisien.

A la fin je voudrais rendre hommage à tous les membres des différents conseils qui se sont succédés de 1985 à 1998 avec qui j'ai collaboré et remercier le Pr Taoufik Nacef Président du conseil national actuel ainsi que ses membres pour leur initiative.

Nous avons eu l'honneur de siéger au Conseil de l'Ordre pendant 12 ans, en tant que membre du bureau de **1987 à 1988** puis en tant que vice-président jusqu'en 1998. Il a été très gratifiant de travailler sous la présidence d'aînés de grandes qualités intellectuelles et morales tels que Héchemi Garoui, Héchemi Ayari et Abderrahman Gafsi et d'avoir collaboré avec des collègues dévoués et enthousiastes parmi lesquels nous citerons, à titre d'exemple, Fethi Téboubi et Ridha Kechrid.

Notre premier objectif était d'acquérir un local adéquat et facilement accessible. Ayant déjà été associé aux démarches pour l'acquisition d'un terrain pour la Maison du Médecin lorsque nous assurions le secrétariat général de la Société Tunisienne des Sciences Médicale (STSM) entre 1980 et 1983, nous nous étions mobilisés en 1990, avec d'autres membres de l'Ordre et du bureau de la STSM, pour trouver un local, convaincre les confrères du bon choix et enfin finaliser la double opération simultanée de vente de l'ancien local et d'achat du nouveau situé dans un quartier résidentiel de Tunis. Cette opération avait été coordonnée par notre trésorier général, Ridha Kechrid. Mais avec l'augmentation du nombre de médecins et l'accroissement de l'activité, le nouveau local devenait rapidement exigu. Nous nous étions activés, en 1997, pour réaliser une extension comprenant de nouveaux bureaux et surtout une grande salle qui faisait défaut.

L'autre objectif, était de poursuivre la modernisation de l'administration qui avait déjà été entamée par d'autres confrères dont F.Téboubi, en renforçant l'informatisation et en introduisant l'Internet qui s'était d'ailleurs imposé à l'occasion de la co-organisation par l'Ordre du Congrès International de Télé-médecine, à Tunis. Le tableau de l'Ordre mis à jour, a permis de publier, pour la première fois depuis l'indépendance, l'Annuaire des Médecins de Tunisie en 1997.

Dans les relations avec le Ministère de la Santé Publique, nous étions chargés de représenter l'Ordre dans des commissions traitant, entre autres, des questions relatives à notre spécialité. Ainsi, nous avons eu le privilège d'avoir contribué, entre 1989 et 1992, à l'élaboration des nouveaux textes régissant la dialyse et la transplantation d'organes, préconisés par le ministre de la Santé Publique, feu Dali Jazi.

La Maison du Médecin abritait le siège officiel de l'Union des Médecins Arabes (UMA) depuis son transfert du Caire en 1979, à la demande des syndicats et associations arabes, sous l'impulsion de Hamouda Ben Slama et feu M'hamed Ben Salah. Comme nous assurions le secrétariat général adjoint et la présidence du comité scientifique de l'UMA depuis 1982, nous avons été chargés des relations avec cette Union. Il est à remarquer que c'était le Dr Mahmoud EL MATRI, premier tunisien président de l'Ordre après l'Indépendance, qui avait signé au nom de la Tunisie, avec dix autres confrères arabes, l'acte de naissance de l'UMA, au Caire, en mai 1961. Jouissant de cette double légitimité, nous avons participé à plusieurs activités associatives et syndicales arabes. Ainsi, l'Ordre avait contribué à l'organisation de la rencontre Hispano-Arabe tenue à Almunia en Andalousie, en octobre 1987, en organisant avec la partie espagnole une exposition de photos de livres et documents de médecine arabe gracieusement prêtés par la Bibliothèque Nationale. Il avait aussi été associé à l'organisation du Congrès de l'Entente Médicale Méditerranéenne, tenu à Tunis en septembre 1989 et qui avait réuni des médecins des pays arabes, de la Méditerranée latine et des Balkans.

A l'occasion du congrès de « l'Internationale des Médecins pour la Prévention de la Guerre Nucléaire » (International Physicians for the Prevention of Nuclear War)), tenu à Hiroshima au Japon en octobre 1990, feu Dali Jazi nous avait remis un message de soutien du président Zine Abidine Ben Ali aux congressistes. Ce congrès co-présidé pour la première fois par deux personnalités médicales, américaine et soviétique, revêtait une grande importance car il constituait un premier pas en vue du rapprochement entre les deux blocs de l'époque.

Suite à la guerre contre l'Irak, les médecins tunisiens s'étaient mobilisés et avaient exprimé leur volonté de porter secours au peuple irakien. Nous avons coordonné avec l'UMA, le Comité Arabe des Urgences basé à Amman, le Croissant Rouge Tunisien, et le MSP l'envoi, le 16 février 1991, de la première mission médicale animée par Abdeljelil Zaouche. Cette mission qui s'était déroulée dans une atmosphère de compassion et de générosité, nous a laissé un souvenir inoubliable. Nous avons, par ailleurs, contribué à attirer l'attention des professionnels de la santé dans le monde à l'occasion de notre participation, au Congrès Médical International, sur les conséquences médico-sanitaires de la Guerre du Golfe, tenu à Alger en avril de la même année.

Le vingt septième Congrès Médical Arabe, tenu à Tunis en octobre 1991, était venu consacrer le rôle conciliateur des médecins tunisiens. C'était le retour des médecins égyptiens dans le giron de l'UMA, grâce aux efforts de plusieurs médecins arabes et la médiation des représentants tunisiens dont Hamouda Ben Slama. Cet évènement était d'importance car il était le prélude au retour de l'Egypte au sein de la Ligue des Etats Arabes.

La question de la langue de l'enseignement de la médecine était l'une de nos préoccupations, ce qui nous avait amené à représenter l'Ordre au congrès sur l'utilisation de l'arabe dans l'enseignement de la médecine et des sciences médicales dans les Pays Arabes, tenu à Bahreïn en mars 1994. Le même mois, se sont tenus la réunion sur l'Enseignement de l'Ethique Médicale organisée par l'OMS à Genève, suivi par la réunion sur la Formation Médicale Continue, organisée par l'Académie Européenne de Formation Médicale, à Cologne en Allemagne.

