

LE BULLETIN

d'Informations Médicales du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie

**Numéro 1
Nouvelle Série
Octobre 1992**

**EXERCICE DE LA MEDECINE
EN TUNISIE**

ETUDE CRITIQUE

PROPOSITIONS

POUR UNE MEILLEURE SANTE

Directeur de la Publication :

Dr. Hachmi AYARI

Chargé de la Publication :

Dr. Mohamed Lotfi BEN CHAABANE

Comité de Rédaction :

Dr. Héra ABDELJAOUED
BEN CHAABANE

Dr. Kamel AYACHI

Dr. Farid AYOUB

Dr. Moncef BEL HADJ YAHIA

Dr. Saida SADDEM BEN BECHEUR

Dr. Nabil BEN SALAH

Dr. Habib BOUJNAH

Dr. Mohamed Habib DAGHFOUS

Dr. Abderrahmen EL GAFSI

Dr. Rîdha KECHRID

Dr. Aziz EL MATRI

Dr. Moncef KHALLADI

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

16, Rue de Touraine 1002 - TUNIS ☎ : 792.736

“Ce que je veux, dit le médecin, c'est qu'on définisse clairement mon métier, parce que sous les mêmes gestes peuvent se cacher deux métiers aussi dissemblables que possible. Le premier est artisanal créateur, semblable à celui du potier ou de l'écrivain, où je rassemble à chaque nouvel acte tout ce que je sais tout ce que je crois, tout le meilleur de mes forces intellectuelles, mais j'ai besoin de conditions favorables pour cet accouchement difficile et toujours renouvelé, et je refuse qu'on me juge hostilement parce que je ne peux accoucher que de moi-même.

L'autre métier, lui, peut se juger : c'est celui d'un automate distributeur, qui fournit des prescriptions de barbituriques aux insomniaques, de paraffine aux constipés et de la poudre de talc aux mamans dont le marmot a des rougeurs ; ici la mal façon se reconnaît aisément : haro sur qui donnerait de la paraffine aux insomniaques et de la poudre de talc aux constipés.

Mais ce métier est à l'autre ce que l'ombre est à la réalité”

JEAN HAMBURGER
“ PUISSANCE ET FRAGILITE”

Octobre 1992

EDITORIAL

Nous sommes heureux de vous faire parvenir le numéro un de la nouvelle série de votre bulletin d'information.

En effet, nous venons d'avoir l'autorisation de le faire paraître et vous recevrez donc trimestriellement ce bulletin - à la place de la circulaire d'informations.

Il est évident, que ce bulletin qui est fait pour vous, doit vous être ouvert. Nous recevrons donc avec plaisir toutes vos suggestions, études...

Ce premier numéro, a été entièrement consacré à un travail réalisé par le CNOMT et qui sera présenté le 17 Octobre 1992, dans le cadre des Journées Médicales Tunisiennes organisées par la Société Tunisienne des Sciences Médicales. Ce travail sera un regard critique sur l'exercice de la Médecine dans notre pays.

Il est divisé en deux parties : la première étant une partie descriptive au sein de laquelle nous mettrons en relief les principales défaillances du système. Dans la deuxième partie un certain nombre de propositions seront faites et refléteront le point de vue du Conseil National et des Conseils Régionaux. Il va sans dire que ce travail n'est qu'une base de discussions et un point de départ à un débat que nous souhaitons le plus large possible.

Nous vous invitons donc à être nombreux le jour du séminaire afin de donner votre point de vue à propos de ce sujet qui devrait intéresser le corps médical dans son ensemble.

LES METHODES CONTRACEPTIVES DISPONIBLES

EN TUNISIE

❶ **Les Pilules** : Disponibles dans toutes les pharmacies au prix de 400 millimes le cycle.

▷ Neogynon : Pilule Normo dosée

▷ Microgynon : Pilule mini dosée

▷ Adepal : Pilule Biphase minidosée

et bientôt

▷ Marvelon : Pilule minidosée avec progestatif de 3e génération

❷ **Les DIU** :

Disponibles dans toutes les pharmacies au prix de 5 Dinars l'unité.

▷ **TCU 380** : Stérilet au cuivre en forme de T.

▷ **Multiload 375** : Stérilet au cuivre.

