

# Le Bulletin

D'INFORMATION

DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

Editorial

## Editorial

Suite à un litige avec son épouse, Mr K est adressé au Dr M. sexologue. Une procédure en vue d'un divorce ayant été engagée, Dr K... a été requis par les autorités judiciaires compétentes de réaliser une expertise des capacités sexuelles du patient.

L'expertise, faite au cabinet du praticien, a notamment comporté un test de stimulation visuelle – projection d'un film, -un test pharmacodynamique – injection locale de Caverject – et la demande d'examen complémentaires, biologiques et radiologiques. Selon des experts, le déroulement de la consultation – qui a duré tout un après-midi – est conforme aux bonnes pratiques professionnelles.

Mr K. n'est pas de cet avis : il accuse le médecin de partialité et d'avoir eu vis-à-vis de lui un comportement « bizarre », agressif et menaçant.

Le Dr M. affirme quant à lui avoir fourni tout au long de ses investigations les explications orales et les apaisements nécessaires dans un langage, certes

technique, mais qui a tenu compte du contexte religieux, culturel et social et qui lui a paru audible du client; la contestation dont il est l'objet lui paraît injuste et non fondée.

A propos de cette situation\*, le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle aux confrères que la première assurance contre le risque est d'abord la conformité des soins aux recommandations de bonne pratique professionnelle ; cette dernière inclut l'empathie et l'écoute. Pour se prémunir totalement des (mauvais) plaideurs les procédures d'examen, leurs résultats, les comptes-rendus (opératoires...) et décisions doivent être archivés dans des dossiers individuels ; de même que dans certaines situations particulières, « délicates », le consentement « éclairé » du patient, consigné par écrit sur un document où figure le détail des procédures, doit être sollicité préalablement à l'action médicale.

\*(Fréquente et qui intéresse de nombreux collègues, de spécialités différentes)

S  
O  
M  
M  
A  
I  
R  
E

EDITORIAL.....	1
LA RELATION MEDECIN-MALADE : ENTRE IDÉAL, ET (PRÉVENTION DES) DÉRIVES.....	2
L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC EN CANCEROLOGIE.....	5
L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC EN CANCEROLOGIE : CAS PARTICULIER DE L'ENFANT (EXPERIENCE DE L'ISA) .....	7
RÉUNION DE COORDINATION DES CONSEILS NATIONAL ET RÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS.....	8
L'EXERCICE DE LA RADIOLOGIE : INTRODUCTION AU DÉBAT DE LA RÉUNION DE COORDINATION.....	8
LE MÉDECIN ET LA JUSTICE : RECOMMANDATIONS AUX CONFRÈRES.....	8
LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE : ÉVALUATION À (TRÈS) COURT TERME. ...	8
COMPÉTENCES : MISE AU POINT.....	9
L'EXERCICE DE L'ANESTHÉSIE-REANIMATION DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVE.....	9
DE L'EXPERTISE EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE.....	12
ORGANISATION DES SERVICES DE MÉDECINE D'URGENCE DANS LE SECTEUR PRIVE.....	13
PLACARDS PUBLICITAIRES PARUS DANS LA PRESSE NATIONALE.....	13
AFFICHAGE PAR LES MEDECINS DE LA QUALITÉ DE MEDECIN CONVENTIONNÉ AVEC LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE-MALADIE (CNAM) : POSITION DE L'ORDRE .....	14
DEMOGRAPHIE MÉDICALE : CONDENSE .....	14
ACTUALISATION DES DONNÉES INDIVIDUELLES FIGURANT AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS (TOM) .....	16
ELECTIONS AUX CONSEILS RÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS .....	16
RENCONTRE AVEC MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	16

### Directeur de la publication

*Dr. Taoufik NACEF*

### Comité de rédaction

*Dr. Mohamed Ahmed ALOULOU*

*Dr. Mohamed HOUISSA*

*Dr. Mohamed JOUINI*

*Dr. Mustapha JERIDI*

*Dr. Mounir BEN SLAMA*

*Dr. Mohamed Elyes BEN MARZOUK*

*Dr. Mohamed Nejib CHAABOUNI*

*Dr. Slim BEN SALAH*

*Dr. Rafik GHARBI*

*Dr. Kilani CHABOUH*

*Dr. Mohamed Fathi DEROUICHE*

*Dr. Mohamed FARHAT*

*Dr. Rachid KAMMOUN*

*Dr. Youssef LETAIEF*

*Dr. Amen Allah MESSADI*

### Collaborateurs

*Mme. Henda Zidi Chtioui*

*Mr. Lotfi Ben Ghozzia*

*Mme. Saliha Oubeidallah*

LE BULLETIN - N° 27 - Décembre 2007 - CNOMT, 16, RUE DE TOURAINES - 1002 TUNIS

Tél: 216 71 792 736 - 216 71 799 041

Fax: 216 71 788 729

E-mail: [cnom@planet.tn](mailto:cnom@planet.tn) - Site: [www.ordre-medecins.org.tn](http://www.ordre-medecins.org.tn)

La relation médecin malade se distingue d'autres relations professionnelles en ce qu'elle est un formidable outil thérapeutique ainsi que l'a théorisé le psychanalyste BALINT et résumé dans son célèbre aphorisme : « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même » ! Pourtant, aucune formation spécifique ne lui est consacrée au cours des études médicales alors que, comme de tout traitement, il peut en être fait le meilleur ou le pire des usages !

