

Le Bulletin

D'INFORMATIONS MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE TUNISIE

Editorial

Dr Abdelhamid HACHICHA

Le conseil national et les conseils régionaux de l'ordre des médecins veillent à l'application stricte du code de déontologie. Ce code comporte les règles de l'éthique médicale et la réglementation de l'exercice de la profession. La déontologie est universelle et inaliénable. On ne peut discuter de l'indépendance du médecin, de sa liberté de prescription, du secret professionnel, du libre choix du médecin par le patient, des relations de confraternité entre les médecins ou du respect mutuel entre médecin et malade.

La réglementation de l'exercice de la médecine obéit à un consensus qui a permis de fixer les bases d'une organisation de la profession. Ce consensus devient une obligation pour chaque médecin ; le tout forme le code de déontologie.

Dans l'ordre du jour de toutes nos réunions il y a toujours le courrier et les plaintes, deux volets qui souvent ne font qu'un seul et qui nous prennent un temps qui aurait été plus utile s'il était consacré à l'approfondissement des réflexions sur l'avenir de la médecine.

Ces plaintes émanent de quelques citoyens qui pensent que leur médecin a commis une négligence voire une faute professionnelle. Leur nombre est minime, quand on le compare à la masse importante des consultations et des actes médicaux quotidiens de tous les médecins. Nous sommes obligés d'enquêter et de tirer les conclusions adéquates. D'autres intéressent les rapports de confraternité. Nous nous efforçons de clarifier ces conflits qui sont souvent traités à l'amiable. La partie la plus délicate est le non respect des règles de l'exercice de la médecine.

Le certificat médical de complaisance est une faute grave. Chaque médecin qui rédige un certificat doit apprécier les conséquences de ses conclusions. Il doit se sentir responsable du tort éventuel qu'il va occasionner à une tierce personne ou à un organisme. Il doit être conscient des retombées socio-économiques de ce certificat en prenant en compte bien sûr, les intérêts de son patient en premier.

Le problème de l'usurpation des titres ne peut être résolu que par une prise de conscience du corps médical. Personne ne peut s'auto-proclamer compétent sans l'accord de la commission de qualification. Nous rêvons d'un jour où chaque médecin affiche sur sa plaque les titres qui lui sont reconnus par le Conseil de l'Ordre. Le nombre des contrevenants est tellement important qu'il nous est impossible de les traduire tous devant le conseil de discipline. C'est pour cela que nous appelons toujours à l'autodiscipline.

Un autre problème reste à l'ordre du jour : le dépassement d'honoraires. Sur le plan pratique, ce sont le Conseil national de l'Ordre des médecins et les syndicats des médecins de libre pratique qui fixent la fourchette des honoraires. Ils prennent en considération les conditions socio-économiques du pays et les exigences d'une vie décente pour tout le corps médical. Cette confiance du législateur pour les responsables de notre profession nous impose de respecter nos décisions autant pour le minimum que pour le maximum des honoraires.

Le corps médical qui représente pour chaque citoyen le modèle parfait de l'abnégation, de l'honnêteté et de l'homme du savoir doit être digne, respectable et respecté.

Sommaire

- EDITORIAL
- L'ASSURANCE MALADIE
- RAPPEL DE/A L'ORDRE
- LA RESPONSABILITE MEDICALE
- LE DOSSIER MEDICAL
- LA GRIPPE AVIAIRE
- LA FIEVRE A VIRUS WEST NILE
- LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE AUX SPORTIFS
- PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES
- ACTIVITES DES CONSEILS
- DECISIONS DU CONSEIL DE DISCIPLINE
- LES CONSEILS REGIONAUX
- LES CERTIFICATS

Le Bulletin

* Directeur de la publication :

Dr. Abdelhamid HACHICHA

* Chargés de la publication :

Dr. Mohamed Néjib CHAABOUNI

Dr. Mohamed HOUISSA

Dr. Moncef HAMDOUN

Dr. Taoufik NACEF

Dr. Mohamed JOUINI

Dr. Mounir BEN SLAMA

Dr. Mohamed Elyes BEN MARZOUK

* Comité de rédaction :

Dr. Lotfi BEN HASSINE

Dr. Abdallah BEN MARZOUK

Dr. Nabil BEN ZINEB

Dr. Kilani CHABBOUH

Dr. Mohamed Fathi DEROUICHE

Dr. Mohsen HAMZA

Dr. Moncef KHALLADI

Dr. Abdeljelil LOUATI

Le conseil national de l'Ordre des médecins a participé depuis la reprise des négociations à trois réunions rentrant dans le cadre de préparation du projet de réforme de l'assurance maladie.

D'emblée nous tenons à préciser que les procès verbaux des dites réunions n'ont pas notifié clairement la position et les suggestions faites par le conseil national de l'Ordre des médecins.

Par ailleurs, nous regrettons qu'aucune des rencontres n'a rassemblé la totalité des partenaires sociaux intéressés par le projet (ministère de la santé, conseil national de l'Ordre des médecins, syndicats, l'UTICA...).

La confrontation directe de leur point de vue aurait permis d'harmoniser les différentes positions et fait progresser plus rapidement le projet.

Le conseil national de l'Ordre des médecins rappelle les principes qui régissent notre profession et qui sont :

- Le libre choix du médecin par le malade
- L'indépendance du médecin
- Le respect du secret médical.

Le respect de ces principes ne peut que consolider les objectifs visés par la réforme et qui sont de favoriser :

- l'équité
- la qualité des soins
- la prévention et les actions de santé publique
- le suivi médical et la continuité des soins
- l'amélioration des conditions d'accès aux soins
- l'optimisation des dépenses de santé.

Le Projet de réforme

Nous transmettons en italique et en condensé le texte de l'avant projet fourni par les responsables des caisses :

Cette proposition ne reflète pas la position définitive du Ministère des Affaires Sociales.

La configuration globale du projet de réforme d'assurance maladie comporte :

1/ La définition d'un régime de base couvrant les pathologies lourdes et chroniques ainsi que les pathologies courantes; et un régime complémentaire facultatif couvrant les actes de confort et d'esthétique.

