

Le Bulletin

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

Editorial

Qu'attendent les citoyens de la réforme de l'assurance maladie (à laquelle une partie de ce numéro du Bulletin est consacrée) ?

Sans doute l'accès garanti à des services qui répondent à leur demande, que cette demande soit « exprimée », « impérative » – généralement pour des soins curatifs – ou “ latente ” – habituellement pour des actes de prévention.

Le rôle de l'Etat, qu'on le qualifie de « providentiel » ou de « régulateur », consiste à organiser de la façon la plus équitable qui soit, le système de prestations de santé et à assurer, par les mécanismes appropriés de prévision et de contrôle, la pérennité de ses équilibres (notamment financiers).

Il est de l'intérêt des professionnels du secteur et de leurs organismes représentatifs de contribuer à la réalisation de ces objectifs, notamment par la participation à l'élaboration des stratégies visant à asseoir un système de santé performant qui donne la priorité aux populations « vulnérables » ou à risque – tels que les malades chroniques, les handicapés, les pauvres, les femmes et les nourrissons du monde rural ... – ; prenne pour cible privilégiée les morbidités/mortalités dites évitables ; promeuve l'éducation sanitaire et la prévention.

Sommaire

Editorial	P - 1
De l'équité*	P - 2
L'assurance maladie de la sécurité sociale : le passé, le présent, le futur (annoncé)	P - 2
Comptes nationaux de la santé	P - 5
Mécanismes de rémunération et comportement des prestataires*	P - 5
Les associations professionnelles entre médecins	P - 6
Les anti-inflammatoires non stéroïdiens* (AINS)	P - 7
Accidents de la route	P - 8
Compléments alimentaires et dopage	P - 8
Le conseil national de l'Ordre des médecins, en bref	P - 8
ELECTIONS	P - 8
Commissions nationales	P - 9
Plaintes, discipline, arbitrages	P - 10
La Grippe en Tunisie : le point de la situation, conduite à tenir	P - 10
Pratiques interdites au médecin *	P - 11
La prescription médicale par téléphone : risques et implications	P - 11
Rencontre avec Monsieur le Ministre de la Santé Publique	P - 12

المعلوم على الإشهار

مقتطفات من جواب وزارة المالية على
رسالة موجهة من طرف رئيس العمادة

”طبقاً لأحكام الفصل 85 من مجلة الجباية المحلية يستوجب معلوم الإشهار على الإشهار بواسطة اللافتات واللوحات الإشهارية ذات الصبغة التجارية وكذلك العلامات والستائر والعارضات واللافتات المثبتة أو البارزة أو المنزلة أو المعلقة بالطريق العام على واجهات المحلات المعدة للتجارة والصناعة والمهن المختلفة.“

”وعلى هذا الأساس وبما أن نشاط الأطباء مصنّف ضمن المهن غير التجارية أي ضمن المهن المختلفة التي تدخل ضمن ميدان تطبيق معلوم الإشهار فإن اللوحات المثبتة في مداخل العيادات الطبية تخضع للمعلوم المذكور والذي تتراوح قيمته بين 20 و 200 دينار عن المتر المربع في السنة.“

Directeur de la publication

Dr. Taoufik NACEF

Comité de rédaction

Dr. Mohamed Ahmed ALOULOU
Dr. Mohamed HOUISSA
Dr. Mohamed JOUNI
Dr. Mustapha JERIDI
Dr. Mounir BEN SLAMA
Dr. Mohamed Elyes BEN MARZOUK
Dr. Lotfi BEN HASSINE
Dr. Abdallah BEN MARZOUK
Dr. Nabil BEN ZINEB
Dr. Kilani CHABOUH
Dr. Mohamed Fathi DEROUICHE
Dr. Mohamed FARHAT
Dr. Abdelhamid HACHICHA
Dr. Moncef KHALLADI
Dr. Amen Allah MESSADI

Collaborateurs

Mme. Henda Zidi Chtioui
Mr. Lotfi Ben Ghozzia

De l'équité*

Un système de santé qui fonctionne bien contribue à assurer une bonne santé, répond aux besoins de la population et respecte le principe d'équité dans la contribution financière.

En vertu de ce principe, chaque ménage doit verser une « juste » proportion de ses revenus pour la santé ; cette contribution dépend du revenu, elle est indépendante de l'état de santé.

La dépense de santé est qualifiée de « disproportionnée » si le montant que les ménages doivent payer directement pour la santé équivaut à 40% au moins du restant des revenus après que les besoins élémentaires ont été couverts ; ce qui peut être formulé comme suit :

$$\frac{\text{Paiements « directs » pour la santé}}{\text{Dépenses totales - dépenses de subsistance}} \geq 0,40$$

La mise en place de systèmes de « prépaiement » constitue un moyen de garantir une certaine équité et de réduire les dépenses de santé « disproportionnées ». Ainsi l'assurance-maladie permet de mettre en commun les ressources financières des affiliés au système et de répartir entre ceux-ci les risques afférents aux dépenses médicales. L'assurance-maladie de la sécurité sociale est la forme obligatoire de protection de la santé créée par voie législative ; toutefois, des sociétés à but lucratif ou non peuvent proposer des assurances

maladies privées, sur la base des caractéristiques des risques et des règles de garantie, à des individus ou à des groupes.

Dans les pays à revenu moyen (comme la Tunisie) un système obligatoire d'assurance maladie de la sécurité sociale doit être instauré pour offrir une couverture complète aux travailleurs du secteur structuré, public et privé ; par ailleurs, l'état doit apporter son soutien à des programmes spéciaux pour assurer une couverture aux pauvres et aux groupes vulnérables et prendre en charge certaines maladies qui concernent toute la population. Des organismes privés pourraient offrir une protection destinée à combler les lacunes de l'assurance de la sécurité sociale. A la longue, l'affiliation à un organisme de sécurité sociale doit être obligatoire et les régimes d'assurance sociales regroupés ; l'état continuant à payer des contributions en faveur des pauvres et des groupes vulnérables au moyen de ses recettes fiscales.

**(D'après « l'impact des dépenses de la santé sur les ménages et les options de financement des soins de santé – document technique EM/RCS1/4 du comité régional de la méditerranée orientale de l'OMS - sept 2004. »)*

L'assurance maladie de la sécurité sociale : le passé, le présent, le futur (annoncé)

I – Le passé : Dates repères :

1951 : instauration d'un régime de prévoyance sociale pour les employés du secteur public ; le dispositif initialement mis en place est amendé/complété par la suite (en 1972, 1973, 1988, 1992).

1960 : instauration de l'assurance maladie - maternité et décès dans le cadre du régime des assurances sociales (loi organique 60-30 du 14/12/1960) pour les personnels salariés des établissements industriels et commerciaux du secteur privé ; la couverture est progressivement élargie à d'autres catégories d'assujettis (travailleurs indépendants du monde agricole et du secteur des services.)

1958 : la loi 58-67 du 26/6/1958 fixe les conditions dans lesquelles la gratuité des soins ou le bénéfice des tarifs réduits sont octroyés à certaines catégories de la population. Plusieurs modifications ont été apportées à ce régime au fil des années et de l'évolution des conditions socio-économiques de la population ; la dernière modification date de 1998.

II- Le passé/présent : La transition, état des lieux :

La couverture du risque maladie en Tunisie demeure à ce jour assurée par divers mécanismes et par diverses sources de financement :

1- c'est ainsi que **les activités préventives et de santé publique**, individuelles ou collectives, sont assurées gratuitement pour toute la population. Il en est également ainsi des malades faisant l'objet de protocoles de recherche.

2. **Certaines catégories professionnelles** et/ou sociales bénéficient de la gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques (SSP) et dans des structures de prestations de soins qui leur sont spécifiques, lorsqu'elles existent : il s'agit des agents de l'armée, des forces de sécurité intérieure, des douanes, des personnels de santé, et de leur famille. Par ailleurs, la plupart de ces catégories sont affiliées à la sécurité sociale, et peuvent de ce fait bénéficier des régimes de remboursement leur permettant d'accéder aux prestataires privés.