L'Ordre s'était aussi intéressé à une technologie naissante : la Télémédecine. Il s'était impliqué dans l'organisation de symposia et de sessions sur ce thème en collaboration avec la Société Tunisienne des Sciences Médicales et d'autres sociétés savantes. En septembre 1998 il avait co-organisé avec l'UMA, sous l'égide de l'ONU, de l'Union Internationale des Télécommunications et de l'OMS, le Congrès International de Télémédecine pour le Monde Arabe, l'Afrique et l'Europe. C'était une manifestation scientifique d'envergure internationale et pour nous et plusieurs autres confrères la dernière activité d'un long mandat.

C'est avec fierté et sérénité que nous constatons, avec dix ans de recul, que l'ordre a continué à parfaire son organisation et à intensifier son activité au service du médecin et de la médecine tunisienne et qu'il commémore cette année son cinquantième anniversaire sans oublier ceux qui l'ont servi. Que son bureau actuel et son président le Pr Taoufik Nacef soient remerciés !

في خمسينية عمادة الأطباء التونسية ذكريات و آفاق ثرية...

بقلم حمودة بن سلامة

=====

خمسون سنة من عمر مؤسسة العمادة تعد سن رشد و حكمة من حيث حصيلة الماضي ، كما هي عنوان قوة و فتوة لمواجهة حاضر المهنة و مستقبلها بكسب الرهانات و التحديات التي تعيشها العائلة الطبية التونسية فرادى و جماعات.

و مؤسسة العمادة ، و بالخصوص منذ تونستها بقانون سنة 1958 المؤسس ، متبينة و مختزلة ، أردنا أم أينا، التاريخ المعاصر و المسيرة الموصولة لهذه العائلة الطبية بمراحل و محطات تأسيسها و تسلسلها و تحولاتها...

الجيل الذي أنتمي له ، المخضرم بين خريجي أواخر دفعات طلبة الكليات الفرنسية وسط الستينات من القرن الماضي و الدفعات الأولى لخريجي كلية الطب بتونس في مستهل السبعينات ، جليس مؤسسة العمادة منذ ما يناهز الأربعين سنة.

وبداية قصتنا معها كانت بشيء من التحفظ لما كانت تنعت به عمادات الأطباء من كونها هيئات مهنية محافظة بل وحتى رجعية (كنا نذكر دوما أن نظام العمادات الطبية في فرنسا تزامن مع نظام فيشي الماشي) !
كما عرفت علاقاتنا الأولى مع قيادات العمادة بعض التآزم و التوتر لما كان يبدو لنا ، و كنا في ربيع شبابنا المهني ، من ركود و جمود داخل العمادة و كنا طبعاً نحمل ذلك على حساب الهيئات المسيرة لها التي كنا نعتبرها هرمت و شاخت ... و حان تعويضها ، شأن ذلك ما تعيشه جميع المهن المشابهة لمهنتنا من صراع أزلي بين " الصغار و الكبار ، و القدماء و الجدد ، و الأعراف و الصناع ... " و هو صراع متواصل إلى يومنا هذا صلب المنظمات الطبية (و الظاهرة لا تخلو في حد ذاتها من الإيجابية و إن يعترها أحيانا بعض الشطط و ضياع فرص تطوير المهنة و الذود عن مقوماتها و لحمة أسرتها).

و اليوم و نحن في خريف العمر ، نعترف (على الأقل فيما يخصني) أن موقفنا الأولي من العمادة ، على صحنه عموماً و أصلاً ، كان يشوبه أحياناً و شكلاً تحامل في غير محله ... و لم نراعي آنذاك حق قدرها صعوبة الوضعية التي كانت عليها التنظيمات المهنية منذ أواخر الخمسينات في بلادنا حيث حل نظام الحزب الحاكم الواحد منذ الستين الأولى بعد استقلال البلاد و احتوى مؤسسات و مكونات المجتمع المدني مما نال من استقلالية التنظيمات المهنية القائمة و هدد وجودها إن هي تحاول « الخروج عن الطاعة » مثل ما حصل لثقافة الأطباء التونسية التي تم حلها لعدم انسجامها مع المنظومة الأحادية (و تم تكليف العمادة منذ سنة 1959 ، إضافة لصلاحياتها الأصلية ، بالدفاع عن المصالح المادية و المعنوية للأطباء مكان النقابة المجددة.)

و إن تمكنت عمادة الأطباء من جمع شمل العائلة الطبية خلال ذلك الظرف الدقيق المتأزم ، فالفضل فيه يعود بالذات إلى رموز المهنة الذين كانوا يسيرون العمادة آنذاك و الذين تحلوا بالشجاعة و الحنكة و الحكمة حتى حافظوا على حد أدنى من الاستقلالية و مهدوا للتونسة الحقيقية و الفعلية للطب التونسي...

فكيف لا نذكرهم ، الأموات منهم و الأحياء ، بباقات عرفان و مودة ، وكيف لا أذكر على الأقل ثلاثة من أبرزهم و ممن تحملوا و زر رئاسة العمادة : سي محمود الماطري رحمه الله ، الزعيم الأنيق خلقا و أخلاقا الذي لم ندرك فترة رئاسته للعمادة لكننا سمعنا و قرأنا عنها كل خير ، فضلا عن تعلقنا برجل الفضل على نضال البلاد و العباد من أجل العزة و الكرامة ، سي الطاهر الزاوش رحمة الله عليه ، الحكيم الهادي الأصيل الذي كان يحرص على استقبال كل طبيب شاب جديد بنفسه عندما يأتي لتسلم وناق ترسيمه بالعمادة فيتجاذب معه الحديث المفيد بتواضع فريد ثم يتولى بنفسه مرافقته لتوديعه عند الباب الخارجي ، مبرزا تعلقه بأواصر الزمالة التي تبدأ منذ دخول الطبيب الشاب دار أسرته المهنية ، و أخيرا و ليس آخرنا أذكر سي إبراهيم الغري أطال الله عمره و نشاطه ، الأخ الكبير السخي المقدم الذي بقي و يبقى كما عرفناه في خدمة الناس دون كلل و لا تمييز ، و قد عرفت الرجل عن كثب عندما قضينا معا دحرا من الزمن خلال السبعينات و بداية الثمانينات حين كنت شخصا كاتبا عاما للعمادة ثم نائبه عند ترأسه مجلس العمادة . و إذ لم تخلو مجالسنا من الجدال الصريح و العنيد إلى حد التصادم و المشاكسة (من جهتي) أحيانا ، فإن الود و التقدير في الاتجاهين كانا دوما سيديا الموقف في النهاية بل و تعززت روابط الخير بيننا بفضل تمازج طباعنا المختلفة المتعددة و أجيالنا المتلاحقة المتباينة ...