❸ **Les Spermicides** :

▷ Neosampoon : Comprimés Spermicides

▷ Ovules au chlorure de Benzalkonium

❹ **Les Préservatifs "Rifel Plus"** :

▷ En vente dans toutes les pharmacies. Nouveau Modèle Efficace et Pratique.

Boite de 3 ➡ 200 millimes

❺ La Ligature des Trompes/et IVG : réalisables dans toutes les centres de l'ONFP (voir adresses des cliniques de l'Office.

Si vous avez besoin de renseignements

Si vous voulez une formation.

Adressez vous à nous

O.N.F.P. 42 Avenue de Madrid - TUNIS -

EXERCICE DE LA MEDECINE EN TUNISIE ETUDE CRITIQUE PROPOSITIONS POUR UNE MEILLEURE SANTE

I - INTRODUCTION :

L'exercice de la médecine est un sujet vaste, faisant intervenir plusieurs disciplines et intéressant à la fois, au niveau de la conception, les hommes politiques, les économistes et les médecins, et c'est de la synthèse des travaux de ces trois éléments que peut être conçu un système d'exercice de Santé adapté aux besoins de la population tenant compte des réalités économiques du pays et des objectifs des plans de développement.

Conscient du rôle que doit jouer le corps médical, le C.N.O.M.T essaie par le biais de ce travail d'apporter sa modeste contribution. Nous avons voulu que ce travail soit un regard critique de la situation qui prévaut actuellement dans notre système d'exercice de la médecine. Nous avons émis aussi un certain nombre de propositions qui visent à sortir notre médecine du goulot d'étranglement dans lequel elle s'est bloquée depuis quelque temps. Nous ne prétendons nullement apporter la solution, mais nous sommes convaincus qu'il est temps d'ouvrir le débat, afin d'aboutir à des réformes devenues incontournables.

II - FORMATION DU PERSONNEL MEDICAL :

1 Formation Universitaire :

Le système de formation est actuellement constitué :

- ▶ d'un cycle de formation de 5 ans
- ▶ suivi d'un stage interné de 2 ans
- ▶ et d'un concours de résidanat qui permettra à un certain nombre d'internes d'accéder à la formation en spécialité.

Les grandes insuffisances de ce système sont au nombre de trois :

- ▮ Sous le couvert de restrictions budgétaires le nombre de candidats à la spécialité se réduit de plus en plus, ceci revient à réduire la formation des futurs spécialistes, à un moment où les besoins se font de plus en plus sentir.
- ▮ Pour les mêmes considérations budgétaires et financières, le personnel formateur compétent fait de plus en plus défaut, soit par manque de recrutement soit en raison du départ vers le privé d'un personnel formateur qui n'a pas été remplacé.
- ▮ Dans le cycle de formation des spécialités, il n'est pas du tout tenu compte des conditions particulières d'exercice en libre pratique.

Pour la formation des omnipraticiens, le cadre actuel du stage interne n'est plus indiqué, et ceci pour plusieurs raisons :

- a - la formation se fait essentiellement au lit du malade, alors que l'omnipraticien sera un médecin de 1ère ligne - donc essentiellement de consultations.
- b - Le stage interné est généralement mis à profit par l'interne pour préparer le concours de réssidanat, ceci n'est pas de nature à favoriser une bonne formation clinique de base.
- c - La durée de ce stage n'est pas à même de permettre une formation aussi complète que possible.

Des réformes sont souhaitables.

2 - Formation Post-Universitaire :

La formation post-universitaire est actuellement, et dans la grande majorité des cas, indépendante des facultés de médecine. Il s'agit d'un ensemble d'initiatives prises par les sociétés savantes, les sections syndicales, ou même des initiatives individuelles des médecins, qui se regroupent pour assurer eux-mêmes leur F.M.C. Il va sans dire qu'il n'existe aucune coordination ni synchronisation entre les différents intervenants.