2/ L'établissement d'un système de conventionnement entre les organismes d'assurance maladie et les structures sanitaires publiques et privées ainsi qu'avec les médecins de libre pratique.

Modèle de mise en application du régime de base :

L'assuré social choisit une option d'accès aux soins prévus par le régime de base, parmi les trois options exclusives l'une par rapport à l'autre :

1/ Option de la filière publique

2/ Option de la filière privée

3/ Option du système de remboursement.

Le choix d'une option est valable pour une année renouvelable par tacite reconduction.

1/ Option de la filière publique :

Elle donne droit aux soins à l'intérieur des structures sanitaires publiques (consultations externes, urgences et hospitalisation, y compris celle du jour. L'assuré et ses ayants droit bénéficient du mode du tiers payant, mais doit payer un ticket modérateur dont le montant global est plafonné annuellement. La renonciation à l'option de la filière publique ne peut intervenir qu'après l'accomplissement d'une période d'une année.

2/ Option de la filière privée :

Elle repose sur la notion du médecin généraliste référent ayant pour objectif la promotion de la qualité des soins, la rationalisation de l'accès aux soins spécialisés et la maîtrise des dépenses de santé. L'assuré et ses ayants droit doivent passer obligatoirement par le médecin généraliste référent avant d'accéder à tout autre prestataire de soins, sauf pour les cas d'urgences et certaines spécialités telle que (la pédiatrie et la gynécologie... L'assuré s'inscrit pour une année chez un médecin généraliste référent de son choix.

Elle donne droit :

- a - soins ambulatoires selon le mode du tiers payant avec un ticket modérateur dans les secteurs public et privé, dans les limites d'un plafond annuel.
- b - l'hospitalisation selon le mode du tiers payant avec un ticket modérateur dans les secteurs public non plafonné.
- c - l'hospitalisation dans les cliniques privées conventionnées acceptant les tarifs forfaitaires pratiqués dans les structures sanitaires publiques :

- selon le mode de remboursement pour une liste de pathologies préalablement arrêtées (non plafonnée)
- selon le mode du tiers payant avec prise en charge pour les hospitalisations lourdes, après accord préalable de la caisse. (non plafonnée)

Le médecin doit adhérer à une convention cadre et une convention sectorielle, accepter les termes de la convention du médecin généraliste référent.

3/ Option du système de remboursement :

Elle permet à l'assuré et ses ayants droit de s'adresser au prestataire de soins conventionné de leur choix aussi bien dans le secteur public que privé, moyennant l'avance de la totalité des frais et bénéfice du remboursement auprès de la caisse. Le remboursement porte sur les consultations et les visites médicales, les frais d'analyse et de laboratoire, les frais de radiologie, figurant dans le régime de base. Le remboursement des frais de soins ambulatoires s'effectue à l'acte conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et sur la base du taux de prise en charge des tarifs conventionnels prévus dans le régime de base. Le remboursement des frais d'hospitalisation engagés dans le secteur public s'effectue sur la base des tarifs conventionnels forfaitaires par spécialité.

Le remboursement des frais d'hospitalisation engagés dans le secteur privé, pour les spécialités inscrites sur une liste préalablement arrêtée, s'effectue sur la base des tarifs conventionnels forfaitaires par spécialité appliqués au secteur public.

Le remboursement s'effectue dans les limites d'un plafond annuel déterminé pour les soins ambulatoires uniquement.

Analyse du projet

Tout projet de réforme doit mettre en exergue la promotion et la mise à niveau du secteur public, comme le demandent les hautes instances du pays. En effet, outre son rôle primordial dans la formation médicale et la recherche scientifique, ce secteur assure les soins de la grande majorité des citoyens (environ 85%). L'assuré qui choisit le secteur public, doit avoir plus de confort. Une mise à niveau des consultations publiques est nécessaire. (avec la participation des caisses ??).

Les locaux doivent être convenables et décents. Le personnel paramédical, cheville ouvrière de ce secteur doit être qualifié et suffisant en nombre selon les normes de recommandations.

Les médecins du secteur public doivent avoir le confort technique et tous les moyens logistiques leur permettant d'être performants dans leurs activités de soins, de formation et de recherche.

D'autre part, ce projet retrace les grandes lignes d'un nouveau mode d'exercice médical plutôt que celles d'une véritable réforme de l'assurance maladie.

Il propose une médecine contractuelle basée sur la filière des soins et sur le médecin référent.

Dans les Pays qui ont instauré ce système, pour remplir la mission de référent, le praticien doit:

- Valider en plus de sa formation de base, une formation complémentaire spécifique lui permettant la prise en charge des pathologies courantes d'un certain nombre de spécialités.
- s'engager à respecter les recommandations de bonne pratique médicale (conférences de consensus etc..)
- Suivre une formation professionnelle conventionnelle à la charge des caisses
- Organiser son cabinet pour assurer la continuité des soins.

En l'absence de cette formation complémentaire comme c'est le cas actuellement, la mise en application de ce système n'aboutira pas aux objectifs escomptés (amélioration de la qualité des soins et maîtrise du coût de la santé) et risque même d'être contre productive.

Par ailleurs, cet exercice de médecine contractuelle doit être ouvert sans exclusion à tout médecin désirant y adhérer au sein d'une convention cadre. L'engagement du médecin dans ce système doit être fait dans le cadre d'un contrat de carrière et non à titre temporaire. Les clauses de ce contrat ne doivent pas être en contradiction avec la déontologie médicale concernant notamment l'indépendance de l'exercice médical. Il faut veiller à ce que les intérêts professionnels des médecins tels que le renouvellement de leur conventionnement par exemple, ne puissent se trouver en concurrence avec les intérêts des malades. La qualité des soins y serait, par conséquent, compromise. Des médecins généralistes référents recrutés à titre précaire et révocable peuvent ne pas être à l'abri de pressions dans un milieu professionnel qui souffre du sous-emploi. On peut s'interroger sur l'avenir d'un médecin qui se trouve du jour au lendemain déconventionné.

La tarification conventionnelle doit être dans les limites des fourchettes des honoraires en vigueur qui sont périodiquement révisables.

Les honoraires du médecin doivent être individualisés si on adopte des forfaits de soins afin de sauvegarder l'autonomie technique du praticien.