و بقي صراعنا ، نحن الأطباء الشبان آنذاك ، في حدود معقولة و لم ينل من تقييدنا بواجب احترام و إعلاء من كان يكبرنا سنا و خبرة و منزلة من زملائنا داخل العمادة و خارجها في مجالات النشاط المهني الطبي. فتطورت صلتنا بالعمادة و برموزها في الاتجاه الصحيح و الصريح ، و سرعان ما حل منطق الوفاق و أسلوب التعايش الرصين محل التحفظ و التجافي ، و قد أقر الجميع أن الشباب المتحمس (إلى حد التشنج أحيانا) و الذي دخل دار الطبيب بأعداد متزايدة بداية السبعينات (من العائدين من الكليات الفرنسية و المتخرجين من كلية الطب بتونس الفتية) هو عنصر ديناميكية بناءة ، كما أدركنا بدورنا أن المهنة للحفاظ على نبلها و هيبتها - تبقى دوما في حاجة لثيوخها بخبرتهم و حكمتهم و إشعاع العديد منهم...

و الحقيقة التي نقف وراء الوفاق الحاصل حول مؤسسة العمادة رغم كل الصعوبات و بعض الأزمات التي تشق صفوفها من وقت إلى آخر هي أن نظام العمادة ، الذي يبدو محل احتراز و تحفظ في أول وهلة ، توفق إلى حد بعيد في الحفاظ على شبه وحدة و شمل الأسرة الطبية و هي التي تعرف و تتميز بالتباين و التعدد و تضارب بل و تصادم المصالح و المواقع ، و تتأرجح بين القطاعين العام و الخاص ، و الطب العام و طب الاختصاص ، و الطبيب الاستشفائي الجامعي و طبيب الممارسة الحرة ، و تعدد مصادر تمويل خدمات الطبيب و التي تتراوح من تحمل المريض لها مباشرة إلى التكاليف و الوساطات (الموفقة و غير الموفقة) التي تتعهد بها في هذا المجال الحساس هيئات و صناديق التأمين على المرض و ما أدراك ما هي...

عاملان اثنان في هيكلة مؤسسة عمادة الأطباء التونسية ساعدا على تحقيق هذا الدور الإيجابي الذي فرض نفسه و جدير بنا أن نسجله و نحن نقف على حصيلة خمسينية العمادة:

1- العمادة ليست جمعية اختيارية الانخراط و الانتساب ، بل هي من الناحية القانونية مؤسسة مهنية تتمتع بصلاحيات و مسؤوليات واسعة هي أصلا من صلاحيات و مسؤوليات السلطة العمومية في مجال الإشراف على جوانب كبيرة من مهنة الطب مثل الإشراف على ترسيم الأطباء في سجل العمادة (و هذا الترسيم من الشروط القانونية التي يجب أن تتوفر في الطبيب لممارسة مهنته في تونس)، و السهر على تقييد الأطباء بأخلاقيات المهنة المدونة بالخصوص في مجلة الأخلاقيات الطبية (و هي قانون في شكل

أمر)، والتعهد بالمسائل التأديبية، والذود على شرف المهنة الطبية ونبيلها بصفة عامة...
فالعمادة امتداد للسلطة المشرفة على الصحة في البلاد و حاصلة منها على تفويض قانوني متسع
الصلاحيات و الجوانب ، و هي لذلك سلطة عمومية مكنها المشرع من قوة تنفيذية كبيرة تتجاوز نظريا
ما يراه الأطباء في شأنها من موقع و نفاذ ، و مسيروها أنفسهم لا يدركون عادة مدى اتساع الصلاحيات
المنوحة للعمادة نصا و روحا. !

يحضرنني في هذا الصدد أن أحيينا العزيز زميلنا الراحل العميد عبد العزيز الغشام رحمه الله ، الأخصائي
المحنك و المرجع القدير في مجالات القانون الطبي ، كان وكما نعتبر أمامه عن عجزنا في مجلس العمادة
أمام مسألة ما يذكرنا ملحا أن العمادة هي سلطة عمومية و تتمتع قانونيا بصلاحيات واسعة فهي ليست في
حاجة إلى نصوص قانونية أكثر مما هو موجود و لا لتدخل وزير حتى تقوم بدورها و تضطلع بصلاحياتها
كاملة لئلا تضيع المهنة.

2- العامل الثاني الذي يقف وراء المكانة المرموقة التي بقيت تحتها مؤسسة العمادة رغم (أو بفضل)
تقدمها في السن نسبيا هو جمعها لكل الأطباء مهما تعددت أجيالهم و اختصاصاتهم و مجالات ممارساتهم
للمهنة ، ذلك أن إجبارية الترسيم و الانتساب مكنت العمادة على مر السنين من اكتساب موقع الضامن
لوحدة العائلة الطبية رغم الصراعات و الخلافات التي تعترتها و المرجعية المعنوية التي لا تتردد للذود
على الثوابت كلما دعت الحاجة و الظرف إلى ذلك، سواء تعلق الأمر بالوقوف بكل حزم و ثبات حيال
بعض القرارات أو الإجراءات التي تتخذها السلطات العمومية و قد تكون لا تراعي فيها مصالح المهنة
و أصحابها (قضية الوصفات المرقمة في السبعينات مثلا)، أو حتى التصدي لمحاولات و سلوكيات بعض
الهيئات و النقابات المهنية الطبية في الماضي و الحاضر قصد السيطرة على دواليب العمادة و إقحامها في
الصراعات و الخلافات القائمة بين أصناف الأطباء لتناصر هذا على ذلك.

و هذا خطر كبير هدد و لا يزال يهدد كيان العمادة و مهمتها الأساسية الأصلية ألا و هي التمسك بشرف
المهنة الطبية و آدابها و أخلاقياتها ، و يكون ذلك و بالأساس بالتمسك بوحدة الصف الطبي و التحلي
بموقف الحياد و تجنب الدخول في كل ما من شأنه تضيق الأطباء أو إضعاف كلمتهم و مكانتهم...