**III - DESCRIPTION DE LA SITUATION SANITAIRE
ET EVALUATION DES BESOINS :**

1- Description de la Situation Sanitaire dans notre pays :

a/ Nombre de Médecins/Gouvernorat/Secteur d'Activité :

GVT/MODE D'EX.	L.P.	MCA+AHU +PROF	MSP	RES	MM	MC	MA	MS	MT	TOTAL
ARIANA	156	31	76	3		1		1		268
BEJA	29		72							101
BEN AROUS	127		36			4			1	168
BIZERTE	94	3	92		3	6	1		3	202
GABES	48	2	45				1	1	1	98
GAFSA	25		59			5	2	1	1	94
JENDOUBA	29	2	71			1	1			104
KAIROUAN	43	2	76			2	2			125
KASSERINE	14	1	52							67
KEBILI	6	16								22
LE KEF	33		43			2			2	80
MAHDIA	26	3	56						1	86
MEDENINE	61	1	58				2			122
MONASTIR	51	32	108			1	2	2	1	197
NABEUL	132	7	121	1		1	1			263
SFAX	256	42	100	6		23	1		3	431
SIDI BOUZID	20		53							73
SILIANA	16		36			1	1			54
SOUSSE	145	50	101	7	2	11			6	322
TATAOUINE	10		18					2		30
TOZEUR	5		17							22
TUNIS	654	316	307	51	44	64	33	6	7	1482
ZAGHOUAN	32		42			2				76
TOTAL	2012	493	1655	68	49	124	47	13	26	4532
RETRAITE	35									35
N.I	851									851
T.GENERAL	493	1655	68	49	124	47	13	26		5376

N.B. Ces chiffres ne tiennent compte que des médecins régulièrement inscrits au CNOMT.

b - Rapport M.G/M. Spécialistes :

Pour **4433** médecins actuellement identifiés et en activité nous avons environ :

- 60 % M.G
- 40 % M. Spécialistes

Mais la proportion des spécialistes est à relativiser dans la mesure où l'apport des MHU est important (environ le tiers) et que ceux-ci exercent dans les villes, siège de faculté. A noter aussi une disproportion importante entre les villes côtières, relativement bien pourvues en spécialistes et l'intérieur du pays.

c - Infrastructure hospitalière publique :

Le parc hospitalier public comporte **15446 lits** pour une population de près de **8 millions d'habitants**. Soit un indice de 2 lits %° habitants avec des variations allant de près de 4,9 %° pour Tunis à 0%° pour Ben Arous.

Ces **15.446** se répartissent comme suit :

1ère et 2ème ligne	⇒	▶ 100 hôpitaux de circonscription -- 2.909 lits - 18,8%
		▶ 22 hôpitaux régionaux ----- 5.860 lits -- 31,5%
		▶ 9 C.H.U
3ème ligne	⇒	▶ 8 Centres spécialisés ⇒ 7.677 lits soit 49,5%
		▶ 5 Instituts

A remarquer qu'un lit sur 2 se trouve dans une structure de 3ème niveau. A remarquer aussi que pour Tunis et sa région, il n'y a que des hôpitaux de 3ème ligne.

La répartition par spécialité se fait comme suit :

○ Médecine et spécialités médicales -----	42 %
○ Obstétrique et gynécologie -----	14 %
○ Chirurgie et spécialités chir. -----	30 %
○ Pédiatrie -----	8,5 %
○ Psychiatrie -----	5,5 %

Il faut relever que certaines spécialités ne se trouvent qu'à Tunis (carcino, radiothérapie) et que les lits de psychiatrie se trouvent presque exclusivement à Tunis et Sfax.

d - Centres de Santé de base :

Au nombre de **1476** en **1990** avec un Ratio de 1CSB/5400 Habitants et des extrêmes allant de 1CSB/2501 Ha. à Tozeur à 1CSB/22788 Hab. à Tunis.

e - Etablissements de soins du secteur parapublic :

Il s'agit de **6** polycliniques de soins ambulatoires situées à Tunis (2), Bizerte, Sousse, Sfax, Mélaoui.

Ces polycliniques employent **122** médecins à plein-temps.

f - Le secteur privé :

Représenté par 63 cliniques et 2000 lits (soit 15 % de la capacité d'hospitalisation) ainsi que 2012 cabinets de L.P donnant un ratio de 1 cab./3976 hab. avec des extrêmes allant de 1 cab/1250 Hab. à Tunis jusqu'à un cabinet pour 24.600 hab. à Kasserine.