Le libre choix du médecin par le malade est un droit du citoyen et un principe de la déontologie médicale. Le choix annuel est certes un libre choix, mais qu'en est-il si, après quelques mois, le malade n'est plus satisfait de ce médecin ? S'il change de médecin doit-il accepter de ne plus avoir de prise en charge pour le reste de l'année ?

Le choix est opéré par l'affilié pour ses ayant droit : qu'en est-il du libre choix du conjoint ?

En outre, le choix entre les trois options proposées par la réforme ne peut être qualifié de libre puisqu'il est conditionné par des impératifs économiques. Alors que l'un des buts essentiels de la réforme est de lutter contre la multiplicité, la disparité et surtout l'inégalité des modes de prise en charge.

CONCLUSION

La réforme de l'assurance maladie doit constituer une étape historique de la médecine tunisienne. Le citoyen est en droit d'espérer de cette réforme encore plus de solidarité dans son financement et davantage d'équité en matière d'accès à des soins de qualité avec en corollaire une amélioration des conditions de travail des prestataires de soins. L'Ordre des Médecins est conscient des contraintes financières et des problèmes d'organisation inhérents à une telle démarche, toutefois, il demeure chargé de veiller au respect des normes de l'éthique médicale et notamment l'indépendance du médecin. Il va de soi qu'indépendance veut dire une latitude raisonnable de décision, dans l'unique intérêt du patient. Il est clair que la notion d'indépendance réclame le contrôle et la sanction. Cependant une séparation des attributions est une garantie fondamentale dans l'intérêt de l'individu et de la société. Il ne serait pas pensable que le même organisme, même s'il s'agit de deux caisses, collecte des cotisations obligatoires, soit responsable de leur gestion, finance les soins, recrute les soignants, contrôle les prestations et sanctionne.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins

RAPPEL DE À L'ORDRE

Les praticiens, de plus en plus troublés par les risques judiciaires qu'ils encourent dans la pratique de leur art, demandent l'aide de leur Ordre et de leurs organisations professionnelles.

Art 13 : « **Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Toutefois, un médecin ne doit jamais, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue.** »

L'Ordre défend l'omnivalence du diplôme de Docteur en médecine du généraliste mais un médecin ne doit pas entreprendre d'actes pour lesquels il n'est pas compétent. Le code de déontologie médicale prévoit le recours chaque fois que cela est nécessaire à un tiers compétent et rappelle que le médecin ne doit pas intervenir dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. Son objectif est d'assurer la meilleure qualité de soins et la plus grande sécurité au malade.

De même, le spécialiste s'engage « à exercer exclusivement la

spécialité pour laquelle il a été qualifié » et bénéficie d'une consultation spécialisée Cs=30d

Art 27 : « L'exercice de la médecine comporte normalement **l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales** qu'il est en mesure de faire, des certificats, ordonnances, attestations ou documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Les documents visés à l'alinéa précédent délivrés par un médecin doivent comporter son identité, sa signature manuscrite, **la date de l'examen ayant servi de base aux indications mentionnées dans les documents** et la date de leur délivrance. Ces documents doivent comporter l'identité exacte du patient ».

Art 28 : « **La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave.** »

Des certificats médicaux **pré-établis** par des médecins, délivrés secondairement par l'infirmier d'une entreprise avec laquelle ce médecin est conventionné, ou par le moniteur d'Auto-école continuent de se voir et constituent l'objet de nombreuses plaintes.

I - Introduction

La responsabilité médicale englobe aussi bien la responsabilité des médecins, des auxiliaires médicaux que celle des établissements hospitaliers.

Le médecin est un citoyen qui exerce une activité à risques au sein d'une profession organisée. En tant que citoyen, il répond de ses actes devant la société. En tant que praticien, il en répond devant ses pairs et devant ses malades.

Le médecin est soumis à un arsenal de textes juridiques, de principes jurisprudentiels et d'obligations qui ont tous pour but de préserver l'exercice médical de tout dérapage et d'éviter à ce que les praticiens ne s'écartent pas des buts fixés à la profession. Il y a lieu de mentionner également certaines obligations auxquelles le médecin est soumis et qui présentent une importance telle qu'elles peuvent être à l'origine de la responsabilité du médecin :

A - Obligations d'humanisme (éthique) : Le médecin doit respecter la personne du malade et sa dignité

- Respecter le secret professionnel : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris
- Porter assistance: mise à part la circonstance particulière que constitue l'assistance à personne en danger, le médecin qui accepte de donner ses soins ne peut abandonner son malade en cours d'intervention (diagnostique ou thérapeutique). Il peut refuser ses soins, mais seulement en dehors de l'urgence, et dans ce cas, il doit s'assurer au préalable de leur continuité.
- Obtenir le consentement du patient ce qui correspond au devoir d'information. Le médecin doit obtenir le consentement de son patient ou de la personne qui a le pouvoir de consentir pour lui, avant de procéder à un traitement ou à une intervention chirurgicale, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas de nécessité absolue. Pour que le patient puisse donner un consentement valable, le médecin doit le renseigner correctement sur la nature et les risques du traitement proposé. Cette information doit être claire, loyale, et intelligible. Le fait qu'un patient signe le formulaire pour autoriser l'intervention chirurgicale ne signifie pas que le médecin est déchargé de son devoir d'informer le patient.

B - Obligation de mise à jour des connaissances :

Le respect de l'obligation des moyens suppose que le médecin tienne à jour ses connaissances : il doit donc participer à des actions de formation continue.

La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" : le médecin n'a pas le droit de ne pas être au courant des progrès de la médecine, dans tous les domaines, clinique, biologique et technique. La compétence médicale est la première exigence de la morale professionnelle.

En conclusion de cette introduction on pourrait dire que le médecin risque d'être confronté dans l'accomplissement de sa mission soit à une ou à plusieurs des règles précédentes.

II - Les différentes responsabilités auxquelles un médecin pourrait être confronté :

Dans un souci de clarté, ces différentes responsabilités seront étudiées sous deux rubriques :

- les responsabilités sources de sanctions
- les responsabilités sources d'indemnisation

A - Les responsabilités sources de sanctions :

1- Responsabilité disciplinaire :

Elle est engagée toutes les fois qu'un médecin viole l'une des règles professionnelles notamment celles mentionnées dans le code de déontologie.