فانرجاء كل الرجاء من الزملاء النشطاء و القياديين في الهيئات و النقابات الطبية ، و عند خوضهم
المعارك الانتخابية المألوفة في مناسبات تجديد مجالس العمادة لغرض السيطرة على المواقع القيادية
داخلها و وطنيا و جهويا ، مراعاة ضرورة الحفاظ على التوازن القيادي بين أصناف الأطباء و مجالات
الممارسة و أجيالهم من جهة و الحرص على أن تبقى مؤسسة العمادة خارج و فوق التكتلات و التكتيكات من
حيث مواقفها و قراراتها من جهة ثانية حتى لا تصبح في حالة انصياع إلى ما قد يفرض عليها من أملاءات
و تعليمات فئوية تعكس إرادة و مواقف نقابية ما يحكم أغلبية عديدة لصالحها داخل مجلس العمادة ... !

فتخوفنا ، نحن شيوخ المهنة و نحن نعلم جازما أن موازين القوى لم تعد عدديا لصالحنا و هو شأن طبيعي ،
تخوفنا أن نتواصل ، بمناسبة انتخابات العمادة أو بغير مناسبة ، الصراعات الهامشية العقيمة بين الأطباء
(هذا طبيب عام و هذا اختصاصي ، هذا طبيب ممارسة حرة و ذاك طبيب استشفائي ، هذا طبيب إداري
و الآخر طبيب مراقب)... و هي تصنيفات سطحية و ظرفية من المفروض أن لا تنال من وحدة الأسرة
الطبية و من لحماتها...

اعتقد شخصيا أننا سقطنا في خطأ عندما سحقت الأوضاع العامة في البلاد العودة إلى العمل النقابي الطبي في الثمانينات بعد أن تعطل منذ ما يزيد على العشرين عاما منذ حل نقابة الأطباء في آخر الخمسينات . الخطأ تمثل في دخول بعضنا العمل النقابي الطبي بتصور فنوي ضيق إذ سرعان ما تم التوجه إلى إحداث نقابة أطباء الممارسة الحرة في القطاع الخاص بعد تحرك القطاع الاستشفائي العام الذي شهد إحداث نقابة الأطباء الاستشفائيين في صلب المنظمة الشغيلة ... وثلثها إحداثات نقابية أخرى وكذلك الانشقاقات (آخرها الذي أدى إلى إحداث نقابة الأطباء المختصين للممارسة الحرة) والمنطلقة من نفس المفهوم المنحصر في اختصاص ما أو في مجال معين محصور للممارسة الطبية.

هذه التحركات الهادفة في الأصل إلى الدفاع عن مصالح الأطباء ، وهو توجه محبذ ومشروع ، إلا أنها تمت مع الأسف بطريقة مشتتة في حين أنه كان من المفروض ومن الأجدى أن تتم بأكثر تنسيق وحكمة حتى نعود إلى الأصل وإلى ما حذقه وأتقنه أفضل منا من سبقنا في العمل النقابي والجمعياتي ؛
ألم يكن من الأجدى ومن الأنجع إحداث منظمة نقابية طبية واحدة في شكل مركزية نقابية طبية Centrale syndicale medicale (على غرار المنظمة الشغيلة ومنظمة الأعراف لكن مستقلة عنهما) تضم كل أو جل الفئات والمجالات ويتم داخلها التفرع حسب الاهتمامات والاختصاصات ومجالات الممارسة ، لكنها تبقى في علاقاتها مع خارج المهنة وفي نضالاتها من أجل المهنة ، صفا قويا واحدا ومؤثرا ويحق له حقا أن يدعي تمثيلية المهنة والأطباء لدى الخاص والعام مثلما هو شأن العمادة التي لا يشك أو يشكك أحد في تمثيليتها للمهنة في كل ما ليس له علاقة بالمصالح المادية ؟! ...

كان من المفروض علينا أن نترك التباينات والخلافات بيننا داخل حلقة منظمة نقابية قوية واحدة تجمعنا عند الحاجة ولا تفرق كما لا تلجم أو تقوض التعددية التي نحن عليها وبحاجة دوما لها حسب أوضاعنا المختلفة والمتطورة باختلاف وتطور مجالات ممارستها وتصورنا لمهنتنا النبيلة والشريفة.

وإذ نقول اليوم أننا بدأنا من حيث كان علينا أن ننتهي حيث أننا بدأنا بالفروع قبل و عوض بعث الأصل ، فالمجال متاح لنا أن نستدرك الخلل وأن نوجه طاقاتنا ، وخاصة منها الصاعدة والشابة ، إلى تصور جديد للدفاع عن مصالح المهنة وأهلها فتصبح في تناغم كبير وتكامل مجدي مع مؤسسة العمادة.

هذا الرجاء الملح وهذا التوجه المستقبلي بأفاقه السخية الموضوعية هما أحسن ما بالوجدان والإمكان أن نهديه لعمادتنا العزيزة في عيدها الخمسين حتى نواجهه معا وخدمة لمهنتنا العتيقة ولحافظي أمانتها الأجلاء الأوفياء جملة التحديات والصعوبات والرهنات الحاضرة منها والبعيدة.

ولا بد ، وفي ختام هذه التحية ، أن أستحضر بالود والمودة العديد من الأسماء الطيبة والوجوه النيرة والأيدي البيضاء والضمان النحية التي طبعت ورافقت مسيرة العمادة ومجالسها المتلاحقة خلال العقود الخمس الأولى من حياتها ، فأما الأحياء فيهم فإله أسأل أن يطيل أعمارهم ويمتعم بدوام الصحة وتمام العافية ، ولأموات منهم ، وهم أحياء في ذاكرتنا وذاكرة أجيال متعاقبة من زملائهم وطلبتهم ومساعدتهم ومرضاهم ، فالأولوية لهم بالترحم الخاشع على أرواحهم الطاهرة والتعلق الحميم للإيلاف والعهد.

اثنان من بين هؤلاء الضرسان ، ممن غيبتهما عنا الأيام ، بقيا فوق سحابة النسيان ، و ذكرهما ترزقنا ،

ونحن أيضا من أهلها ، جميل الصبر والسلوان.