2 - Activité du Système :

a - **Consultation** :

**EVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS
PUBLIQUES PAR TYPE D'ETABLISSEMENT**

	Consultations Hospitalières	Consultations de 1ère ligne (PMI, Dispensaires, salles de Soins)	TOTAL
1970 (a)	2.995.674	2.806.469	5.802.143
1972 (a)	3.046.388	2.631.689	5.678.087
1977 (a)	2.444.926	3.490.784	5.935.710
1979 (a)	2.750.076	3.895.152	5.976.019
1982 (a)	3.867.294	4.891.319	8.758.613
1986 (b)	_____	_____	6.578.478
1987 (b)	4.932.073	4.393.617	9.325.700
1988 (b)	5.761.894	4.823.465	10.585.659
T.A.A	5.13 %	3.99 %	4.58 %

Sources : a) MSP/DEP
b) MSP/DTH

N.B : Ces chiffres ne tiennent pas compte des consultations en urgence qui peuvent parfois atteindre 20-30 % du total de consultations de jour.

**EVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS
ET DU NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR UNITE
ET PAR JOUR DANS LE SECTEUR DE LIBRE PRATIQUE
(1978 - 1979)**

	Nombre de consultations	Nombre d'Unité de consultations	Nombre de L.P / Unité/Jour
1978	3.360.000	350	32
1982	3.729.000	565	22
1988	5.450.000	1514	12
1989	5.450.000	1600	11

Source : Collectif des organisations de médecins de libre pratique.

A noter que pour ce secteur, les données manquent beaucoup et les chiffres avancés ne sont que des estimations.

○ **Dans le secteur para-public :**

En 1991 les polycliniques de la CNSS ont réalisé 1.131.516 consultations dont 25 % environ des consultations de spécialités.

Il est intéressant de noter que :

- L'activité de consultations augmente à un rythme soutenu équivalent au double de la croissance démographique quelque soit le secteur considéré.
- Au niveau du secteur public, si globalement la 1ère ligne et la 2ème ligne assurent le même nombre de consultations, la croissance des consultations en 3ème ligne est plus soutenue. Ceci est responsable d'un engorgement des structures de 3ème ligne.
- Le secteur de L.P voit la fréquentation des consultants par Unité chuter de façon vertigineuse, passant de 32 Consultations/jour/Unité en 1978 (contre 20 pour le public) à 13 consultations/jour/Unité en 1989 (contre 26 pour le public).

- ▶ Pour les polycliniques de la CNSS l'activité de consultations en M.G. par rapport à la spécialité semble plus rationalisée puisque le passage d'un niveau à un autre est notifié par une consultation.

A noter que dans ce secteur, un fléchissement de l'activité de consultations de 1991 par rapport à 1990.

A noter aussi l'importance (impossible à évaluer) du phénomène de pluri-consultations.

A noter un phénomène qui se développe de plus en plus et qui consiste à ce que les malades se font suivre par leur médecin personnel et se font servir les médicaments par les pharmacies des polycliniques de la CNSS en passant par la consultation externe de la polyclinique.

b - Hospitalisation :

- Dans le secteur public, l'activité d'hospitalisation subit un accroissement annuel de plus de 4 %, alors que le nombre de lits ne subit lui que très peu de variations. Cette demande accrue d'hospitalisation s'est faite malgré un nombre de jours d'hospitalisation identique. C'est la durée moyenne de séjour qui a baissé.
- Cette activité d'hospitalisation soutenue s'explique par de multiples raisons, dont l'une des plus importantes consiste en l'insuffisance du système ambulatoire puisque beaucoup de malades sont hospitalisés pour être explorés ou pour une défaillance du suivi d'une pathologie chronique, qui a eu le temps de se compliquer.
- Cette activité d'hospitalisation est inégalement répartie entre les hôpitaux de 1er et 2ème niveau et ceux de 3ème niveau puisque ces derniers, avec un nombre de lits presque identique entre 1981 et 1988, ont pu augmenter leur activité d'hospitalisation de 23 %. Cet accroissement n'a été que de 10 % et de 7,1% pour les hôpitaux de 1er et de 2ème niveau, au cours de cette période, malgré un accroissement respectif des lits disponibles de 24 % et 10,9 %. Ceci est expliqué par la défaillance du plateau technique des hôpitaux de 1er et 2ème niveau, et explique l'engorgement des hôpitaux de 3ème niveau dont plus de la moitié du travail consiste à prendre en charge des affections banales.

A noter que pour la région de Tunis, l'absence de structure d'hospitalisation intermédiaire fait que le malade s'adresse à un CHU même pour une pathologie banale.