La loi 91-21 du 13 mars 1991 a prévu la procédure disciplinaire, les sanctions ainsi que les recours judiciaires.

La compétence en matière disciplinaire est attribuée au conseil de discipline formé par les membres du conseil national de l'ordre des médecins.

La responsabilité disciplinaire est fondée sur la faute prouvée. Elle se rapproche de la responsabilité pénale par l'exigence de la commission d'une faute par le praticien et une faute qui doit être prouvée mais elle s'en écarte par certaines spécificités de la procédure pénale.

La faute médicale peut être uniquement professionnelle et ne pas intéresser le droit commun (non-respect des règles de confraternité Article 49 CDM, utilisation abusive de titres ou de qualifications, cabinet secondaire, etc...).

Elle peut être tout à la fois professionnelle et de droit commun telle :

- La violation du Secret professionnel Article 4 du Code de Déontologie Médicale
- La non-assistance à personne en danger Article 9 du Code de Déontologie Médicale
- La délivrance de certificat médical de comp-laisance Article 28 du Code de Déontologie Médicale et Article 197 du Code Pénal.

Il n'existe pas de délais pour saisir l'Ordre des médecins, aucune prescription n'étant prévue. La saisie de la juridiction professionnelle ne fait obstacle à aucune action judiciaire de droit commun. Un médecin peut, pour les mêmes faits, être jugé par un tribunal et devant l'Ordre. La juridiction ordinaire n'est alors liée par les décisions des juridictions de droit commun qu'en ce qui concerne la matérialité des faits.

Seul, le Conseil de l'Ordre National des Médecins de Tunisie est compétent en première instance. Il prononce librement les sanctions, qui sont des peines professionnelles (avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer, radiation du tableau de l'Ordre).

En confiant aux médecins eux-mêmes l'exercice du pouvoir disciplinaire, le législateur a entendu marquer à la fois une exigence et une confiance :

- une exigence parce que, du fait des sanctions spécifiques qui peuvent les atteindre dans leur exercice professionnel, les médecins supportent des risques que ne connaissent pas la plupart des autres professionnels ;

- une confiance parce que ce pouvoir de prononcer des sanctions et parfois de graves sanctions est confiée à des médecins élus.

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

2- Responsabilité pénale :

Pour que la responsabilité pénale soit engagée, il faut que la faute soit constitutive d'une infraction dont la répression est prévue par le Code Pénal. Il s'agit soit d'une action coupable ou d'une abstention coupable. Par cette faute le médecin trahit la confiance placée en lui par la société.

Les Fautes pénales sont nombreuses :

- homicide et blessures par imprudence
- faux certificats, (Art 197 du code pénal.)
- infraction à la législation sur les stupéfiants,
- interruption illégale de grossesse,
- violation du secret professionnel
- non-assistance à personne en danger,
- etc....

B- Les responsabilités source d'indemnisation :

L'indemnisation est une réparation du préjudice subi par la victime.

1- Conditions de responsabilités réparatrices :

Elles exigent une faute, un préjudice et un lien entre les deux.

a- La faute :

Ces responsabilités sont fondées en principe sur la faute c'est à dire que le médecin n'est tenu pour responsable que si la victime rapporte la preuve d'une faute à son encontre.

b- Le préjudice ou dommage :

Le dommage ou préjudice peut revêtir des formes diverses :

- dommage / préjudice **corporel** entraînant une diminution des capacités physiques ou intellectuelles de la victime dont l'importance est exprimée en pourcentage d'incapacité partielle permanente (IPP), par l'expertise : perte d'un membre, d'un organe décès.

- dommage / préjudice **matériel** : Il peut s'agir de pertes de salaire, de frais de traitement, de coûts de prothèse, etc...

- sont également considérés dommage / préjudice, l'ensemble des troubles et inconvénients subis par la victime et même par sa famille ce qu'on peut appeler **préjudice moral**.

La responsabilité peut engendrer un dommage matériel et un dommage moral comme elle peut engendrer un dommage moral seulement.

c- Un lien de causalité prouvé entre la faute et le préjudice :

Pour engager la responsabilité du médecin, il faut non seulement prouver une faute et un dommage mais un lien entre les

deux ce qu'on appelle causalité.

Donc la **causalité** est le lien - entre la faute et le dommage. La preuve doit être prépondérante, c'est-à-dire qu'elle doit démontrer qu'il s'agit plus que de simples possibilités.

En conclusion, le malade qui tente une action en justice doit démontrer au juge qu'il a été victime d'une faute, qu'il a subi des dommages et qu'il y a un lien de causalité entre la faute et les dommages.

L'expertise médicale a une place prépondérante dans cette démarche.

2- Nature des responsabilités réparatrices :

Elles peuvent être contractuelles comme elles peuvent être délictuelles.

a- Responsabilité contractuelle :

Le contrat qui se forme entre le médecin et son patient par lequel le médecin s'engage à mettre en œuvre tous les moyens possibles pour le soigner.

On admet donc qu'un véritable accord de volontés existe entre le médecin et son patient. Le contrat est en général oral ou tacite.

Comme dans tout contrat il y a des obligations réciproques, on distingue :

➤ Les obligations contractuelles du patient :

- suivre les prescriptions du médecin
- paiement des honoraires.

➤ Les obligations contractuelles du médecin :

Outre l'obligation d'humanisme et de mise à jour des connaissances, on distingue :

• L'obligation de moyens :

L'obligation d'un médecin est de dispenser des soins ; non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, réserve faite de circonstances exceptionnelles.

Le médecin ne peut pas, et ne doit pas, garantir directement ou indirectement la guérison d'une maladie. Il n'y a pas d'obligation de résultat.

On condamnera le médecin si l'on peut retenir contre lui une faute dans les moyens employés : négligence, imprudence, une faute technique, ou de jugement, ou de surveillance.

• L'obligation de sécurité :

L'obligation d'un médecin est d'assurer les mesures de sécurité nécessaire pour l'exécution des soins entrepris, exemple : disposer de matériel de réanimation avec source d'oxygène.