الأول هو الراحل إمحمد بن صالح الذي عرفته شهما وفذا و بقي حتى الموت مثال الرجولة المعطاءة الشجاعة و المشاكسة من أجل الحق و إعلاء كلمته ... و لو كان مرا ... خضنا معا صولات و جولات في قيادة إتحاد الأطباء العرب عندما أصبح مقره في تونس في آخر السبعينات و قد استضافته عمادتنا (وهي جزء لا يتجزأ منه) و تحملنا معا (إمحمد و صاحب هذه السطور ثم رفقة العزيز الماطري و رضا الماجري) نشاط هذه المنظمة العربية غير الحكومية التي عادت فيما بعد إلى مقرها القديم بمصر وسط التسعينات. بعد رحيله بقي مكانه شاغرا لأن مكانته شامخة ، و قد بكيناه دما و شعرا ، و تحضرنى قصيدة شعرية رثاه بها الشاعر الكبير جلال الدين النقاش رحمه الله مطلعها:

يا راحلا هل ضمك المكنين أم أنت في القدس الشريف دفين ؟

أما الثاني الذي رحل عنا في ربيع حياته فهو المرحوم محمد منصف بوخريص الذي عودنا بأناقته المتواضعة و غليونه الهادئ قدر طبعه و عمق إنسانيته، أدخل روحا عصرية مجددة على إدارة العمادة عندما شغل كتابتها العامة و قد أدخل نفس الروح التحديثية خلال المناصب و المهمات القيادية التي تحملها طوال مسيرته المهنية الموقفة، كان نطاسيا عصبيا في وضع سابق لزمانه و كان مثال الزميل الوفي ذي الحكم الثاقب و النصيحة السخية.

و قد فوجعنا في فقدانه الأليم، و بكيناه جميعا، و حاولت شخصا في مناسبة أربعينيته التي التأمّت بمدراج الراحل زهير السافي بكلية الطب بتونس ، أن أرثيه نثرا و شعرا ، و أتذكر أنني قلت في رثائه:

حتى الذي جار عليك عاد اليوم يبكيك

تونس في 08 / 04 / 2008

J'ai eu l'honneur d'être élue membre du conseil national (CNOM) en **1992** et d'y siéger jusqu'à Décembre **1998**. J'ai eu le privilège de côtoyer comme présidents Hechmi Ayari et Abderrahmen Gafsi. Cette période correspondait à la réforme des structures du Conseil avec en particulier la création à côté du Conseil National de Conseils Régionaux (Tunis, Sfax, Sousse, Gabès et Bèjà) ; ce changement dans le fonctionnement de l'Ordre n'était pas toujours du goût des membres du CNOM, jaloux de leurs anciens « privilèges »

Cette période a également coïncidé avec une grande activité du CNOM : promulgation du nouveau code de déontologie en 1993, organisation de nombreux séminaires ayant trait non seulement à l'éthique médicale mais également à la médecine du tourisme et à la formation médicale continue.

Les membres du CNOM ont été par ailleurs présents et très actifs dans différentes commissions nationales (APC, assurance maladie, comité technique des spécialités pharmaceutiques, observatoire des médicaments...). J'ai été également désignée pour représenter le CNOM dans presque toutes les commissions qui touchaient de près ou de loin au médicament. Notre collaboration avec la Direction de la Pharmacie et des Médicaments et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens s'est faite à une époque où beaucoup de sujets étaient discutés (statut du pharmacien, publicité et médicaments, médicaments génériques, consensus thérapeutiques...). Elle fut très fructueuse et empreinte de beaucoup de respect.

Plus jeune membre du CNOM à l'époque, je n'étais pas peu fière de me voir confier la responsabilité de la coordination de la publication du « bulletin de l'Ordre » avec l'amicale collaboration de mes collègues de l'ordre et particulièrement celle de Fethi Tebourbi, Secrétaire Général et véritable cheville ouvrière du bureau.

La publication du bulletin avait été suspendue depuis de nombreuses années ; c'était donc un véritable défi d'en assurer la parution régulière avec un sommaire attrayant et des vérités qui font parfois mal à dire. C'est ainsi que différents sujets ont été abordés ayant trait à l'éthique médicale, à la démographie médicale, à la réforme des études médicales...

La grande nouveauté a été la publication des décisions du conseil de discipline de l'Ordre avec le nom des médecins concernés, le rappel de la faute professionnelle commise et la sanction infligée. Nous avons pensé que cela pouvait avoir valeur d'exemple en évitant à d'autres médecins de faire les mêmes erreurs. J'espère que nous y avons réussi.

Mon passage au CNOMT, m'a permis en plus d'un enrichissement sur le plan humain, d'avoir une vue plus large sur l'exercice de notre profession avec ses difficultés et ses aléas.

Au terme d'un mandat de 6 ans, j'ai quitté à regret mais avec le sentiment du devoir accompli un CNOMT dont l'implication forte a été d'un si grand apport dans l'élaboration de la nouvelle politique de santé en Tunisie.

Au milieu des années quatre vingt, l'Ordre des médecins se figeait. Certes citadelle de l'éthique et de la déontologie, mais teintée d'une sorte de classicisme d'avant guerre et imprégné de la montée en puissance du prestige de l'hospitalo centrisme universitaire, il paraissait cependant frappé d'une bonne conscience immobiliste, apanage d'une « élite » restreinte.

Mais il y avait les autres... Facultés aidant, le nombre des « confrères » commençait à augmenter, médecins des villes ou médecins des champs, pour la plupart généralistes, médecins de la santé publique ou médecins de libre pratique, dispersés, immergés dans le quotidien de la population et de ses problèmes de santé. Ceux là se sentaient sombrer dans un anonymat aux accents plébéiens.

Le grand corps médical commença alors à frémir, inquiet. Des syndicats naissaient, des questions se posaient : médecine publique ou médecine privée ? Quel système de santé ? Médecine générale « holistique » ? Préventif ou curatif ? Et la carte sanitaire ? Et la démographie médicale ? Et la reconnaissance du rôle social de la médecine ? Et le respect de la déontologie ? Et le financement de la santé ?... malaise...

Des esprits très sérieux mais qui parurent iconoclastes émergèrent de la masse. Ils posèrent les problèmes... l'Ordre ne parlait toujours pas... ce fut le temps des débats difficiles et des lézardes se creusèrent, profondes, entre les différents modes d'exercice.

Le sentiment d'une nécessaire unité existait cependant caché, mais profond et l'Ordre se devait de devenir le point de ralliement général. La citadelle devenue tour d'ivoire devait être prise. Elle le fut au prix de rudes batailles.