- L'hospitalisation privée représente environ le 1/7 de la capacité totale d'hospitalisation et assure environ 10 % des admissions - avec un taux d'occupation faible. Ceci signifie que les capacités offertes par le système privé sont insuffisamment exploitées.

3 - Evaluation des besoins et démographie médicale :

Deux méthodes sont utilisées pour évaluer les besoins :

- ☛ Evaluation des besoins selon la demande économiquement solvable: ceci revient à calculer les besoins en fonction des fonds disponibles. Cette méthode donnera une estimation sous évaluée des besoins.
- ☛ Evaluation selon des critères médicaux : on fixe par exemple pour notre pays un nombre moyen de 4 consultations / an / habitant (ce nombre est actuellement de 2,5 et le minimum fixé par l'OMS est de 3). A partir de cette donnée, on fixe les moyens nécessaires à cette activité : plateau technique, structures, médicaments, personnel etc...

En Tunisie, si nous comparons la progression de la population médicale et les fonds alloués à la santé, nous constatons que si la population médicale est en train de croître de façon vertigineuse passant de 800 en 1970 à 1300 en 1980 à 5373 en 1992 et sera autour de 10.000 en l'an 2000, les fonds alloués à la santé sont loin de suivre la même progression (dépense SP/PIB presque identique entre 1970 et 1990). Cette stagnation des moyens entrainera une dégradation du niveau des prestations et un chômage total ou partiel.

Il faudrait donc agir dans 2 directions :

- ▶ limiter le flux de formation
- ▶ augmenter les fonds réservés à la santé.

IV - COUVERTURE SOCIALE DU RISQUE-MALADIE :
FINANCEMENT DE LA SANTE :

1 - Assurance-Maladie :

Le système de couverture sociale dans notre pays est caractérisé par sa complexité et la multiplicité des régimes. Cette multiplicité engendre une distribution horizontale des ressources, au lieu d'une distribution verticale qui irait des plus riches vers les plus pauvres. Ces systèmes aboutissent en fait à un saucissonnage de la population, fonctionnant ainsi en vase - clos - alors qu'il devrait être un système de redistribution au sein de la population.

Ce système est constitué de 3 grands groupes :

- ❖ une assurance médicale obligatoire : (CNSS, CAVIS, CNRPS, CPEGT) regroupant en 1991 près de 1.441.300 adhérents.
- ❖ une assurance médicale gratuite : constituée par les indigents pris en charge par l'état par le biais des 2 types de carnets de soins. Le nombre de carnets distribués est de 780.000.
- ❖ une assurance médicale facultative (l'ensemble des régimes conventionnels, les assurances-groupes etc...). Il y aurait près de 400.000 adhérents.

Dans notre système de couverture, maladie, il est intéressant de relever que :

- une grande partie de la population ne profite d'aucune couverture maladie. L'enquête de consommation des ménages de l'INS de 1990, estime cette partie à 23 % de la population;
- une grande partie de la population jouit de plusieurs couvertures maladie ;
- le taux d'affiliation à la CNSS est nettement insuffisant, et serait de l'ordre de 50 à 60 % . De même que le phénomène de la sous-déclaration serait important.

2 - Financement de la santé :

- a** - Les dépenses globales de santé ont été multipliées par 4 en 10 ans passant de 142 MD en 1980 à 577 MD en 1990.

Cette multiplication s'est réalisée grâce surtout à l'effort des ménages dont la participation représente en 1990 presque la moitié des dépenses globales de santé.

	1980		1985		1990		Ecart 80/90
	Montant en MD	%	Montant en MD	%	Montant en MD	%	En %
Etat	74,3	52,2	143,0	51	221,6	38	- 14,2
Organismes de S.S	15,9	11,2	43,6	15,1	84,8	15	+ 3,8
Ménages	52,2	36,6	98,0	33,9	270,7	47	+ 10,4
TOTAL	142,4		289,9		577,1		

b - Pour le P.I.B. réservé à la santé, s'il est en accroissement, cela est dû essentiellement à la participation des ménages, la participation de l'état quand elle est en train de décroître et le rapport budget SP/budget de l'état est là pour le montrer passant de 8,2 % pour les années 62-64 à 7,2 % pour les années 87/90.

C - L'emploi des moyens :

❖ **pour l'état** : le budget réservé à la santé provient essentiellement de la fiscalité et de la contribution des caisses. L'essentiel des dépenses a concerné le budget de fonctionnement et parmi ce budget, le chapitre concernant les dépenses du personnel consomme près de 70 à 80 % (60 % pour les normes internationales).