• L'obligation de résultat :

Il y a obligation de résultat pour certains actes sans aléa comme en biologie ou en radiologie, et pour certains contrats comme les contrats de recherche consentie par la volonté des parties.

b- Responsabilité délictuelle :

C'est le cas où les relations praticiens / victimes ne sont pas le résultat d'un contrat. Cette responsabilité englobe en général tout le contentieux administratif de la responsabilité. C'est le cas où le patient est victime d'une faute du médecin lors de son exercice au sein d'un établissement sanitaire (public ou privé), ou d'un mauvais entretien ou une mauvaise gestion de l'entreprise hospitalière (publique ou privée).

Ainsi, le patient victime de la faute, demande réparation au responsable ou l'institution en sa qualité de propriétaire de l'endroit où l'acte médical préjudiciable s'est déroulé.

En principe, la responsabilité délictuelle couvre presque tout le contentieux administratif de la responsabilité et une partie minime du contentieux de la responsabilité civile.

En un mot, la responsabilité contractuelle touche presque tout le contentieux civil, alors que la responsabilité délictuelle couvre presque tout le contentieux administratif de la responsabilité.

3 - Formes des responsabilités réparatrices :

a - Responsabilité civile

Le principe de la responsabilité civile prévoit que tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

La responsabilité civile du praticien est engagée par le non-respect des obligations contractuelles et parfois en dehors d'un contrat.

L'indemnisation accordée au patient par le tribunal couvrira les dommages :

- **financier** : il s'agit de remboursements des frais de soins ou de manque à gagner ou perte de salaire
- **moral** : les souffrances et les troubles dans la vie inhérents aux dommages causés exemple : perte d'un être cher
- **physique** : perte d'un organe ou d'un membre ou bien dommage de nature esthétique.

Il est indispensable que les médecins contractent une assurance contre les risques inhérents à l'exercice de la profession.

b - Responsabilité administrative (celle de l'administration) :

Elle couvre les dommages causés par les médecins et auxiliaires médicaux qui travaillent dans le secteur public. Il s'agit du personnel médical des institutions hospitalières publiques.

Elle couvre les préjudices causés par ces institutions soit à raison d'un mauvais fonctionnement soit en raison du manque de contrôle de la marche de ces dernières.

Le contentieux de cette responsabilité est de la compétence du tribunal administratif.

La responsabilité administrative est également une

responsabilité pour faute.

La victime, en attaquant l'administration est certaine d'obtenir le montant de la réparation objet de la condamnation puisque l'administration est toujours solvable ce qui n'est pas vrai pour l'agent fautif, il est dans la majorité des cas insolvable.

Il est à signaler que les cas de retour de l'administration sur ses agents pécuniairement sont pratiquement rares sinon inexistantes ceci s'explique par les raisons suivantes :

- Le retour sur l'agent peut provoquer une paralysie des initiatives des agents et même un ralenti de l'action administrative.
- La difficulté pour l'agent de rembourser des sommes importantes
En contrepartie l'administration a la possibilité d'engager la responsabilité disciplinaire de l'agent fautif.

III Conclusion :

Pour terminer, il importe de rappeler que la responsabilité du médecin reste d'abord et avant tout d'ordre moral. Cette responsabilité morale fait partie intégrante du contrat de soins où s'exprime la rencontre d'une confiance et d'une conscience.

La responsabilité morale est fondée sur le caractère personnel de l'exercice médical : chaque médecin est personnellement responsable de ses décisions et de ses actes.

Ainsi, la société ne saurait garantir à ses membres un droit à la bonne santé, s'organise pour leur offrir l'accès équitable à des soins de qualité. Cette qualité est liée en grande partie au sentiment conservé par les médecins qu'ils sont personnellement responsables de leurs actes.

Docteur Med Nejjib CHAABOUNI

Remerciements : Nous remercions le Maître Ahmed BEN MANSOUR (Conseiller Juridique de l'Ordre des Médecins) pour sa contribution à la rédaction de cet article.

LA GRIPPE AVIAIRE

L'extension fulgurante de l'épidémie de grippe aviaire (ou peste aviaire) en Asie fait poser un certain nombre de questions à nos collègues et il est utile, ainsi que cela s'est produit pour le SRAS l'année dernière, de replacer les choses dans leur juste contexte.

- 1- Cette épidémie reste jusqu'à ce jour une maladie du poulet qui est transmise à l'homme par contact direct professionnel (personnes en contact direct avec le poulet malade ou ses déjections). En effet, dans les quelques cas de transmission de la grippe aviaire à l'espèce humaine, c'est la souche du poulet (A/H5N1) qui a été retrouvée.
- 2- Le danger serait que cette souche du poulet acquière des gènes du virus humain par recombinaison et se transmette ainsi rapidement dans l'espèce humaine inaugurant ainsi une nouvelle pandémie grippale. C'est pour cela que l'OMS insiste actuellement sur les campagnes d'abattage de poulets suspects afin d'enrayer l'épidémie de la maladie chez le poulet et de limiter au maximum la possibilité de recombinaison du virus.
- 3- Le poulet malade meurt rapidement et n'est pas consommable. Il

est donc difficile de l'introduire (ainsi que cela a été fait dans quelques rares cas de vache folle (maladie à incubation longue) dans la chaîne alimentaire industrielle.

- 4- Les conseils d'hygiène générale alimentaire doivent être respectés (bien laver l'animal avant de le cuire, la température de cuisson habituelle détruit le virus +++). Il est plus facile de faire une diarrhée à salmonellose alimentaire actuellement que d'attraper le virus de la grippe aviaire en Tunisie.
- 5- L'extension de l'épidémie est imprévisible à l'heure actuelle entre le scénario minimum (arrêt graduellement de l'épidémie d'ici un mois si la coopération internationale fonctionne comme pour le SRAS) et la catastrophe (transport du virus par des oiseaux migrants en Europe et descente en Tunisie).
- 6- Notre Laboratoire dispose des souches de grippe aviaire H5N1 et H7N7 et nous pouvons actuellement effectuer un diagnostic sérologique en Tunisie pour des cas suspects.