3. **Des conventions sont conclues avec certains pays permettant une prise en charge des soins de citoyens étrangers en Tunisie.**

4. **La gratuité totale des soins est accordée à la population pauvre.** Un décret a fixé les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits¹. Une circulaire conjointe des ministres de l'intérieur, de la santé

¹ Décret n°98-1812 du 21 septembre 1998, fixant les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits.

De l'équité*

Un système de santé qui fonctionne bien contribue à assurer une bonne santé, répond aux besoins de la population et respecte le principe d'équité dans la contribution financière.

En vertu de ce principe, chaque ménage doit verser une « juste » proportion de ses revenus pour la santé ; cette contribution dépend du revenu, elle est indépendante de l'état de santé.

La dépense de santé est qualifiée de « disproportionnée » si le montant que les ménages doivent payer directement pour la santé équivaut à 40% au moins du restant des revenus après que les besoins élémentaires ont été couverts ; ce qui peut être formulé comme suit :

$$\frac{\text{Paiements « directs » pour la santé}}{\text{Dépenses totales - dépenses de subsistance}} \geq 0,40$$

La mise en place de systèmes de « prépaiement » constitue un moyen de garantir une certaine équité et de réduire les dépenses de santé « disproportionnées ». Ainsi l'assurance-maladie permet de mettre en commun les ressources financières des affiliés au système et de répartir entre ceux-ci les risques afférents aux dépenses médicales. L'assurance-maladie de la sécurité sociale est la forme obligatoire de protection de la santé créée par voie législative ; toutefois, des sociétés à but lucratif ou non peuvent proposer des assurances

maladies privées, sur la base des caractéristiques des risques et des règles de garantie, à des individus ou à des groupes.

Dans les pays à revenu moyen (comme la Tunisie) un système obligatoire d'assurance maladie de la sécurité sociale doit être instauré pour offrir une couverture complète aux travailleurs du secteur structuré, public et privé ; par ailleurs, l'état doit apporter son soutien à des programmes spéciaux pour assurer une couverture aux pauvres et aux groupes vulnérables et prendre en charge certaines maladies qui concernent toute la population. Des organismes privés pourraient offrir une protection destinée à combler les lacunes de l'assurance de la sécurité sociale. A la longue, l'affiliation à un organisme de sécurité sociale doit être obligatoire et les régimes d'assurance sociales regroupés ; l'état continuant à payer des contributions en faveur des pauvres et des groupes vulnérables au moyen de ses recettes fiscales.

**(D'après « l'impact des dépenses de la santé sur les ménages et les options de financement des soins de santé – document technique EM/RCS1/4 du comité régional de la méditerranée orientale de l'OMS - sept 2004. »)*

L'assurance maladie de la sécurité sociale : le passé, le présent, le futur (annoncé)

I – Le passé : Dates repères :

1951 : instauration d'un régime de prévoyance sociale pour les employés du secteur public ; le dispositif initialement mis en place est amendé/complété par la suite (en 1972, 1973, 1988, 1992).

1960 : instauration de l'assurance maladie - maternité et décès dans le cadre du régime des assurances sociales (loi organique 60-30 du 14/12/1960) pour les personnels salariés des établissements industriels et commerciaux du secteur privé ; la couverture est progressivement élargie à d'autres catégories d'assujettis (travailleurs indépendants du monde agricole et du secteur des services.)

1958 : la loi 58-67 du 26/6/1958 fixe les conditions dans lesquelles la gratuité des soins ou le bénéfice des tarifs réduits sont octroyés à certaines catégories de la population. Plusieurs modifications ont été apportées à ce régime au fil des années et de l'évolution des conditions socio-économiques de la population ; la dernière modification date de 1998.

II- Le passé/présent : La transition, état des lieux :

La couverture du risque maladie en Tunisie demeure à ce jour assurée par divers mécanismes et par diverses sources de financement :

1- c'est ainsi que **les activités préventives et de santé publique**, individuelles ou collectives, sont assurées gratuitement pour toute la population. Il en est également ainsi des malades faisant l'objet de protocoles de recherche.

2. **Certaines catégories professionnelles** et/ou sociales bénéficient de la gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques (SSP) et dans des structures de prestations de soins qui leur sont spécifiques, lorsqu'elles existent : il s'agit des agents de l'armée, des forces de sécurité intérieure, des douanes, des personnels de santé, et de leur famille. Par ailleurs, la plupart de ces catégories sont affiliées à la sécurité sociale, et peuvent de ce fait bénéficier des régimes de remboursement leur permettant d'accéder aux prestataires privés.

3. **Des conventions sont conclues avec certains pays permettant une prise en charge des soins de citoyens étrangers en Tunisie.**

4. **La gratuité totale des soins est accordée à la population pauvre.** Un décret a fixé les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits¹. Une circulaire conjointe des ministres de l'intérieur, de la santé

¹ Décret n°98-1812 du 21 septembre 1998, fixant les conditions et les modalités d'attribution et de retrait de la carte de soins gratuits.

publique et des affaires sociales² a fixé les catégories de personnes couvertes par ce régime.

Actuellement le nombre de cartes est fixé à 170000; chaque carte couvre un ménage³.

5. Les tarifs réduits de soins et d'hospitalisation dans les SSP relevant du ministère de la santé publique sont appliqués à certaines catégories de tunisiens⁴. Le nombre global des cartes de tarifs réduits et les quotas régionaux sont fixés par arrêté conjoint des ministres des finances, des affaires sociales et de la santé publique⁵. Actuellement le nombre de cartes est fixé à 530 000, sachant que chaque carte couvre un ménage⁶.

6. Les régimes de sécurité sociale sont ouverts aux employés et aux employeurs qui ont l'obligation de s'y affilier.

Ils sont gérés au niveau de deux caisses : la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale (CNRPS) qui assurent différentes prestations relatives aux pensions, aux prestations familiales, à la prévoyance sociale et aux accidents du travail et maladies professionnelles. La CNSS couvre les travailleurs du secteur privé alors que la CNRPS couvre l'ensemble des personnels de l'Etat, des collectivités publiques locales et des établissements publics.

6-1. Régime de prévoyance sociale de la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale (CNRPS)

La CNRPS offre deux catégories de régimes :

a. Un régime obligatoire avec deux options :

. Un régime de « carte de soins » dont les attributaires n'ont qu'une alternative, à savoir une prise en charge totale dans les seules SSP relevant du ministère de la santé publique.

. Un régime de remboursement valable pour les cas de longue maladie et pour les interventions chirurgicales dont les bénéficiaires peuvent recourir aux services du prestataire de leur choix.

b. Un régime facultatif qui est une extension du régime de remboursement de soins pour les maladies ordinaires.

6.2. Régimes d'assurance maladie de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

Les soins de médecine générale et de spécialités sont assurés aux affiliés dans les SSP relevant du ministère de la santé publique ainsi que dans des polycliniques gérées par la caisse.

Les affiliés de la CNSS sont répartis, selon les catégories suivantes :

- Régime des Salariés Non Agricoles (RSNA) ;
- Régime des Salariés Agricoles (RSA) ;
- Régime des Salariés Agricoles Amélioré (RSAA) ;
- Régime des Non salariés (RNS) : indépendants agricoles et non agricoles (ex. les médecins du secteur privé).

6-3. Autres prestations communes aux deux caisses

Outre les catégories de soins déjà mentionnées, les deux caisses de sécurité sociale prennent en charge, totalement ou en partie :

. L'acquisition d'appareillages d'orthopédie, de prothèses et de certains médicaments, appelés «médicaments spécifiques» (par exemple, certains traitements contre les cancers);

- Les cures thermales et les soins de rééducation fonctionnelle;

. Les soins à l'étranger;

- Des soins spécifiques, objet de conventions avec les prestataires de soins tels que : la dialyse rénale, les interventions cardio-vasculaires, les greffes de rein et de moelle osseuse, les actes de tomographie et d'imagerie par résonance magnétique, les actes de lithotripsie, les soins des grands brûlés et la greffe du cœur.