Les dépenses d'investissements ont nettement diminué, malgré l'accroissement de l'activité hospitalière.

❖ **pour les Caisses Sociales** : il y a lieu de relever que si :

- les ressources allouées à l'assurance maladie ont été multipliées par 5 entre 1980 et 1990 passant de 15 MD à 80 MD.
- le nombre des affiliés a doublé entre 1980 et 1991 passant de 683.454 à 1.441.300.

Il n'en demeure pas moins que :

- près de 50 % du budget des caisses réservé aux soins sont versés au M.S.P ;
- près de 15 % de ces ressources sont dispensés aux soins à l'étranger. Un effort de limitation a quand-même été réalisé en 1991 au profit des interventions en Tunisie.
- pour la CNSS plus de 25 % de son budget réservé aux soins, sont consacrés à la gestion des polycliniques.
- la contribution des caisses aux soins en L.P. est insignifiante. Ceci peut expliquer dans une certaine mesure l'importance de la non-affiliation et de la sous-déclaration, vu l'absence de possibilités de choix du système de soins. Il faut quand même relever l'anomalie du double caractère obligatoire de l'affiliation et du choix de l'institution des soins.

❖ **pour les ménages** : L'effort consacré aux soins a été multiplié par 5 en 10 ans puisque les dépenses globales sont passés de 52 MD en 1980 à 270 MD en 1990. Le citoyen réserve 5 % de ses revenus pour les dépenses des soins en 1990 alors qu'en 1985 il ne réservait que 3 % . La part des ménages pour la santé en 1990, équivaut à celle des parts de l'état et des caisses réunies.

A noter que seule une partie (25 %) de cette participation des ménages est remboursée par les assurances et les mutuelles.

Ainsi donc, le citoyen qui s'acquitte de ses impôts et de sa cotisation sociale, doit en plus payer s'il veut se soigner en dehors des structures publiques et para-publiques.

EN DEFINITIVE : On peut dire qu'il existe deux grands systèmes de soins :

- l'un public, financé par l'état, essentiellement par le biais de la fiscalité ;
- l'autre privé, financé par les ménages.

Ces deux systèmes sont en déconnexion totale et sont tous les 2 en proie à de graves problèmes.

- Pour le public : à la crise du financement, s'est surajouté un départ du personnel vers le privé, une dégradation des moyens et un délabrement des locaux. Ceci ajouté à une demande de Santé de plus en plus forte, a fait que le niveau des prestations est en train de regresser dangereusement.
- Pour le privé : en délabrement progressif lui aussi,. Sa part dans l'hospitalisation est dérisoire et l'activité de consultation est entrain de regresser lentement mais sûrement. - Les moyens performants dont il dispose ne sont que très partiellement exploités - A terme une mort de ce système et du chômage sont en perspective.
- Un 3ème système est en train de se développer organisé par un secteur para-public - qui prend de l'ampleur -. Ce sont les structures de soins relevant de la CNSS ou celles mises sur pied par certaines entreprises au profit de leurs employés et parfois même leursfamille. Ce 3ème secteur consacre en fait l'idée du saucissonnage de la population et aggrave l'injustice devant la maladie.

V - QUE FAIRE : PROPOSITIONS POUR UN MEILLEUR EXERCICE ET UNE MEILLEURE SANTE :

Il est bien évident que nous ne détenons aucune solution miracle. Nous pensons que les solutions simplistes ne sont pas de mise. Par contre nous proposerons un certain nombre d'idées qui pourraient faire l'objet d'une discussion la plus large possible - en vue d'aboutir à des solutions, qu'il devient urgent de trouver -.

1 - Amélioration des taux de cotisations, harmonisation des systèmes d'A.M :

- **Une action d'harmonisation et de clarification** : Ceci peut-être réalisé grâce une fiscalisation des recettes de l'A.M. Ce prélèvement sera distribué équitablement sur toute la population par le biais de la C.N.A.M, qui devra être une unification des recettes et des régimes.

► Une action de révalorisation de l'A.M par :

- ❖ une amélioration du taux de recouvrement et de l'affiliation
- ❖ l'institution de la possibilité du choix du système de soins par l'affilié. Ceci sera de nature à favoriser les adhésions et justifiera un éventuel relèvement des taux de cotisations. De même une action contre les cotisations multiples peut aider à solutionner le problème du relèvement des taux de cotisations.