Docteur Amine Slim, - Laboratoire national de référence sur la grippe (amislim@yahoo.com)

La circulaire RCPS/MSP/65/2002 datée du 6 septembre 2002, rappelle aux responsables des cliniques privées leurs devoirs en matière de tenue, de conservation et d'archivage des dossiers médicaux individuels des malades admis dans leurs établissements suite à « une décision médicale écrite ».

A cette occasion le conseil national de l'Ordre des médecins rappelle aux médecins quel que soit le lieu et les modalités de leur pratique

- l'importance de « l'observation » pour la prise en charge et le suivi des patients aussi que pour la recherche et l'évaluation des pratiques. Par ailleurs et vu la « judiciarisation » de la société, le dossier médical écrit est la référence en cas de conflit mettant en cause la responsabilité du professionnel. Dans une telle éventualité, compter sur sa propre capacité de mémorisation (ou celle de ses collaborateurs ou confrères) serait un mauvais calcul à moyen et à long terme, celle-ci peut être défaillante, ce qui rendrait difficile la reconstitution des faits surtout en cas de contradictions entre témoins (même de

bonne foi). Les informations suivantes

- périodiquement actualisées devraient obligatoirement figurer dans le dossier médical :
- éléments d'identification : nom, prénom, adresse(s), date de naissance, profession(s), numéro d'affiliation à l'assurance maladie (mutuelle), numéro de la carte d'identité nationale ;
- données personnelles et familiales notamment sur des facteurs de risque : tels que maladies génétiques, allergie et intolérance (médicamenteuses ou autres), maladies dites dégénératives ou de système..., handicaps, styles et habitudes de vie, environnement physique et social ;
- données sur les « rencontres » : au minimum synthèse de l'anamnèse et, des signes d'examen; conclusions et décisions ;
- le cas échéant les résultats des analyses de laboratoire, de l'imagerie, des comptes-rendus d'endoscopie et/ou d'interventions chirurgicales.

LA FIEVRE A VIRUS WEST NILE

1 Définition :

La fièvre West Nile, aussi appelée fièvre de Camargue ou encore maladie à virus du Nil occidental, est une zoonose à sympto-matologie grippale, très proche de la dengue, due à l'arbovirus West Nile (groupe B). Elle est transmissible par des arthropodes vecteurs : des moustiques du genre *Culex*. Cette maladie peut se compliquer d'un syndrome méningé spontanément curable et parfois, chez le vieillard, d'encéphalite mortelle.

2 Biologie du virus :

- * C'est un virus à ADN simple brin, un Flavivirus qui est transmis par les moustiques, principalement ceux du genre *Culex*. A noter que le virus a également été occasionnellement isolé d'autres arthropodes, comme les tiques.
- * West Nile est particulièrement présent dans les zones humides où se trouvent réunis certains oiseaux sauvages, migrateurs pour la plupart, constituant un réservoir naturel de la maladie et jouant un rôle important dans la dissémination du virus. Les oiseaux migrateurs permettent notamment le passage du virus West Nile de l'Afrique aux zones tempérées d'Europe et d'Asie au printemps.
- * Les moustiques présents s'infectent lors de repas de sang sur ces oiseaux et perpétuent localement le cycle moustique / oiseaux, nécessaire à la circulation du virus.
- * Les mammifères quant à eux sont considérés comme des hôtes accidentels du virus (bétail, chiens, chats, chevaux, hommes...)
- * Il n'existe pas de contamination entre humains ou animaux, la transmission passant obligatoirement par les moustiques.

3 Épidémiologie :

- * L'aire connue de dispersion de cet agent pathogène comprend de nombreux foyers réalisés par les mouvements des oiseaux migrateurs de l'Ancien Monde. Elle concerne avant tout l'Afrique du Nord et l'Afrique tropicale, le Moyen-Orient, l'Inde

et l'Asie centrale.

- * Des centaines de cas de fièvre à virus West Nile ont été décrits chez l'homme en Israël et en Afrique du Sud.
- * La plus importante épidémie en Afrique a touché 3000 personnes dans la province du Cap en 1974, à la suite de pluies abondantes.
- * La Tunisie a connu 2 épidémies en foyer en 1997 et 2003 à Mahdia et Monastir.

4 Symptômes :

- * Dans la grande majorité des cas, l'infection chez l'homme est asymptomatique ou pauci-symptomatique, se traduisant dans ce dernier cas par un syndrome pseudogrippal sans suite péjorative.
- * La durée d'incubation va de 2 à 15 jours. Elle se traduit par des signes proches de la grippe forte fièvre, maux de tête, courbatures qui disparaissent en quelques jours. Mais dans un petit nombre de cas, surtout chez les plus de 60 ans et les enfants, elle peut se compliquer d'une encéphalite potentiellement mortelle.
- * Les cas sévères se présentant avec un tableau de méningoencéphalite sont rares. D'après l'enquête menée après l'épidémie de New York, ils concernent moins de 10 % des personnes infectés. Parmi les patients ayant présenté des signes neurologiques sévères, le nombre de décès représente moins de 10% des cas.

5 Traitement prévention :

- * Il n'existe pas de traitement spécifique de l'infection.
- * La prévention passe par des mesures de démositication, des gîtes larvaires.

Parce que l'athlète doit être au maximum de ses capacités et pour ne pas lui faire perdre le bénéfice d'une longue préparation, le médecin a l'obligation, vis à vis de son «client» sportif, de prescrire «juste» ce qu'il faut des médicaments nécessaires, aux bonnes doses. En matière de dopage dont l'usage est interdit par les instances sportives et qui fait l'objet de contrôles sévères, une liste de référence des substances en cause classées par familles (stimulants, narcotiques, anabolisants, diurétiques, hormones peptidiques, alcool, glucocorticoïdes, bêtabloquants...) est publiée et régulièrement mise à jour par les organismes, notamment fédéraux et olympiques, nationaux et internationaux, en charge du sport.

Le médecin doit donc s'informer de la nature de ces produits pour ne pas encourir des poursuites et/ou le blâme (à cause de son ignorance que certains pourraient même assimiler à une complicité active).

À ce propos, il est utile de savoir que certains médicaments de prescription courante («fortifiants» du muscle, solutions nasales, produits anti-rhume, pommades antalgiques...) contiennent souvent à faible dose des substances (tels que corticoïdes, anesthésiques, antihistaminique, bêta2 agonistes voire anabolisants) interdites.