6-4 Cotisations aux régimes d'assurance maladie

Les taux de cotisations aux différents régimes d'assurance maladie des deux caisses de sécurité sociale sont comme suit (tableau 1) :

Tableau 1 : Taux de cotisation

		Employeur	Salarié	Total
CNRPS ACTIFS	Régime obligatoire	1.00%	1.00%	2.00%
	Régime Facultatif	2.50%	4.00%	6.50%
CNRPS PENSIONNES	Régime obligatoire	-	1.00%	1.00%
	Régime Facultatif	-	3.00%	3.00%
CNSS ACTIFS	RSNA	3.43%	1.32%	4.75%
	RSA	0.68%	0.23%	0.91%
	RSAA	1.52%	0.76%	2.28%
	RNS	3.04	-	3.04%
CNSS : PENSIONNES	Tous les régimes	0.00%	0.00%	0.00%

6-5 Nombre et catégories d'assurés sociaux

En 1998, le nombre des actifs affiliés aux deux régimes de sécurité sociale était de 1,720.000 environ (dont 1/3 à la CNRPS et le reste à la CNSS), auxquels s'ajoutent 381 000 pensionnés. Le nombre d'actifs pour un pensionné est de 4,4 en 1998.

Globalement, les régimes de sécurité sociale assurent la couverture de 82.6% de la population cible assujettie : 100% pour la CNRPS et 77% pour la CNSS.

A l'intérieur de cette dernière (CNSS) la couverture est la plus élevée pour le régime des salariés non agricoles (94%) ; elle tourne autour de 40/50% pour les autres régimes.

Sur l'ensemble de la population active, la CNRPS en couvre 29.3% et la CNSS 70.7%.

Quant aux pensionnés, les proportions de couverture sont de 34% pour la CNRPS et 66% pour la CNSS.

2 Circulaire conjointe des ministres de l'intérieur, de la santé publique et des affaires sociales n° 18 du 6 Mai 1999.

3 Arrêté conjoint des ministres des finances, des affaires sociales et de la santé publique du 20 novembre 1999.

4 Décret n° 98-409 du 18 février 1998, fixant les catégories des bénéficiaires des tarifs réduits de soins et d'hospitalisation dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique ainsi que les modalités de leur prise en charge et les tarifs auxquels ils sont assujettis,

5 Article 2 du décret n° 98-409 du 18 février 1998.

6 Arrêté conjoint des ministres des finances, des affaires sociales et de la santé publique du 20 novembre 1999.

Les écoliers, jusqu'à l'âge de la majorité légale, sont couverts par les régimes d'assurance maladie de leurs parents; ils sont par ailleurs assujettis au paiement d'une prime annuelle d'assurance contre les accidents scolaires.

Les étudiants sont couverts par un régime spécial d'assurance maladie de la CNSS, contre le paiement, par chaque étudiant, d'une prime annuelle de 2 dinars. Ils bénéficient de l'ensemble des prestations de soins ambulatoires et d'hospitalisation.

Les modes de versement des cotisations de l'employé et de l'employeur diffèrent d'une caisse à l'autre :

- Pour la CNRPS, les prélèvements sont effectués par l'administration, à la source, et transférés à la caisse;

- Pour la CNSS, des versements périodiques sont effectués par les employeurs, les employés et les indépendants, aux divers bureaux de la caisse.

7. Organisation de l'assurance privée et des mutuelles

L'adhésion à des mutuelles ou à des assurances groupe se fait parallèlement à l'obligation légale pour l'employé et pour l'employeur de s'affilier aux caisses de sécurité sociale. Outre certaines œuvres sociales, les mutuelles et les assurances groupe couvrent les mêmes risques maladie que la sécurité sociale, tant au niveau des soins ambulatoires qu'au niveau de l'hospitalisation. Elles adoptent en général, un régime de remboursement à l'acte et plafonnent leurs prestations par bénéficiaire et par an.

En terme de couverture, les seules données disponibles remontent à 1993 : les mutuelles comptaient environ 100 000 adhérents et les assurances groupe environ 215000. Leurs services s'étendent à l'adhérent, à son conjoint et à ses enfants à charge jusqu'à l'âge de 20 ans.

7-1 Les mutuelles

On compte 45 mutuelles dont 21 couvrent des fonctionnaires du secteur public et 24 des salariés des sociétés privées du secteur de la production et des services. Pour celles relevant du secteur privé, leurs ressources proviennent des cotisations des adhérents et des contributions de l'entreprise. La part de l'employé et de l'employeur sont variables selon les mutuelles; celle de l'employé ne dépasse pas 2% de son traitement brut.

Les mutuelles des fonctionnaires et employés de l'Etat sont généralement organisés selon le département ou la profession; les plus importantes étant celles de l'enseignement, de la santé publique, des communications, de l'intérieur. Leurs ressources proviennent d'un prélèvement de 2% sur les salaires des adhérents, l'Etat pouvant y contribuer par des subventions.

7-2 L'assurance groupe

Le système des assurances groupe est régi par le Code des assurances⁸; la relation assureur-assuré étant concrétisée par des contrats liant l'assureur à l'assuré par l'intermédiaire de l'employeur. L'assurance maladie est contractée dans le cadre de l'ensemble des risques contre lesquels les entreprises

publiques ou privées ont l'obligation de se prémunir (incendie, véhicules ...).

La couverture du risque maladie s'étend à l'employé, à son conjoint et à ses enfants à charge jusqu'à l'âge de 20 ans.

Les prestations couvertes ainsi que les taux de couverture sont définis dans le contrat.

Les ressources de l'assurance groupe proviennent des contributions de l'employé (20% à 30%) et de l'employeur (70% à 80%) à des taux différents selon les contrats.

Les remboursements de frais de soins sont plafonnés entre 1000 et 1400 dinars par an.

III- L'avenir : la réforme de l'assurance maladie

La loi du 2004-71 du 2 août 2004, institue un régime d'assurance-maladie au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit (la liste de ces bénéficiaires figure en article 4).

Ce régime comporte :

1- un régime de base obligatoire. Ce régime garantit la prise en charge des frais des prestations « nécessaires pour la sauvegarde de la santé » servies dans les secteurs public et privé ; la liste de ces « prestations » et le cas échéant leurs tarifs de référence seront fixés par arrêté. La gestion du régime de base est confiée à la caisse nationale d'assurance-maladie dont l'organisation et les modalités du fonctionnement ont fait l'objet d'un décret (2005-321) paru le 16/2/2005 au JORT.

2- des régimes complémentaires facultatifs (contractuels) dont la gestion sera assurée par des sociétés d'assurances et des sociétés mutualistes.

En ce qui concerne le taux de cotisation, au régime de base, il sera de 6,75% du salaire dont 4% à la charge de l'employeur s'il s'agit d'un salarié ; le travailleur indépendant (pour son propre compte) paiera la totalité du taux de cotisation (6,75% de son revenu). Quand aux pensionnés, le taux est fixé à 4%, totalement à leur charge.

Les relations entre les fournisseurs de prestations, dont les médecins du secteur privé, et la caisse –notamment pour les tarifs de référence– seront régies par des conventions conclues entre la caisse et les représentants des professionnels.

Enfin, la loi précise la mission du contrôle médical.

IV- Conclusion :

Par glissements successifs, le système d'assurance contre la maladie, s'est remarquablement adapté aux changements-épidémiologiques, démographiques et culturels– que le pays a connu depuis l'indépendance. Aujourd'hui, la revendication d'un accès équitable aux services de santé est pressante ainsi qu'une meilleure répartition des ressources. En raison de la complexité des enjeux, la conclusion des débats s'est faite attendre...mais le terme semble proche*.

*Le décret n°2005-2192, récemment paru au JORT du 9/8/2005 définit la mission et les modalités du fonctionnement du conseil national d'assurance maladie. Créé à l'effet d'évaluer, sur la base des rapports périodiques communiqués par le CNAM, le fonctionnement du régime d'assurance maladie, ce conseil comprend 24 membres, parmi lesquels le président du conseil national de l'Ordre des médecins.