Ces actions combinées au niveau des Caisses - de même que l'effort qui devra être consenti par l'état - doivent permettre à tous les citoyens d'accéder à un SMIG sanitaire acceptable comprenant :

- ❖ un accès facile à la consultation ;
- ❖ un plateau technique suffisamment développé et accessible dans des conditions raisonnables de délai ;
- ❖ un accès facile au médicament

2 - Le relèvement du taux de PIB réservé à la Santé :

Il nous semble nécessaire de mettre sur le même pied d'égalité l'effort entrepris par les pouvoirs publics au profit de l'éducation et celui entrepris au profit de la Santé.

En considérant que l'effort consenti par les ménages est important et qu'on ne peut aller plus loin pour le moment - il est possible de ramener la participation de l'état au même niveau que celle des ménages. Pour les Caisses, en plus d'une action sur les cotisations multiples, l'introduction d'un système de soins attrayant, favorisera certainement les adhésions et permettra de lutter contre la sous-déclaration.

3 - Développement des moyens et amélioration des conditions de travail :

- **Dans le système sanitaire public :** Il est nécessaire de mettre en place une loi des cadres médicaux qui tienne compte des besoins de la carte sanitaire. Cette loi doit prévoir une évolution du plan de carrière des médecins qui soit attrayante.

Les hôpitaux universitaires doivent avoir un personnel médical en nombre suffisant, travaillant dans des conditions permettant l'épanouissement de ce type de médecine qui, outre ses charges curatives, joue un rôle fondamental dans la formation.

Les services des CHU peuvent parrainer des hôpitaux régionaux, en attendant que ceux-ci soient à même de remplir leur fonction convenablement. Les médecins appelés à travailler dans ces unités doivent avoir les moyens incitatifs nécessaires (indemnités ; logement ; facilités de F.M.C ...).

Les conditions de travail doivent être sécurisantes aussi bien pour le médecin que pour le malade appelé à fréquenter ces unités. Les mêmes remarques peuvent être faites pour les M.S.P. exerçant dans les C.S.B.

— **Pour la médecine de libre pratique** : Le médecin devra avoir la possibilité de participer à l'activité hospitalière. Il apportera sa connaissance du malade de ses antécédents et assurera le suivi dans de meilleures conditions. Il en profitera pour se recycler dans les meilleures conditions possibles.

De plus, il est logique que les possibilités matérielles offertes par l'hospitalisation privée et les moyens d'explorations performants que la libre pratique offre, soient utilisés de la meilleure manière possible. A rappeler que 60 % du travail des structures hospitalières de 3ème ligne consiste à prendre en charge des pathologies banales.

4 - Développement de la médecine ambulatoire :

Ce point semble tellement évident qu'il doit être institué dans les meilleurs délais.

En effet, le coût d'une hospitalisation est de 50 à 100 fois supérieur à celui d'une consultation. Le développement de la médecine ambulatoire évitera les hospitalisations abusives ou inutiles. L'amélioration des conditions de travail, du plateau technique mis à la disposition des CSB - des hôpitaux régionaux et de circonscription est un passage obligé. Le tissu dense de cabinets médicaux doit bénéficier de l'intérêt qu'il faut, en vue d'améliorer les conditions de travail et de clarifier le financement des soins en libre pratique.

5 - Formation du personnel médical et formation médicale continue :

Pour la formation des spécialistes, il est souhaitable d'élargir le cadre actuel du résidanat, d'augmenter le nombre de postes et d'améliorer les conditions du personnel formateur.

Pour les omnipraticiens : une révision du stage interné est nécessaire avec la prévision d'un cadre de formation adéquat pour le futur médecin généraliste : une sorte de résidanat en médecine générale, avec un programme théorique structuré, et une formation pratique adaptée, se déroulant dans les services hospitaliers, mais aussi et surtout en consultation et pourquoi pas dans les cabinets.

Le personnel formateur doit être bien choisi, répondant à des critères pédagogiques précis, et doit bénéficier en retour de tous les encouragements nécessaires (avantages matériels, stages de perfectionnement.).