Pour une dizaine d'années, de nouveaux acteurs se renouvelèrent au sein du bureau National du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Malgré les idées reçues ils choisirent pour guides, des « anciens », des sages. Ce fut le temps des présidences successives des très respectés, Hachemi Garoui et Hachemi Ayari. On changea aussi de lieu - peut être à tort - et l'ancien et vénérable siège de la rue de Russie fut laissé dans les années 90 pour la rue de Touraine. Le CNOM rassembla toutes les organisations médicales autour de lui. Il rétablit la concertation entre les trois modes d'exercice hospitalo-universitaire, libre pratique, santé publique.

Le CNOM y gagna en crédibilité et fut dès lors l'interlocuteur incontournable auprès des autorités pour toutes les questions concernant l'exercice de la médecine. Le Conseil de discipline fut dynamisé et réalisa un travail considérable pour le respect de la déontologie.

L'organisation de l'Ordre fut revue et les Conseils Régionaux furent créés.

C'est aussi le temps – on l'oublie aujourd'hui – où on élaborait les premières études et débats sérieux pour le financement de la santé, la démographie médicale, la qualité des soins, la carte sanitaire etc... tous sujets abondamment repris ensuite par les institutions scientifiques et qui sont encore à ce jour au cœur des réformes entreprises ou à faire... Bref, l'iconoclasme tant décrié des débuts ne fut en fait qu'une revendication légitime d'appartenance et de conscience, un grand désir de bonne et honorable médecine pour un pays tant aimé.

Parler de ses souvenirs même quand on a la cinquantaine bien entamée n'est pas une tâche aisée, car on peut légitimement à cet âge encore conjuguer son temps au futur. Mais quand cette idée vous est « suggérée » par quelqu'un, pour qui vous avez beaucoup d'estime, et qui se trouve être en même temps le président de votre conseil national de l'ordre, vous ne pouvez qu'obtempérer.

C'est ce qui m'arrive quand Taoufik NACEF, Président du CNOM me demande de me remémorer les faits saillants que j'ai vécu pendant les deux mandats de «1989-1994», que j'ai eu l'honneur de passer au service de la profession.

J'ai parlé d'honneur de servir la profession, mais c'est aussi une responsabilité, une bien lourde responsabilité que ceux qui sont à l'extérieur de ces structures ordinales ont du mal à imaginer. Et rien que pour cela, j'exprimerai toujours mes vifs remerciements pour toutes celles et tous ceux qui se portent volontaires, au prix de leur temps, de leur santé, de leur famille, pour défendre les intérêts et les valeurs de notre métier.

Je reviens donc aux deux mandats que j'ai passé au CNOM, essentiellement en tant que membre chargé de l'information, pour dire que c'était une occasion pour moi de côtoyer et d'apprécier les qualités de mes confrères, femmes et hommes qui étaient membres du Conseil, mus comme moi, par le désir de servir la profession, de lui insuffler un sang nouveau et de participer avec eux à une refonte du cadre législatif qui régissait notre activité, de remettre ce cadre au goût du jour, de le moderniser. Et ce n'était pas une mince affaire !

J'ai commencé par parler de l'équipe avec qui j'ai eu l'honneur de servir, car il me semble que toute structure ne vaut, ne vit et ne réussit que grâce à la valeur des membres qui la composent.

Et là je voudrai avoir une pensée particulière pour notre Président de l'époque, feu Hachemi Ayari, que la paix soit sur son âme. Voilà un grand homme, pas seulement par la taille, mais aussi et surtout par ses qualités de meneur d'hommes, de fédérateur, de modérateur, de fonceur, de fin politicien et de grand démocrate. Sous sa houlette le CNOM a pris de l'envergure et s'est réconcilié avec sa noble mission.

Je dois rappeler qu'à cette époque, les différentes structures syndicales (Libre pratique, Hospitalo-sanitaire et Hospitalo-universitaire) s'étaient organisées pour être représentées au bureau de l'ordre national des médecins, car elles étaient convaincues de l'importance du rôle qu'allait avoir le CNOM pour les échéances à venir.

Et les élections du bureau de 1988 allaient pour la première fois consacrer des membres représentant des structures différentes avec des programmes différents. D'où le rôle important joué par H. Ayari pour fédérer l'ensemble des projets et des membres et en faire une équipe soudée et harmonieuse autour d'un programme homogène et équilibré.

Au cours de la période que j'ai eu à passer au CNOM sous la houlette de H. Ayari, je peux affirmer qu'aucun sujet n'a été éludé, que toutes les décisions se prenaient d'un commun accord dans la plus totale transparence et le respect des règles démocratiques.

Notre structure a su conserver son indépendance et n'a jamais versé dans un comportement obséquieux vis-à-vis de quelque partie que ce soit.

En ce qui concerne notre activité, le CNOM a participé à la réforme de notre profession

par le biais de la mise à jour d'un certain nombre de textes de lois, ainsi que par l'introduction de nouvelles dispositions réglementaires rendues nécessaires par l'apparition de nouvelles formes d'exercices.

1. Nouvelle loi régissant la profession : la réforme de la loi 58-38 régissant l'exercice de la médecine et organisant l'ordre des médecins, nous a tenu à cœur, car l'ancienne loi était devenue désuète. La nouvelle loi (13 Mars 1991) a redéfini les prérogatives de l'ordre en laissant aux différents syndicats médicaux la défense des intérêts matériels. D'autre part, il a été prévu la création de conseils régionaux de l'ordre (5) dans le but de rapprocher l'ordre des confrères.

Le mode de scrutin a aussi changé puisque la nouvelle loi institue exclusivement le scrutin direct et supprime le vote par correspondance.

2. Participation à l'élaboration de nouveaux textes : nomenclature des actes professionnels, statut du corps médical hospitalo-sanitaire, organisation des gardes médicales dans le secteur privé, loi régissant la greffe d'organes, loi relative à l'organisation sanitaire en Tunisie, décret relatif aux établissements sanitaires privés, loi portant sur la santé mentale et les conditions d'hospitalisation des malades mentaux, actualisation du code de déontologie médicale avec l'introduction du cabinet de groupe multidisciplinaire etc....

3. L'Information du corps médical : Nous avons pu obtenir l'autorisation de faire paraître « Le Bulletin d'Information Médicales ». Cela nous a permis d'avoir un meilleur outil de communication et nous avons pu tenir la cadence d'une parution trimestrielle.

4. La Discipline : Cela nous a malheureusement pris beaucoup de temps mais nous étions déterminés à consentir les efforts nécessaires pour faire respecter les prescriptions de notre code de déontologie, et rehausser l'image du médecin auprès du citoyen.