Comptes nationaux de la santé

Les comptes nationaux de la santé (CNS) sont un outil d'aide à la décision dans la mesure où ils permettent de préciser le circuit des fonds consacrés à la santé. Les flux de capitaux sont présentés sous forme de tableaux à double entrée ; les intervenants du secteur sont regroupés en trois catégories dénommées :

- les « sources » de fonds tels que l'état, les employeurs, les ménages ...

- les « agents » – ou intermédiaires – de financement, qui utilisent les fonds provenant des « sources » pour payer des services ou des produits ; il s'agit des caisses d'assurance-maladie, des ministères, des ménages...

- les « prestataires », utilisateurs finaux des fonds qu'ils appartiennent au secteur public ou au privé.

Les CNS comportent une rubrique appelée « fonctions », qui se réfère aux services et activités.

En Tunisie, une tentative d'établissement de CNS a été faite à l'Institut National de la Santé (par Noureddine ACHOUR, Chokri ARFA et collaborateurs) pour les années 1995, 1997 et 2000. Les commentaires rapportées ci-après se réfèrent (pour les données chiffrées) à l'année 2000.

1- Les fonds (près de 1600MD) utilisés par les institutions d'intermédiation financière (caisses d'assurances et privées, ministères, ménages...) proviennent pour près de la moitié (48%) des ménages [voir aussi 4]. Les autres sources de financement sont :

- le budget de l'état : 33,7%

- les employeurs privés : 15,4%

- les établissements et entreprises publiques : 2,7%

- des institutions ou organismes étrangers : 0,3%.

2- Les structures dépendant du ministère de la santé publique en consomment près de 50% ; le secteur privé, 43% ; les établissements de soins gérés par d'autres ministères (défense, intérieur...) et par la CNSS 2,5% environ chacun ; les soins à l'étranger 0,3%.

3- On estime que près de 60% des dépenses du secteur privé (ce qui représente 19% de la dépense totale) sont affectées aux soins médicaux. Quant aux flux, des sources vers les officines pharmaceutiques privés, ils équivaldraient à 30% des flux totaux.

4- Selon l'enquête nationale sur « le budget et la consommation des ménages » réalisée au cours de l'année 2000, la contribution des ménages à la dépense totale de santé est en moyenne de 70D,855 par an/personne (soit la moitié environ de la dépense totale), si l'on considère l'ensemble de la population. En prenant en compte le mode de couverture sociale, on constate que la « participation » des adhérents à une assurance-maladie obligatoire et celle des « payants » qui ne cotisent à aucun régime sont équivalentes, soit environ 66D ; de façon en apparence paradoxale, ceux dont la couverture est la plus large (assurance-groupe, régime complémentaire) investissent davantage de leurs fonds propres, soit 110D/personne/an en moyenne. Globalement, 40% de ces sommes sont consacrées à l'achat de médicaments, 20% aux consultations médicales (secteur privé et public confondus) et 4% aux examens complémentaires (imagerie, laboratoire).

Mécanismes de rémunération et comportement des prestataires*

Le tableau présenté ci-dessous met en évidence les effets de certains mécanismes utilisés pour la rémunération des prestataires de santé ; ces effets étant appréciés selon trois critères dont deux se réfèrent aux résultats (prévention des problèmes et efficacité des soins) et le 3ème à la maîtrise des dépenses.

Aucun mécanisme de budgétisation ou de rémunération des prestataires ne permet, à lui seul, d'atteindre simultanément ces trois objectifs. Ainsi, la rémunération à l'acte constitue une forte incitation pour la prestation des services, mais elle tend également à provoquer une augmentation du coût global du système. Le libre choix du prestataire par les consommateurs accroît la capacité de réaction, quel que soit le système de paiement.

La capitation est le versement par chaque bénéficiaire d'une somme forfaitaire à un prestataire (ou à une organisation regroupant plusieurs prestataires) censé fournir une gamme de services. En raison de ses avantages pour la maîtrise des coûts et la prévention, la capitation a été adoptée par le service national de santé du Royaume-Uni, notamment pour les

généralistes ; en Argentine pour des réseaux de prestataires de l'organisme de sécurité sociale pour retraités ; en Nouvelle-Zélande pour des associations de cabinets médicaux indépendants et aux Etats-Unis pour les organisations de soins intégrés.

Comportements des prestataires	Préventions des Problèmes de santé	Réponse aux attentes des clients (résolutions de leurs problèmes)	Maîtrise des coûts
Mécanismes de budgétisation et de rémunération du prestataire			
Budget global	++	+/-	+++
Capitation (avec concurrence)	+++	++	+++
Paiement par cas ou épisode (en référence à un système de classification des patients)	+/-	++	++
Rémunération à l'acte	+/-	+++	---

Symbole : +++ effet très positif ++ effet assez positif
+/- effet limité ou variable --- effet très négatif

(Source, « rapport sur la santé dans le monde », année 2000, 237 pages, OMS, Genève.)

Les associations professionnelles entre médecins

1 GENERALITES

1-1 Les associations entre médecins sont autorisées **par l'article 87 du code de déontologie médicale**, sous réserve du respect de la législation en vigueur.

« Article 87 : Le regroupement de médecins de même discipline ou de disciplines différentes peut se faire :

- a. soit dans le cadre d'un cabinet de groupe
- b. soit dans le cadre d'une société civile professionnelle.

Le but du regroupement des médecins doit être l'amélioration de l'organisation matérielle de leur travail, la mise en commun d'équipements professionnels et de locaux

La mise en commun des honoraires n'est autorisée qu'en cas de constitution de société civile professionnelle de médecine ou d'un cabinet de groupe monodisciplinaire. »

Les buts et l'intérêt des associations professionnelles de médecins sont évidents : assurer une permanence des soins, possibilité de s'absenter pour un enseignement post-universitaire, pallier au surmenage professionnel, aide mutuelle, équipement plus important, acquisition et utilisation plus rationnelle de plateaux techniques.

1-2 Un principe est incontournable dans tous les cas d'associations de médecins : tout projet de statuts, de règlement d'ordre intérieur, d'acte de fondation d'une société ou d'une association, tout projet de convention, ainsi que tout document auquel il est fait référence, doivent être soumis par les médecins associés à l'approbation préalable du CROM qui vérifie la conformité des pièces soumises avec la déontologie médicale et la législation en vigueur.

1-3 Il faut savoir que les associations professionnelles ne concernent pas seulement les médecins, mais **visent l'ensemble des professions libérales** (avocats, notaires, assureurs ...).

* **AVOCATS :**

Loi n° 89-87 du 7 septembre 1989, portant organisation de la profession d'avocat.

Article 27 : L'avocat exerce sa profession individuellement en groupe, ou dans le cadre d'une société professionnelle civile régie par la législation en vigueur.

* **ASSUREURS :**

Code des assurances : Loi n° 92-24 du 09/03/1992

Article 69 : L'agent d'assurances est la personne chargée en vertu d'un mandat de conclure des contrats d'assurances au nom et pour le compte d'une ou de plusieurs entreprises d'assurances. Il exerce individuellement ou dans le cadre d'une société civile professionnelle.

2 Il existe différentes **FORMES JURIDIQUES**

d'associations professionnelles. On distingue :

* Associations citées dans le code de déontologie médicale en Tunisie :

- association simple
- société civile professionnelle

* Associations non citées dans le code de déontologie médicale en Tunisie :

- société civile de moyens
- société d'exercice libéral
- société civile immobilière.

2-1 De la société civile professionnelle (SCP) :

L'objet de la SCP est l'exercice en commun par ses membres de la profession médicale, généralement avec partage des frais et des honoraires (non obligatoire).

Le cadre légal des SCP est tracé en Tunisie par des textes généraux. Il n'y a pas de textes spécifiques aux SCP de médecins. Les SCP entre médecins sont des sociétés ayant un objet civil d'exercice de la profession médicale (régie par le code de déontologie). Toutefois, leur activité relève aussi du droit commercial (régé par le code du commerce) pour ce qui est de la comptabilité, du régime des actions, de la rémunération des associés par des dividendes et surtout de la fiscalité (bénéfices industriels et commerciaux), c'est-à-dire de l'impôt sur les sociétés.