Pour la formation, médicale continue : il serait judicieux que les facultés interviennent pour organiser ce travail d'harmonisation en vue d'élaborer un programme annuel national d'E.P.U permettant à chaque médecin, quelque soit son mode d'exercice, de trouver le créneau qui l'intéresse. Des moyens incitatifs doivent être mis en oeuvre en vue d'encourager les médecins à assister et à se prendre en charge en ce qui concerne l'E.P.U (Ex = dégrèvements fiscaux pour les médecins de L.P contre présentation d'un certificat de présence ; prise en charge pour les médecins fonctionnaires ; faciliter les abonnements ...).

EN CONCLUSION :

Le système de santé dans notre pays, qui nous a valu beaucoup de satisfactions (baisse de la mortalité infantile, de l'indice de fécondité ; allongement de la durée de vie ; le contrôle d'un grand nombre de maladies infectieuses ...) a permis l'éclosion d'un autre profil de morbidité. Le citoyen mieux éduqué, devenu plus exigeant, demande un niveau de prestations que le système actuel ne peut lui fournir ; des réformes sont incontournables :

- ▶ Au niveau du financement et de la couverture du risque maladie.
- ▶ Au niveau des structures permettant une meilleure inter-pénétration public-privé.

Le citoyen doit, d'autre part, être mieux informé sur tout ce qui concerne le coût de la santé, dans le but de l'inciter à être plus économe mais aussi à faire disparaître la mentalité d'assisté et l'idée de fatalisme qui accompagne souvent la maladie.

DIVERS

- ❶ La société Tunisienne des Sciences Médicales et Le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie organisent IIème Congrès National 16 - 17 - 18 Octobre 1992 à l'Hôtel "El Mechtel"

Tables Rondes :



- Exercice de la Médecine
- Chirurgie Endoscopique
- Organisation des Urgences

Communications libres - VIDEO - POSTERS

Tous les confrères sont cordialement invités à participer à cette manifestation.

- ❷ Un courrier de l'institut Pasteur de Tunis nous informe que, vu les complications bénignes survenues à la suite de l'utilisation de certains lots du vaccin R.O.R il a été décidé de suspendre la distribution du vaccin R.O.R Pasteur - Merieux en attendant les résultats de l'enquête en cours.
- ❸ Un certain nombre de confrères seront traduits incessamment devant le Conseil de discipline. Dans notre prochain bulletin nous vous donnerons de plus amples détails (Nom ; nature de la faute et sanction.).

Travail réalisé pour le C.N.O.M.T par les docteurs :

- **BEN CHAABANE** Mohamed Lotfi
- **BEN SALAH** Nabil
- **AYOUB** Férid
- **EL MATRI** Aziz
- **DAGHFOUS** Mohamed

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie remercie vivement le Docteur Mohamed BOUKHRIS, Président Directeur Général de l'Office National de la Famille et de la Population, qui a bien voulu accepter la prise en charge de la réalisation de ce numéro spécial par l'imprimerie de l'Office National de la Famille et de la Population.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie remercie vivement le Docteur Béchir ZOUARI pour sa précieuse collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

- 1** - Annuaire National des statistiques sanitaires 1989 - MSP
- 2** - Artère - Association des hôpitaux du QUEBEC. Vol 7
N° 3 Avril 1989
- 3** - C.N.R.P.S - Rapport financier - 1990 - 1991
- 4** - C.N.S.S - Rapport financier - 1989 - 1990 - 1991
- 5** - I.N.S - Enquête sur la consommation des ménages
1980 - 1985 - 1990
- 6** - Rapport préliminaire de la commission sur la reconstruction
de l'A.M. (Mars 1991)
- 7** - Rapport de la sous commission de S.S : Assurance - maladie
- 8** - Séminaire sur les économies de santé au Maghreb -
O.M.S : BEKAY Chérifa (Août 1992)
- 9** - THESE : Hatem JOMAA : Faculté de Médecine de Sousse (1990)
- 10** - TUNISIE MEDICALE : Spéciale Congrès Médical Maghrébin (Mai 1991).

LA CONTRACEPTION EN TUNISIE

Chaque année :

- ▶ 100.000 nouvelles contraceptrices
- ▶ 1 Million et demi de visites médicales
- ▶ 1 Million de cycles de pilule
- ▶ 4 Millions de preservatifs et méthodes locales
- ▶ 90.000 DIU insérés
- ▶ 8.000 ligatures de Trompes
- ▶ 20.000 IVG.