Par ailleurs, dans le cas où la prescription des produits prohibés aux sportifs est vitale (asthme, diabète par exemple), celle-ci doit faire l'objet d'une déclaration écrite signée par le

médecin, confidentielle, adressée aux autorités médicales sportives compétentes.

Le programme national de lutte antidopage comporte un volet préventif, éducatif et un volet de contrôle et de sanction (conformément aux règles dictées par les instances du sport). Il a débuté en 1990 et a pris son essor au début des années 2000. À l'occasion des jeux Méditerranéens de 2001 de nombreux cadres ont été formés; le Laboratoire National d'Analyse du Dopage a été, suite à une procédure sévère, accrédité par les instances internationales du sport (CIO); le rôle du Centre National de la Médecine du Sport dans l'organisation de la lutte et du contrôle a été renforcé.

En ce qui concerne le contrôle, près de 900 prélèvements ont été analysés au cours de l'année 2002, dont plus de 40% chez les pratiquants de sports d'équipe et près du tiers dans les sports de combat et l'haltérophilie. Vingt trois tests ont été positifs (soit 2,5% de l'ensemble); outre des «médicaments» (50%) consommés dans le cadre d'un usage « thérapeutique », les produits incriminés sont la nandrolone (3 cas), le furosémide (4 cas), et le cannabis (4 cas).

La Tunisie est membre fondateur de l'Agence Mondiale Antidopage (AMA) créée en 1999.

Pour plus d'information contacter le Centre National de la Médecine du Sport (Dr Zakia Bartagi, téléphone: 71 704850/71706599).

RECOMMANDATIONS DE LA JOURNÉE DE SENSIBILISATION À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES CLINIQUES PRIVÉES

Une journée d'information sur la prévention d'infections nosocomiales, à laquelle ont été conviés les représentants des cliniques privées, a été organisée le 26 avril 2003 par le Ministère de la Santé Publique avec le concours d'éminents spécialistes, professeurs des facultés de médecine et de pharmacie de Tunisie.

Les participants - dont on souhaiterait voir le nombre augmenter de façon sensible à l'occasion de prochaines rencontres - sont notamment engagés à mettre en œuvre les mesures suivantes:

1- œuvrer sans délai à la mise en place de comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans les cliniques privées et ce dans le but de protéger les malades mais également le personnel soignant.

La coordination de ces CLIN sera confiée aux médecins directeurs techniques des cliniques, soit biologistes ou pharmaciens quand ils y exercent à plein temps.

Les CLIN établiront un rapport annuel conformément à un modèle arrêté par le Ministère de la Santé Publique qui sera joint au rapport d'activité de la clinique transmis à la tutelle au courant du premier trimestre de chaque année;

2- assurer la diffusion la plus large du protocole de lavage des mains et veiller à son application effective dans le cadre d'une stratégie globale de prévention de l'infection nosocomiale;

3- multiplier les rencontres avec les acteurs du secteur sanitaire privé en vue d'une plus grande sensibilisation au problème de la résistance aux antibiotiques et de la promotion de leur usage rationnel;

4- assurer d'une manière continue une activité de bactériovigilance ou surveillance à travers un registre des résultats microbiologiques (isolement chez les malades et prélèvements au niveau de l'environnement avec profils de résistance);

5- organiser des cours et séances de formation continue au profit du personnel soignant;

6- établir, en concertation avec les chirurgiens de la clinique, au niveau des blocs opératoires, une politique de l'antibioprophylaxie en se basant sur les référentiels tunisiens qui prennent en considération notre épidémiologie bactérienne et notre nomenclature antibiotique;

7 - développer la collaboration et l'échange d'expérience entre les CLIN des hôpitaux publics et des établissements sanitaires privés.

Il va sans dire que le **Conseil National de l'Ordre des Médecins Tunisiens**, garant (de) et partenaire en matière de qualité des soins engage fortement les médecins à appliquer ces mesures.

ACTIVITÉS DES CONSEILS

☐ **Le Conseil National de l'Ordre des Médecins** a organisé le 21 février 2004 « la première journée nationale 2004 de l'Ordre des médecins » au cours de laquelle ont eu lieu deux conférences-débats :

- **l'indépendance du médecin**

DR. Mohamed Nejib CHAABOUNI

- **le certificat médical**

DR. Moncef HAMDOUN

☐ **La réunion de coordination** regroupant le conseil national et les conseils régionaux a eu lieu le 22 février 2004 à Tunis.

☐ **Le conseil régional de l'Ordre des médecins de Tunis** a organisé le 13 mars 2004 une journée d'information sur « l'exercice médical et les médias » avec deux conférences débats :

- **Publicité- information médicale : aspects éthiques et déontologiques**

Professeur Abdelaziz GHACHEM, Président de la section technique du comité national d'éthique médicale.

- **Publicité- information médicale : aspects réglementaires**

Monsieur Abdennaceur BEN SALEM, Directeur Général de l'Unité Juridique et du Contentieux au MSP.

☐ **Le conseil régional de l'Ordre des médecins de Sousse** a participé à une série de conférences :

- La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes et contraception d'urgence.

- L'adolescent, jeunes et sexualité : droits et aspects juridiques.

- Ethique en matière de la santé de la reproduction chez les jeunes.

- La responsabilité du médecin face au patient adolescent et enfant.