En effet, le code de déontologie stipule dans son article 94 : «Article 94 : La société civile professionnelle de médecins est constituée conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur. »

En France, il existe une législation détaillée, spécifique des SCP entre médecins. Il ressort de ces textes que :

- La SCP entre médecins ne peut pas être unipersonnelle. Les SCP ne peuvent comprendre plus de huit associés s'ils exercent tous dans la même discipline et plus de dix s'ils exercent dans des disciplines différentes.
- La SCP peut accomplir toutes les opérations financières mobilières et immobilières qui se rattachent directement ou indirectement à l'exercice professionnel.
- La SCP est dotée d'une administration (gérant), d'un capital, de parts et de dividendes.
- La répartition des bénéfices se fait après déduction des impôts sur les sociétés, sur des critères liés au capital investi.

2-2 Société d'exercice libéral (SEL) :

La SEL n'est pas citée dans le code de déontologie en Tunisie, son autorisation est relativement récente en France (loi 1990, décret d'application en 1994), ou elle connaît un véritable engouement de la part des médecins.

Les SEL de médecins ont pour objet, comme les SCP, l'exercice en commun de la profession médicale. Il existe toutefois quelques différences avec les SCP.

- Possibilité d'un apport extérieur de capitaux. L'objectif du législateur français est de permettre à des professionnels libéraux de bénéficier d'apports de capitaux extérieurs et de se regrouper dans des structures capables de faire face à la concurrence internationale et de procéder à des investissements importants.

Cet apport ne peut toutefois dépasser 25 % du capital social, détenu par une ou plusieurs personnes.

- La SEL peut être uni personnelle.

- La répartition des bénéfices se fait après déduction des impôts sur les sociétés, sur des critères liés à l'activité professionnelle (et non au capital comme dans les SCP).

· Avantages fiscaux et juridiques. C'est ainsi que la SEL permet au médecin, en cas de difficultés financières, de protéger son patrimoine personnel en le distinguant du patrimoine de son activité économique.

2-3 Société civile de moyens (SCM) :

Les SCM ne sont pas citées dans le code de déontologie en Tunisie, elles sont autorisées en France.

L'objet social de la société de moyens est de faciliter et de promouvoir l'exercice de l'art médical par un partage de frais entre associés et/ou un apport commun des moyens requis (local en location; personnel, équipement ...).

Il n'y a pas de limitation au nombre des associés.

2-4 Société civile immobilière (SCI) :

L'objet social d'une SCI est de :

- Permettre l'acquisition ou la construction en commun d'un immeuble professionnel.

- Organiser la propriété et la gestion de l'immeuble.

La constitution d'une société civile immobilière est incontournable pour des associés qui souhaitent détenir en commun un local professionnel.

Les avantages d'une association de médecins dans le cadre d'une SCI sont multiples :

- Facilité de gestion de la co-propriété

- Intérêts de la SCI par rapport à l'indivision :

- Les parts sont plus facilement négociables;

- La transmission des droits de l'associé décédé à ses héritiers est plus facile,

- La SCI permet la dissociation juridique et fiscale des patrimoines professionnel et privé.

· Autres avantages fiscaux (droits d'enregistrement...)

La SCI comporte toutefois certains inconvénients. A titre d'exemple, les frais d'acquisition ne sont pas déductibles (sauf inscription des parts à l'actif professionnel), alors qu'ils le sont lorsque le local est détenu en direct et inscrit dans le patrimoine professionnel.

La SCI entre médecins peut être constituée :

- Soit avant l'achat du terrain si l'immeuble est à construire,

- Soit avant l'achat de l'immeuble,

Ou à tout moment si l'immeuble appartient en totalité à un ou plusieurs des futurs associés.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens* (AINS)

I- Recommandations et références :

1) Il faut éviter les AINS quand cela est possible. C'est ainsi que dans la pathologie arthrosique, les AINS sont prescrits en cas de poussée douloureuse aiguë ou après échec des antalgiques.

Par ailleurs, il est déconseillé de prescrire un traitement au long cours dans les lombalgies et sciatiques chroniques.

2) La posologie minimale efficace doit être recherchée en fonction de l'état clinique :

- dans les lombalgies et/ou lombosciatiques aiguës, les rhumatismes abarticulaires (PSH, tendinopathie...) en poussée aiguë, une réévaluation clinique est nécessaire au bout de 10 jours ;

- dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (PR, SPA, rhumatisme psoriasique...), la posologie minimale efficace doit être recherchée ; lors des rémissions, l'attitude la plus rationnelle est l'arrêt du traitement.

3) Les AINS doivent être évités chez les sujets présentant un risque d'insuffisance rénale : âge >70 ans, traitements diurétiques, traitements par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, déshydratation, régime désodé, insuffisance cardiaque ou hépatique.

4) Ne jamais associer 2 AINS car les risques sont majorés sans que pour autant le bénéfice soit augmenté.

5) Chez les sujets de plus de 70 ans,

- réduire les doses en fonction du poids

- éviter les molécules à demi-vie longue

- éviter les indoliques qui augmentent le risque de choc

- s'assurer que la créatinine est <15 mg avant de démarrer le traitement.

6) Il peut être dangereux d'associer un traitement AINS par voie générale à de l'aspirine à dose supérieure à 500 mg/j.

7) La voie- IM est inutile, la forme per os permettant le relais de l'activité AINS en moins de 24 h au delà desquelles cette voie ne peut avoir qu'un intérêt psychologique.

8) La prescription de principe d'un pansement gastrique n'est pas fondée.

9) Chez l'enfant, l'utilisation des AINS autres que salicylés, doit être évitée. Elle ne peut être indiquée que dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. Quoiqu'il en soit, les AINS de classes 1 et 2 sont fortement déconseillés sinon contre-indiqués.

10) Les AINS sont utilisés largement en dehors des affections de l'appareil locomoteur, Leur action immunosuppressive doit limiter leur utilisation dans les infections de la sphère ORL ou autres. Dans la pathologie sportive, le traitement local par AINS (associé éventuellement aux analgésiques) doit être toujours de première intention.

*(D'après CONSENSUS MSP, n° 2, janvier 1998. Le groupe d'experts ayant émis ces recommandations comprenant et 12 membres : Messieurs et Mesdames les Docteurs L. Zakraoui, Haj Romdhane, H. Boussen, M. S. Ben Ammar, M M'rabet, L. Rokbani, M Lakhali, C. Dziri, B. Ben Sedrine, S. Gallali, et A. Basti, N Ennaifer (pharmaciens hospitaliers) ainsi que Dr M Hamza

Cet apport ne peut toutefois dépasser 25 % du capital social, détenu par une ou plusieurs personnes.

- La SEL peut être uni personnelle.

- La répartition des bénéfices se fait après déduction des impôts sur les sociétés, sur des critères liés à l'activité professionnelle (et non au capital comme dans les SCP).

· Avantages fiscaux et juridiques. C'est ainsi que la SEL permet au médecin, en cas de difficultés financières, de protéger son patrimoine personnel en le distinguant du patrimoine de son activité économique.

2-3 Société civile de moyens (SCM) :

Les SCM ne sont pas citées dans le code de déontologie en Tunisie, elles sont autorisées en France.

L'objet social de la société de moyens est de faciliter et de promouvoir l'exercice de l'art médical par un partage de frais entre associés et/ou un apport commun des moyens requis (local en location; personnel, équipement ...).

Il n'y a pas de limitation au nombre des associés.

2-4 Société civile immobilière (SCI) :

L'objet social d'une SCI est de :

- Permettre l'acquisition ou la construction en commun d'un immeuble professionnel.

- Organiser la propriété et la gestion de l'immeuble.

La constitution d'une société civile immobilière est incontournable pour des associés qui souhaitent détenir en commun un local professionnel.

Les avantages d'une association de médecins dans le cadre d'une SCI sont multiples :

- Facilité de gestion de la co-propriété

- Intérêts de la SCI par rapport à l'indivision :

- Les parts sont plus facilement négociables;

- La transmission des droits de l'associé décédé à ses héritiers est plus facile,

- La SCI permet la dissociation juridique et fiscale des patrimoines professionnel et privé.