5. Activités diverses dans le domaine social et humanitaire comme par exemple le soutien apporté au peuple Irakien lors de la guerre du Golfe (1991), ou encore dans le domaine professionnel, comme le fait de doter le corps médical d'une Maison du Médecin digne de ce nom (Rue de Touraine), ou encore celle qui consiste à honorer les collègues qui ont marqué de leur empreinte leur époque.

En conclusion

Le corps médical a traversé au cours des trois dernières décennies quelques épreuves difficiles qu'il a pu souvent régler à son avantage. Il a eu son mot à dire à chaque fois que les intérêts supérieurs de la profession étaient en jeu. Il a toujours été un partenaire incontournable dans les négociations qui concernaient l'avenir de la profession. Ceci a été rendu possible grâce notamment à l'unité du corps médical autour de leurs structures et surtout de leur conseil. Celui-ci s'est toujours placé au dessus de la mêlée et des intérêts matériels parfois contradictoires des structures syndicales, mettant en avant les considérations d'ordre éthique pour jouer ce rôle de fédérateur qui lui revient de droit. Notre devoir à tous, de quelque bord que nous soyons, est de conforter notre conseil dans cette mission et de l'aider à être toujours le trait d'union qui existe entre toutes les autres structures. Nous l'aiderons ainsi à rapprocher les différents points de vue dans le but de sauvegarder les intérêts supérieurs de notre profession.

INDÉPENDANCE DU MÉDECIN ET LOGIQUE ÉCONOMIQUE²³

Lorsqu'on évoque les qualités d'un médecin on parle de sa compétence, de sa réputation de probité et de dévouement, de son respect du secret des personnes, on ne pense pas habituellement à son indépendance.

L'indépendance du médecin, dont la sauvegarde a été confiée par le législateur à l'Ordre des médecins, paraît si naturelle qu'elle n'est pas de prime abord un sujet de préoccupation. Pourtant, devant l'évolution des comportements, celui des médecins et celui des patients, et à la veille de nouvelles orientations en matière d'accès aux soins, ne convient-il pas de s'interroger? Que va devenir l'impératif d'indépendance jusqu'ici inhérent à leur mission, si les médecins sont incités par leurs patients et par l'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale, à subordonner de plus en plus leur diagnostic à la caution de la technologie, et si leur thérapeutique va obéir à des protocoles pré-établis ou pire, être insidieusement influencée par l'industrie pharmaceutique? Et surtout quelle sera l'emprise des organismes de financement des soins de santé quand on sait que leur logique de gestion n'est pas toujours superposable à la logique du soignant et donc peut-être à son devoir d'indépendance?

Essayons tout d'abord de mieux préciser cette notion d'indépendance. De quoi et de qui le médecin doit-il être indépendant?

- Le médecin doit être indépendant, au moment où il exerce son ministère, d'abord de ses propres intérêts.
- Il doit ensuite veiller à son indépendance de décision vis-à-vis de son malade, refuser de faire des prescriptions abusives, ne pas délivrer de certificats de complaisance ou de rapports tendancieux.
- Lorsqu'il soigne un salarié, il ne doit pas être l'allié de l'employeur.
- Il n'est pas non plus celui de la famille quand il donne ses soins à l'un de ses membres.
- *Il est évident aussi qu'il ne doit être dépendant d'aucun intérêt financier. Toute collusion dans ce domaine serait un manquement grave, de même que toute connivence avec une entreprise commerciale qu'elle soit ou non de soins.*
- Dans le cas de la consultation entre deux médecins, le médecin traitant reste indépendant. Il n'a pas l'obligation d'appliquer l'avis du consultant. Il reste libre de se retirer. Il n'y a pas de hiérarchie supérieure à la conscience du médecin et ceci est valable quel que soit le secteur ou le mode d'exercice.
- Même lorsqu'il applique un règlement en soignant un malade, le médecin n'est pas déchargé de sa responsabilité personnelle et son devoir est parfois de faire une exception s'il l'estime en conscience justifiée par l'intérêt légitime de son patient. On peut citer en exemple les mesures obligatoires comme les vaccinations ou encore, se souvenir de ce qu'écrivait George Duhamel : « les médecins ...sont par vocation au service de l'individu et le service de l'Etat, pour la médecine, suppose d'abord le respect de l'individu ».

Etre indépendant pour un médecin c'est veiller à ce que rien ne s'interpose entre son devoir et son patient et ceci quel que soit le système qui dispense ou qui finance les soins.

²³ Communication à la V^{ème} conférence annuelle du comité national d'éthique médicale, Tunis 16 Novembre 2000

Toutes les parties concernées travaillent aujourd'hui à une rénovation de notre système d'assurance maladie afin de promouvoir un accès plus équitable à des soins de qualité. Le régime adopté, va entraîner de toute façon un changement de nos habitudes que nous soyons professionnels ou demandeurs de soins. Les contraintes financières et les problèmes d'organisation seront une préoccupation commune à l'administration et aux professions de santé. Une interprétation de la notion d'indépendance dans le sens d'une liberté débridée serait erronée. Afin de sauvegarder la vraie liberté de leur exercice, les praticiens, conscients de leurs responsabilités économiques, auront à habituer leurs patients à une médecine soucieuse des coûts, une médecine du juste soin, pourvu qu'elle reste celle du soin juste.

La mise en application de la réforme devrait être l'opportunité d'un effort national de modification des comportements de tous les acteurs dans une logique de rationalisation des soins, meilleure manière d'éloigner le spectre de leur rationnement source évidente d'iniquité. Il y aura notamment, et ceci pas uniquement dans le cadre du secteur conventionné, à réapprendre à accorder sa confiance au praticien plutôt qu'à la technologie à laquelle certains ont tendance à recourir avant même de consulter un médecin. Il y aura aussi à convaincre que les techniques ou les médicaments les plus récents ne sont pas forcément les meilleurs.

Dans cette logique de civisme, une couverture médicale prenant à son compte le devoir d'indépendance que la loi impose au médecin, liera intimement trois impératifs : qualité des soins, changement des comportements et maîtrise économique. La qualité des soins constituant le but, l'évolution des comportements est indispensable à la maîtrise des coûts. Seule une telle protection médicale pourra s'inscrire dans la durée.