MÉDECINS TRADUITS DEVANT LE CONSEIL DE DISCIPLINE EN 2004 *

Noms et prénoms du médecin	N° d'Inscription	Ville d'exercice	Motif	Date du Cd	Décision du conseil
F.O.	10351	Sfax	Délivrance de certificats de complaisance (permis de conduire)	13/1/2004	Blâme avec inscription au dossier
F.A.	9591	Sfax	Délivrance de certificats de complaisance (permis de conduire)	13/1/2004	Blâme avec inscription au dossier
M.Z.	8132	Gabès	Délivrance de certificats de complaisance	13/1/2004	Avertissement
L.Z.	6153	Sfax	Usurpation de Titre. Mode d'exercice illégal. Inscription abusive de stupéfiants.	20/5/2003 opposition 13/1/2004	Radiation du Tableau de l'Ordre Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de 6 mois.
N.H.B.	7889	Sfax	Délivrance de certificats de complaisance (permis de conduire)	13/1/2004	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de 3 mois
M.R.	2327	Oudhref	Exercice de la médecine libérale sans autorisation	13/1/2004	Avertissement
A.K.H.	6750	Sfax	Délivrance de certificats de complaisance (permis de conduire)	13/1/2004 opposition	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée d'une année
M.J.	9981	Sfax	Délivrance de certificats de complaisance (permis de conduire)	19/10/1999	Interdiction d'exercer la médecine pendant une durée d'un mois

* Il est à signaler qu'il s'agit de décisions prises par le Conseil de discipline, abstraction faite des appels des dites décisions interjetés par certains confrères auprès des instances compétentes.

Au dernier numéro du bulletin, nous avons nommé sur la liste des médecins, traduits devant le conseil de discipline, le Docteur Moncef KAMOUN. Il ne s'agit pas du Docteur Moncef KAMOUN pédiatre à Tunis ni du Docteur Moncef KAMOUN ophtalmologue à Sfax

**Composition des bureaux des Conseils
régionaux de l'Ordre des Médecins**

FONCTION	BEJA	GABES	SFAX	SOUSSE	TUNIS
PRESIDENT	GHARBI Slaheddine	GUENOUNOU Mongi	GDOURA Abdeljelil	CHENITI Najeh	GHARBI Rafik
V-PRESIDENT	CHELBI Mounir	SAULA Hédi	KAMMOUN Samy	KHARRAT Slah	MAKNI Mounir Youssef
S.G.	DJELASSI Med Ali	BOUKHCHINA Med Mongi	TURKI Hassen	BEN DHIA Chebil	GOUIDER Riadh
S.G. ADJ	ABIDI Slaheddine	EL MEDDEB Mustapha	JARRAYA Fayçal	ZINE EL ABIDINE Yousr	EL HAMMAMI Sadok
TRESORIER	REZGUI Fethi	HAMDI Yahia	CHOUAYEKH Samir	GUETAT Farhat	MENIF Emna
MEMBRE	BEN GHANEM Taieb	AYED Mohamed	DAOUD Moncef	MTIRAOUI Ali	ALLAGUI Samy
MEMBRE	MAHFOUDHI Mohamed	DJERIDI Mustapha	ELLEUCH Maher	BESBES Najoua	BEN SALAH Fayçal
MEMBRE	EL MEDDEB Samy		BOUATTOUR Abdelhamid	BOUGUERRA Faouzi	JABBES Hatem

MODELE DU CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL

Je soussigné,

Nom et Prénom :

Docteur en médecine, spécialité :

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins :

exerçant à :

Adresse : N°..... Rue/Av.....

Ville/localité/gouvernorat :

Certifie avoir examiné en vue du mariage M :

Né (e) le à :

demeurant à :

C.I.N. N° : délivrée à Le.....

établi le présent certificat après avoir procédé à un interrogatoire minutieux et à un examen clinique complet et pris connaissance des résultats des examens complémentaires suivants : (Mettre une croix (x) dans la case correspondante)

- Groupe sanguin
- Hépatite Virale B Hépatite Virale C
- Radiographie du Thorax
par Rayon x
- Autres

Déclare en outre avoir :

- informé l'intéressé (e) des résultats des examens cliniques et complémentaires et des actions de nature à prévenir ou à réduire le risque pour lui (elle), son conjoint et sa descendance.

- attiré l'attention du future épouse des risques d'une éventuelle Rubéole contractée au cours de la grossesse et l'avoir informé de l'existence d'un vaccin.

- insisté sur les facteurs de risques propices pour quelques maladies (diabète, hypertension artérielle... etc)

- conseillé l'intéressé (e) de se faire vacciner contre l'hépatite B.

- avoir prodigué un conseil génétique y compris celui lié à la parenté entre les deux époux supposés et des conseils sur les méthodes de planification des naissances et insisté sur la nécessité de la surveillance de grossesse.

en fol de quoi, délivre le présent certificat à l'intéressé (e) en mains propres pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Le

Signature et cachet

Observation :

Toute personne, se sachant atteinte d'une maladie transmissible et qui par son comportement concourt délibérément à sa transmission à d'autres personnes, est passible d'un emprisonnement de un à 3 ans (Loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles : Articles 11 et 18).

Cotisations

Il est à rappeler que :

- * L'exercice de la profession de médecin est soumis à l'inscription au tableau de l'Ordre (Loi n° 91-21 au 13 Mars 1991).
- * Le non-paiement de la cotisation pendant deux années consécutives entraîne la radiation du tableau de l'Ordre.

Article 120 du code de déontologie médicale stipule : *"Le médecin qui ne paye pas ses cotisations à l'Ordre des Médecins pendant deux années consécutives sera après mise en demeure radié temporairement du tableau de l'ordre.*

Sa réinscription sera prononcée d'office dès qu'il aura acquité ses cotisations".

- * La cotisation constitue pour l'Ordre l'unique source de revenus. **Le montant de cette cotisation est de 35 dinars et ceci depuis 1993.** Pour le fonctionnement des conseils de l'Ordre, il est impératif que chaque médecin s'acquitte de ce devoir financier envers l'ensemble de ses confrères.

FEDERATION TUNISIENNE HANDI-SPORTS
JEUX OLYMPIQUES POUR HANDICAPÉS MENTAUX
DU 3 AU 9 SEPTEMBRE 2004

Cherche des médecins volontaires
Spécialités : (ORL, OPHTALMO,
DENTISTE).pour assurer la
couverture sanitaire des sportifs avec
prise en charge d'un cycle de
formation (19,20 juin 2004).
Pour de plus amples renseignements,
s'adresser à la présidence de la
commission médicale au :
98.337.346 / 71.259.191 / 71.257.839.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE
DES MÉDECINS DE TUNISIE

www.ordre-medecins.org.tn

[E-Mail : ordremed.na@planet.tn](mailto:ordremed.na@planet.tn)

Nous remercions le laboratoire PFIZER pour sa contribution à l'édition de ce bulletin