· Autres avantages fiscaux (droits d'enregistrement...)

La SCI comporte toutefois certains inconvénients. A titre d'exemple, les frais d'acquisition ne sont pas déductibles (sauf inscription des parts à l'actif professionnel), alors qu'ils le sont lorsque le local est détenu en direct et inscrit dans le patrimoine professionnel.

La SCI entre médecins peut être constituée :

- Soit avant l'achat du terrain si l'immeuble est à construire,

- Soit avant l'achat de l'immeuble,

Ou à tout moment si l'immeuble appartient en totalité à un ou plusieurs des futurs associés.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens* (AINS)

I- Recommandations et références :

1) Il faut éviter les AINS quand cela est possible. C'est ainsi que dans la pathologie arthrosique, les AINS sont prescrits en cas de poussée douloureuse aiguë ou après échec des antalgiques.

Par ailleurs, il est déconseillé de prescrire un traitement au long cours dans les lombalgies et sciatiques chroniques.

2) La posologie minimale efficace doit être recherchée en fonction de l'état clinique :

- dans les lombalgies et/ou lombosciatiques aiguës, les rhumatismes abarticulaires (PSH, tendinopathie...) en poussée aiguë, une réévaluation clinique est nécessaire au bout de 10 jours ;

- dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (PR, SPA, rhumatisme psoriasique...), la posologie minimale efficace doit être recherchée ; lors des rémissions, l'attitude la plus rationnelle est l'arrêt du traitement.

3) Les AINS doivent être évités chez les sujets présentant un risque d'insuffisance rénale : âge >70 ans, traitements diurétiques, traitements par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, déshydratation, régime désodé, insuffisance cardiaque ou hépatique.

4) Ne jamais associer 2 AINS car les risques sont majorés sans que pour autant le bénéfice soit augmenté.

5) Chez les sujets de plus de 70 ans,

- réduire les doses en fonction du poids

- éviter les molécules à demi-vie longue

- éviter les indoliques qui augmentent le risque de choc

- s'assurer que la créatinine est <15 mg avant de démarrer le traitement.

6) Il peut être dangereux d'associer un traitement AINS par voie générale à de l'aspirine à dose supérieure à 500 mg/j.

7) La voie- IM est inutile, la forme per os permettant le relais de l'activité AINS en moins de 24 h au delà desquelles cette voie ne peut avoir qu'un intérêt psychologique.

8) La prescription de principe d'un pansement gastrique n'est pas fondée.

9) Chez l'enfant, l'utilisation des AINS autres que salicylés, doit être évitée. Elle ne peut être indiquée que dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. Quoiqu'il en soit, les AINS de classes 1 et 2 sont fortement déconseillés sinon contre-indiqués.

10) Les AINS sont utilisés largement en dehors des affections de l'appareil locomoteur, Leur action immunosuppressive doit limiter leur utilisation dans les infections de la sphère ORL ou autres. Dans la pathologie sportive, le traitement local par AINS (associé éventuellement aux analgésiques) doit être toujours de première intention.

* (D'après CONSENSUS MSP, n° 2, janvier 1998. Le groupe d'experts ayant émis ces recommandations comprenant et 12 membres : Messieurs et Mesdames les Docteurs L. Zakraoui, Haj Romdhane, H. Boussen, M. S. Ben Ammar, M M'rabet, L. Rokbani, M Lakhali, C. Dziri, B. Ben Sedrine, S. Gallali, et A. Basti, N Ennaifer (pharmaciens hospitaliers) ainsi que Dr M Hamza

Accidents de la route

Au cours de l'année 2003, 1656 tunisiens sont décédés des suites d'un accident de la circulation soit plus de 4 morts par jour.

30% étaient des piétons, 20% conduisaient ou étaient passagers de cyclomoteurs, 29% étaient à bord d'un véhicule automobile léger.

Par ailleurs, près de 16000 blessés ont été recensés.

Enfin, une étude faite à l'Institut National de Santé Publique (Mohamed HSAIRI) montre que les accidents sont une cause majeure de la perte des années de vie sans incapacité (AVCI) surtout chez l'homme, bien avant l'adolescence et jusqu'à la fin de l'âge dit actif.

Compléments alimentaires et dopage

Des études ont montré que plus de 20% des compléments proposés à la vente aux sportifs, particulièrement par les circuits « parallèles », peuvent contenir des substances non indiquées sur l'étiquette (anabolisants, androgènes, éphédrine, amphétamines, « ma huong »). Ces substances peuvent avoir pour conséquence un résultat positif au contrôle antidopage. Plutôt que de lui prescrire des compléments, dont il est généralement friand, le médecin doit persuader le sportif

de leur inefficacité à pallier les insuffisances et les déséquilibres du régime alimentaire.

Si le sportif n'est pas capable de (et/ou si le médecin doute de son aptitude à ne pas) transgresser l'interdit, il lui sera conseillé d'utiliser uniquement des produits acquis en pharmacie, proposées par des fabricants réputés ; et de vérifier leur composition (même s'il s'agit de produits « naturels » et/ou « à base d'herbe ».

(D'après l'Agence Mondiale Antidopage)

Le conseil national de l'Ordre des médecins, en bref

Le conseil national de l'Ordre des médecins comprend 16 membres, élus pour quatre ans par leurs pairs. Il exerce en vertu de ce mandat, les pouvoirs suivants qui lui sont conférés par la législation :

- inscription des médecins au tableau national de l'Ordre des médecins, et actualisation de ce tableau à partir des informations qui lui sont fournis par les médecins au fur et à mesure de l'évolution de leur carrière et de leurs activités et en cas de changement d'état civil ;
- validation des qualifications (spécialité, compétence) selon des critères objectifs, principalement une « formation universitaire diplômante » ;
- maintien du lien et de la solidarité entre membres de la

profession, notamment par des activités à caractère social et humanitaire ;

- défense des intérêts moraux et de l'image du médecin, représentation au sein des organismes d'état ;
- résolution – par la conciliation ou par d'autres mécanismes en rapport avec sa compétence d'organisme disciplinaire de première instance – des litiges, conflits et plaintes en relation avec des manquements aux principes édictés par le code de déontologie ;
- formation permanente notamment dans les domaines de la déontologie et de l'éthique.

L'Ordre des médecins est un agent du « lien » social, entre confrères et entre les médecins et leur environnement.

ELECTIONS

Des élections pour le renouvellement de la moitié des membres des conseils régionaux de l'Ordre des médecins auront lieu le samedi 7 janvier 2006. Les modalités de ces élections (lieu, horaire, procédure de vote, dépôt de candidature) seront précisées dans les correspondances que chaque Président du conseil régional adressera aux confrères exerçant dans le territoire de la « région ordinale ».

Usez de votre droit à participer : en vous portant candidat si vous le souhaitez ; en votant !

www.ordre-medecins.org.tn

Une nouvelle version du portail du conseil de l'ordre des médecins sera incessamment mise en ligne. Elle comporte deux accès : un accès « grand public », et un accès réservé aux médecins, par login et mot de passe. Pour connaître vos logins et mot de passe, contacter le conseil de l'Ordre des médecins.

Vos contributions, votre feed-back sont les bienvenus.

Commissions nationales

Le conseil national de l'Ordre des médecins est représentée au sein des commissions nationales dont la liste (ainsi que le nom des conseillers qui y siègent) est donnée dans le tableau ci-après.

Il est à signaler que la commission de reconnaissance des qualifications (n°14) se réunit une fois par mois au siège du conseil national, 16 rue de Touraine, Tunis.

Quant à la commission chargée du contrôle des comptes et des placements financiers, elle a été créée en application du règlement intérieur.