L'Ordre des médecins et, j'en suis convaincu, l'ensemble des organismes professionnels, aideront les pouvoirs publics à trouver les bonnes formules qui permettront de concilier le caractère individuel de l'acte médical et son financement collectif. L'avenir de notre système de santé dépend de la pertinence des choix. Ceux-ci doivent être adaptés à notre société et répondre aux attentes des citoyens. Ce virage est à aborder avec un esprit novateur, sans crispation sur des positions traditionnelles ou des corporatismes obsolètes, avec conviction et enthousiasme mais aussi une grande prudence, en associant et en responsabilisant toutes les parties.

L'objectif ultime doit demeurer de permettre, grâce à une attitude et des conduites personnelles et collectives citoyennes, un accès à des soins de qualité pour tous. Les professionnels de santé ont des devoirs. Il en va de même pour les autres composantes de la société. Le coût de la santé est bien l'affaire de tous. L'effort à faire est de transformer, chez tous, cette connaissance en conviction.

J'ai intégré le conseil de l'Ordre des médecins voilà déjà trois décennies avec pour seule ambition de contribuer à la promotion dans notre pays d'une médecine moderne, performante et de qualité.

J'ai été élu en 1980 membre du bureau du Conseil avec une équipe d'éminents médecins qui se sont distingués par leurs compétences, leur sérieux, leur patriotisme et leur dévouement pour le métier. Parmi les illustres membres de cette équipe dont je suis fier d'être le compagnon, je ne citerai ici que quelques noms tels Si Brahim El Gharbi, le sage du groupe, feu Mohamed Boukhris, un homme dévoué, de talent et à l'esprit créatif et Hachmi Garoui, symbole de la bravoure, de la courtoisie et de la compétence.

De **1980 à 1985**, d'autres confrères aussi méritants que si El Hédi Mhenni, si Ridha Kéchrif et autres ont intégré le groupe.

C'est au sein du Conseil de l'ordre des médecins que j'ai fait ma première expérience à côté de si Brahim, dans la gestion des hommes avec leurs tempéraments, leurs ambitions et leurs faiblesses.

Au sein du Conseil j'ai connu la médecine dans sa noblesse, dans ses soucis matériels, dans sa compétitivité. Quelle école!

Je garde l'excellent souvenir des soirées laborieuses passées avec Hammouda Ben Slama, chez lui dans les environs de Tunis, et feu Mohamed Boukhris débattant des réformes du code de déontologie. Ces soirées étaient longues, fatigantes mais agréables, et passionnantes.

Pendant cette période notre souci à tous était clair: protéger la profession contre les dérapages et veiller à ce que l'esprit confraternel convivial et humain reste le seul dénominateur commun.

CONCLUSION

Que retenir de cette rétrospective ? Comment faire la synthèse des évènements passés ? Quels enseignements en tirer pour éclairer l'avenir ?

L'Ordre des médecins est une organisation nationale « groupant obligatoirement les médecins... à quelque secteur d'activité qu'ils appartiennent²⁴ ». Il s'est donc efforcé tout au long des décades passées, à être un facteur de rassemblement et d'intégration, même si – comme toute organisation – il a été parfois l'enjeu de luttes de pouvoir et a connu des « crises », vite surmontées, et ayant au final contribué à consolider sa légitimité. Il est à l'écoute de la profession ; chacun de ses membres laisse de côté, une fois élu, ses filiations partisans et parle au nom de tous les médecins le langage du consensus et de la raison.

L'Ordre veille au « maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement... » qui doivent caractériser l'exercice médical et au « respect des devoirs professionnels ». En conséquence il veille à être le garant des bonnes pratiques de soins (dans le cadre d'une approche holistique de la santé) et à être empathique avec la demande des citoyens ; sa fonction est de « soutenir », arbitrer, concilier, trancher (parfois), en aucune façon celle de procureur (« à charge »).

Du fait de la mission qui lui est déléguée, l'Ordre est un partenaire privilégié de (par) l'autorité publique ainsi que d'autres organisations représentatives des professions de santé ou de catégories de citoyens. Ainsi il participe aux processus de prise des décisions : il étudie, propose, argumente, négocie pas à pas, même si, au final la solution retenue traduit un équilibre qui prend en compte seulement une partie des revendications de la profession ; la culture du compromis²⁵ qui maintient le lien social est un fondement de la philosophie à la base de l'action de l'Ordre.

Que retenir de plus de cette rétrospective ? **Des images :**

- *Au prix du sacrifice de leurs intérêts matériels – et pour certains de leur liberté –, les médecins s'engagent dans la lutte nationale pour l'émancipation ;*
- *Le premier président élu après l'indépendance démissionne, parce qu'il pense que ses nouvelles fonctions sont incompatibles avec sa responsabilité ordinale ;*
- *Un autre président, non réélu au premier tour de scrutin, se retire jugeant que la légitimité d'un président doit émaner de la « majorité absolue » (soit au moins la moitié des votants plus une voix) du corps médical ;*
- *Un de leurs successeurs se passionne pour la fonction, se dévoue... jusqu'au sacrifice de ses intérêts personnels.*

... qui ont en même temps une portée symbolique. Les valeurs de dignité, d'honneur et de probité qui caractérisent la profession, sont défendues, au premier chef, à travers le comportement exemplaire (respectueux de l'éthique et de toutes les prescriptions de la déontologie), de ses dirigeants, mais aussi de l'ensemble de ses membres. Faute de quoi, le métier de médecin sera, celui d'un technicien « marchand » de services (on shore et /ou off shore), perspective que semblent rejeter la majorité des médecins et qui va à l'encontre des principes de la médecine globale et familiale.

Pour terminer, une espérance : bien qu'une prérogative de l'Ordre soit « de participer à la promotion et à l'encouragement de la recherche », cet aspect de la mission a été laissé au second plan, l'Ordre s'étant principalement occupé à fixer des normes pour l'exercice médical. Le moment est venu pour l'Ordre de définir sa contribution à la mise en place de la « société du savoir » et de l'innovation.

²⁴ Cette compétence lui sont été reconnues par la législation : elles figurent notamment dans la loi 91-21 du 13 mars 1991 - dernière en date - relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecins et des médecins dentistes (article 11).

²⁵ Des esprits malicieux seraient tentés de pervertir « compromis » en : compromis(sion)(s). Qu'ils soient rassurés : outre l'engagement déontologique et civique des conseillers représentant de différentes formes d'exercice, la multiplicité des échelons hiérarchiques (régional, national, assemblée de coordination, et par-dessus tout Assemblée générale électorale) prémunissent l'ordre des dérives.