Par ailleurs, le conseil est membre du comité, créé en 2005, à l'effet d'étudier le projet de réforme de l'assurance maladie. La délégation qui le représente est composée des docteurs JOUNI, BEN MARZOUK, KHALLADI, MESSAADI, FARHAT et NACEF

Com. Agrément Etablis. Sanitaires Privés et équipements lourds (MSP)	Dr Abdallah BEN MARZOUK
Com. Tech. de biologie médicale (MSP)	Dr Lotfi BEN HASSINE
Com. Technique des sp. Pharmaceutiques (MSP)	Dr Abdelhamid HACHICHA
Bureau National des Stupéfiants (MSP)	Dr Elyes BEN MARZOUK
Com. du Sida (MSP)	Dr Kilani CHABBOUH
Com. Promot. Aliment. du Nourrisson et de l'enfant (MSP)	Dr Mounir BEN SLAMA
Com. de la Transfusion Sanguine (MSP)	Dr Mohamed HOUISSA
C.C.M. (MSP)	Dr Elyes BEN MARZOUK
Com. Technique d'octroi de visa pour les filtres d'hémodialyse (MSP)	Dr Mohamed HOUISSA
Com. Nat. de la médecine de reproduction (MSP)	Dr Nabil BEN ZINEB
Com. Nat. de la médecine d'urgence (MSP)	Dr Mohamed FARHAT
Com. Chargée de l'étude pour concours de recrutement des M.s.p. (MSP)	Dr Amen Allah MESSADI
Com. d'Equivalence des Diplômes (M.Enseig.Sup)	Dr Mohamed JOUNI / Dr Amen Allah MESSADI
Com. de reconnaissance des qualifications (MSP) (spécialités et compétences)	Dr Mohamed HOUISSA (président de la commission) Dr Mohamed JOUNI (secrétaire général) Dr Lotfi BEN HASSINE
Com. Chargée du contrôle des comptes et des placements financiers de l'ensemble de l'Ordre (en application du règlement intérieur du CNOM)	Dr M. HOUISSA, Dr Abdallah B. MARZOUK Dr A. ALOULOU, Dr M. B. SLAMA, Dr L. B. MARZOUK, Ainsi que les Trésoriers des CR.

Plaintes, discipline, arbitrages

Au cours des réunions – bimensuelles- de son bureau, le conseil national délibère à propos des plaintes qui lui sont adressées par le ministère de la santé publique, ou des particuliers, ou des confrères.

Le nombre moyen de dossiers présentés (soit pour la première fois, dès leur réception, soit dans le cadre d'un suivi après audition des protagonistes par un à trois membres du conseil national selon la complexité de l'affaire) au cours d'une même séance est de quinze. Fort heureusement dans la majorité des cas, les problèmes évoqués sont résolus par la conciliation et/ou un rappel du règlement et/ou par une mise en garde ; certains dossiers sont « classés », les faits évoqués étant jugés non étayés.

Toutefois au cours des neuf premiers mois de l'année 2005, onze confrères ont été déférés devant le conseil de discipline pour des motifs divers parmi lesquels :

- l'administration à large échelle, en groupe, dans un éventail très large d'indications de procédés thérapeutiques « obsolètes » ;

- la délivrance de certificats de complaisance (parfois à des mineurs non accompagnés de leurs parents) ;
- le non respect de la tarification, celle-ci étant sur ou sous évalué ou modulée en fonction de critères non réglementaires ;

- le détournement de clientèle ;
- l'ouverture d'un cabinet secondaire ;
- les rapports conflictuels avec des confrères ;
- l'usage de procédés publicitaires non autorisés.

Les sanctions prises par le conseil de discipline vont de l'avertissement à la suspension d'activité.

A cette occasion, nous renouvelons notre appel au respect de la déontologie. Les mesures proposées par le conseil de discipline notamment la suspension de l'activité, outre leur impact direct sur l'activité professionnelle du médecin concerné entraînent une perte de l'image et de l'estime de soi ainsi qu'une déperdition des ressources (temps, argent) qui pourraient être mieux utilisées.

LA GRIPPE AVIAIRE EN TUNISIE : Le point de situation, conduite à tenir

Le terme « marronnier » qualifie un « sujet saisonnier » qui « reparait régulièrement (comme la floraison des marronniers d'Inde, au printemps) ».

Il en est ainsi de la grippe qui, avec les premiers froids, frappe régulièrement à nos portes. Depuis l'an dernier, son arrivée est annoncée dans un contexte un peu particulier : une mutation du virus (tant attendue mais guère espérée) serait imminente ; la pandémie qui en résulterait ferait des millions de victimes, coûterait des milliards de dollars (ou d'euros), paralyserait les services publics... Au delà de ces annonces, voilà ce qu'il faut savoir et faire :

I - Chaîne de la transmission du virus de la grippe aviaire : rappel

I-1- Les faits avérés :

Les volailles domestiques sont contaminées par les oiseaux migrateurs. Le virus se transmet ensuite par voie aérienne (voie respiratoire), principalement par contact direct, notamment avec les sécrétions respiratoires et les déjections des animaux infectés (vivants ou morts), mais aussi de façon indirecte par contact avec des surfaces ou matières contaminées (par l'intermédiaire de la nourriture, de l'eau, du matériel et des mains ou des vêtements souillés). Les animaux susceptibles de transmettre la grippe A(H5N1) sont essentiellement des volailles : principalement poulets et canards.

Le virus de la grippe aviaire, lorsque la souche est hautement pathogène, peut se transmettre, exceptionnellement à l'homme, comme cela a été observé pour le virus influenza A/H5N1 à Hong Kong en 1997 ou, au Vietnam où des foyers de virus aviaire ont été observés fin 2003. Des cas de transmission à l'homme du virus influenza A/H7N7 ont été également observés aux Pays-Bas en 2003.

La transmission s'effectue lors de contacts fréquents et intenses avec des sécrétions respiratoires ou des déjections d'animaux infectés.

Quant à la possibilité d'une transmission interhumaine les cas possibles de transmission de personne à personne sont restés isolés et n'ont pas donné lieu à une transmission secondaire dans la communauté.

I - 2- Les hypothèses concernant la survenue d'une épi(pan)démie humaine :

La circulation concomitante d'un virus grippal humain chez les personnes exposées au virus aviaire A(H5N1) acquis au contact d'élevages de volailles touchés par la grippe aviaire, pourrait créer les conditions de l'émergence d'un nouveau virus grippal. En effet, des échanges de matériel génétique entre les deux virus chez une personne doublement contaminée peuvent survenir. Un tel réassortiment génétique entre ces deux virus pourrait engendrer l'apparition d'un virus susceptible de s'adapter plus facilement à l'homme. Ce mécanisme faciliterait ainsi la transmission interhumaine de ce nouveau type de virus qui pourrait diffuser sur un mode épidémique voire pandémique, comme cela s'est vu dans le passé.

II- Cas de la Tunisie :

II-1- Situation épidémiologique :

En Tunisie, à ce jour, il n'a pas été enregistré de cas humain en rapport avec le virus de la grippe aviaire (H5N1)...ni (à plus forte raison) avec un « virus grippal humain » mutant.

II-2- Conduite à tenir devant une symptomatologie « grippale »

Les critères devant faire suspecter le diagnostic de grippe aviaire chez l'homme sont la survenue brutale d'une fièvre > 38° associée à des signes respiratoires (toux, dyspnée,

infiltrats pulmonaires) chez un sujet ayant effectué récemment un séjour dans une contrée (généralement située en Asie) reconnue ou supposée atteinte par un virus H5N1, à plus forte raison s'il a été directement (proximité, voire promiscuité avec des volailles infectés ; ou contact avec un malade) exposé au risque de contamination.

Si vous êtes confronté à une telle situation, informez d'urgence le ministère de la santé publique (DSSB, DGS). Des services de référence (maladies infectieuses, pneumologie, réanimation) sont prévus pour l'hospitalisation des cas suspects. En attendant l'évacuation du patient vers l'hôpital, le contact avec l'entourage doit être réduit ; faites porter un

masque au malade.

Le diagnostic de certitude de grippe H5N1 est virologique ; le laboratoire de référence est celui de l'hôpital Charles Nicolle. L'infection humaine au virus H5N1 est généralement sévère, les complications respiratoires sont fréquentes. Au traitement symptomatique (repos, paracétamol, boissons abondantes), on associe l'oseltamivir (tamiflu) pendant 5-10 j selon la gravité du cas. Le personnel en contact avec le sujet atteint de grippe H5N1 doit être protégé contre la contagion (port de masque chirurgical, lunettes, gants, surblouse, hygiène individuelle).

Source : Plan national contre la grippe d'origine aviaire
Novembre 2005, ministère de la santé publique

Pratiques interdites au médecin *

A propos de jugements prononcés par le conseil de discipline

Le médecin, homme aux convictions assises sur des savoirs scientifiquement fondées, sur des expériences et une éthique, s'interdit : « toutes pratiques propres à déconsidérer sa profession » ; de divulguer dans le public non médical « un procédé de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé ». Faute de quoi, il s'expose à l'opprobre du public averti et à des poursuites.

Ainsi de « la pose de ventouses » (naturalisée en « cuping »), pratiquée en Tunisie à large échelle, parfois même au cours de séances collectives, pour toutes sortes d'indications. Certains (confrères ?), usant d'obscurs arguments pseudo-scientifiques et d'autres leurres, s'abritant parfois derrière l'engagement d'organismes internationaux

pour les médecines traditionnelles, essaient de remettre cette pratique d'un autre âge au goût du jour.

Ainsi, également de la publicité pour des pratiques et médicaments « miracles » supposés guérir SIDA, hépatites, « tous les » cancers et une grande variété de pathologies organiques et fonctionnelles. Publicité faite par voie de conférence de presse, ouverte au public par un « médecin » dont une lecture de la luxueuse plaquette qu'il a distribuée laisse à penser que la prétention à la qualité de médecin est loin d'être étayée. A ce « confrère », nous disons qu'il est condamnable d'exploiter de cette manière le trouble et le désespoir des malades et de leurs familles.

* Code de déontologie médicale : article 22, 25, 26.

La prescription médicale par téléphone : risques et implications

Depuis l'avènement des téléphones portables, les médecins reçoivent de plus en plus d'appels des patients pour des raisons et en des circonstances très diverses. Ce que va faire ou ne pas faire le médecin contacté engage sa responsabilité. Il lui revient donc d'apprécier avec beaucoup de tact et de prudence la situation pour adopter l'attitude la plus appropriée. Schématiquement, trois situations peuvent être envisagées (nous ne traiterons pas du cas particulier de la régulation médicale téléphonique telle qu'elle se pratique dans les centres de soins permanents type SAMU).

1^{er} cas :

Pour un patient connu, posant une question simple dans les suites d'une consultation, il est déontologiquement acceptable de répondre par téléphone, par exemple pour préciser la prescription d'un médicament bien identifié. Toutefois, certaines précautions s'imposent :

* Le médecin doit s'assurer de l'identité de son interlocuteur. Il peut éventuellement lui demander de le rappeler peu après, le temps pour lui de consulter le dossier médical pour procéder aux vérifications nécessaires ; dans le cas où la demande est transmise par un proche du patient (ou la secrétaire médicale) la prudence s'impose ;

* Il doit toujours s'assurer de la bonne compréhension de ses conseils et prescriptions ;

* Il doit reporter les circonstances et le contenu de la prescription téléphonique sur le dossier médical du patient. ;

* Il vérifie que la prescription est couverte par son assureur en responsabilité civile.

Dans ce contexte, et pour éviter que les appels téléphoniques ne perturbent son activité quotidienne, le médecin peut indiquer à ses patients un créneau horaire pendant lequel il peut être contacté.

2^{ème} cas :

Pour un patient non identifié, et en dehors d'une urgence, le médecin doit se limiter dans son entretien téléphonique à une simple information de caractère général tout en lui proposant une vraie consultation.

3^{ème} cas :

L'interprétation des données fournies par le malade ou par une personne de l'entourage bien identifiée, indique qu'il y a une urgence apparente à laquelle l'attitude la plus logique à adopter est de se déplacer ou de faire venir le patient. Dans certains cas, des mesures immédiates peuvent être conseillées : appel au SAMU, geste de secourisme, rarement prise d'un médicament donné en urgence...

En conclusion, l'entretien téléphonique entre un médecin et un patient ne se conçoit que comme le préalable, ou le complément d'une consultation.

Rencontre avec Monsieur le Ministre de la Santé Publique

L'audience qui nous a été accordée par Monsieur le Ministre de la Santé publique, nous a donné l'occasion d'exprimer le point de vue des conseils de l'Ordre à propos d'un certain nombre de sujets d'actualité.

Malgré la solennité du lieu et de la circonstance, l'entrevue s'est déroulée dans une atmosphère cordiale et constructive ; les grandes lignes d'un programme de travail été établies.

Extraits du mémorandum remis à Monsieur le Ministre

1 - Démographie médicale :

Entre 600 et 700 médecins sont enregistrés annuellement au tableau de l'Ordre. Il est vraisemblable que cette situation ne se modifiera pas au cours des quinze années à venir. Par ailleurs, l'espérance de vie active pour les médecins en exercice est élevée ; leur âge médian est de 40 ans, plus de 80% ont un âge \leq 50 ans. Ainsi le guide de l'orientation pour l'année universitaire 2005/2006 prévoit que près de 800 étudiants seront orientés vers les facultés de médecine de Tunisie (auxquels il faut ajouter un nombre, inconnu, de jeunes qui tenteront leur chance à l'étranger).

En conséquence, et de façon quasi-inévitable, d'ici à 2020, les effectifs de médecins pourraient quasi-doubler ; le taux d'habitants pour un médecin sera de 600 habitants pour un médecin. Des mesures devront être prises pour faire face à tous les aspects de cette situation : en termes d'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population, de garantie de conditions d'exercice matérielles, morales et éthiques acceptables pour les praticiens...

2 - Formation du médecin généraliste dans les facultés de médecine :

Le conseil national de l'Ordre des médecins a été, avec la faculté de médecine de Sfax, coorganisateur du séminaire sur « le rôle et la formation du médecin généraliste » ; il a, à ce titre, contribué à l'élaboration des recommandations, parmi lesquelles l'élagage des programmes ; la révision du profil et des objectifs de formation ; l'accent mis sur la formation pratique ; la revalorisation du rôle du généraliste ; la révision des modalités du « concours » du résidanat ; un programme scientifique de formation en médecine générale à la fin du cursus...

3 - Formation continue :

Le conseil national de l'Ordre des médecins désire être partie prenante des projets – en cours de mise au point ? – en vue de rendre la formation continue obligatoire (réf. Art.14 du code

déontologie médicale) et d'en fixer les modalités de mise en œuvre, d'évaluation, de contrôle et de financement par des organismes publics indépendants (dont des départements de médecine générale créés au sein des facultés pourraient prendre le leadership) ; ce qui n'est pas exclusif, de l'autre « formation » à laquelle contribue l'industrie pharmaceutique, selon ses propres objectifs et spécificités.

Les domaines de formation continue, une fois celle-ci instituée, pour lesquelles le conseil de l'Ordre des médecins pourrait être un partenaire actif seraient, à titre d'exemple : la déontologie et l'éthique ainsi que la mise au point de consensus de soins.

4 - L'hôpital public :

L'hôpital public, particulièrement le CHU, doit jouer un rôle phare en matière de formation/formation continue et de qualité des prestations.

Le conseil de l'Ordre des médecins recommande que tout soit mis en œuvre, pour favoriser la cogestion, pour fournir les ressources nécessaires à la fluidité et à la continuité des prestations et pour éviter l'hémorragie des compétences.

5 - Médecine « touristique »

Le conseil de l'Ordre est favorable à toutes les initiatives visant à ce que le talent du médecin formé en Tunisie soit reconnu par la « communauté internationale ». Certaines difficultés ont été rencontrées, notamment des « écarts » par rapport aux règles édictées par la déontologie (publicité, tarification, exercice non réglementaire de collègues étrangers) ; ces difficultés pourraient être encore mieux maîtrisées si la tradition de réactivité / de collaboration / d'information réciproque/ instituée entre tous les partenaires (MSP, Ordre, sociétés scientifiques...) se perpétue.

6 - Activité privée complémentaire (des hospitaliers, universitaires et non universitaires):

Il convient de veiller au respect des engagements pris par écrit par tous ceux qui ont choisi ce mode d'exercice.