Certes, les codes d'éthique ont toujours régi les rapports moraux entre les deux partenaires, mais ils sont insuffisants à en garantir la portée thérapeutique ou à en prévenir les éventuels effets pervers.

Or, par-delà son caractère technique, cette relation se noue entre deux individus singuliers et est, à ce titre, puissamment modelée par leur dynamique inconsciente. De surcroît, l'évolution de la médecine et de la culture ainsi que les changements radicaux de l'exercice médical ne cessent de transformer les conditions et le cadre de cette relation.

C'est dire si des dérives potentielles sont en germe et que le moment est venu d'entamer une réflexion sur les conditions du « colloque singulier » afin de lui conserver sa qualité privilégiée, dans l'incessante quête de l'idéal hippocratique.

## CARACTERISTIQUES DE LA RELATION, SA DIMENSION THERAPEUTIQUE

La relation médecin malade représente tous les processus émotionnels qui se déroulent entre ces deux personnes dans le cadre d'une pratique qui vise les soins. L'importance fondamentale de cette dimension intersubjective est qu'elle détermine en grande partie l'efficacité du traitement. L'effet placebo est une des plus banales illustrations de ce que l'on a appelé « le médecin médicament ». Cela signifie que *le médecin agit aussi bien, sinon plus, par ce qu'il est que par ce qu'il sait ou ce qu'il fait.*

La relation médecin malade est une composante critique du modèle bio psychosocial, et qui propose une approche globale du comportement humain et de la maladie. Cela signifie que les médecins communiquent avec des personnes constituées de multiples facettes, pas avec de simples syndromes et qu'ils se doivent non seulement de connaître le statut médical de leurs patients, mais encore de se familiariser avec la façon dont leur psychologie et leur milieu socioculturel affectent leur santé, leurs réponses affectives et leurs relations avec leurs soignants.

### 1. Au plan conscient,

La relation médecin malade peut être figurée comme un triangle dont les trois sommets sont le malade, le médecin et la maladie.

Être malade signifie être en situation de **faiblesse** (la maladie diminue les possibilités physiques et/ou mentales, atteint l'intégrité du sujet et limite l'exercice normal de sa vie) et de **dépendance** (dépendance à l'égard de l'entourage, à l'égard de ceux qui sont censés avoir le pouvoir de supprimer la maladie), soit en situation de **régression** psychique.

Le vis-à-vis, médecin, est quant à lui auréolé du prestige de **l'autorité** et du **pouvoir** que lui confèrent son savoir et sa compétence.

C'est dire que cette relation est fondamentalement **inégaie** et **asymétrique** !

Certes, le même type de rapports verticaux existe entre parents et enfants, ou maîtres et élèves. Mais ces inégalités flagrantes qui appartiennent à l'ordre même de la nature humaine sont encore plus importantes en médecine du fait que l'enjeu porte sur la santé, voire la vie. Et tout l'art de l'éthique médicale est d'atténuer en permanence cette asymétrie, de reconnaître et maintenir au patient son statut d'homme !

### 2. Aspects inconscients

Mais la relation médecin malade est aussi une « rencontre sous influences » de deux dynamiques psychologiques dont les interactions vont déterminer les modalités du transfert et du contre-transfert.

Un jeu subtil de sentiments, d'affects et de fantasmes, la plupart inconscients ou à la lisière de la conscience, se déroule en fait pendant chaque consultation médicale entre les deux acteurs. Ces pensées et ces sentiments dépendent d'une part de la situation réelle et concrète de la consultation et d'autre part des personnalités du médecin et du patient. Mais ils sont aussi transférés inconsciemment du passé des deux sujets.

Le **transfert** se définit comme l'ensemble des attentes, des convictions et des réponses affectives du patient dans sa relation au médecin. Il ne reflète pas forcément l'identité du médecin ou son attitude réelle, mais plutôt les expériences répétées que le patient a pu avoir au cours de sa vie avec d'autres figures d'autorité.

L'attitude du patient envers le médecin peut ainsi varier d'une attitude confiante, réaliste à une attitude de sur idéalisation, voire de fantasme érotisé ; ou, à l'inverse, à celle d'une méfiance fondamentale. Un patient peut s'attendre à ce qu'un médecin accomplisse certains actes - par exemple qu'il prescrive des médicaments ou réalise des interventions - et ne considérera les soins obtenus comme suffisants et compétents que si ces actes sont accomplis. A la base de cette attitude se trouvent les rôles traditionnellement assignés au patient, bénéficiaire essentiellement passif, et au médecin, pourvoyeur actif de l'assistance ; un patient chez qui ce schéma est profondément enraciné se sentira mal à l'aise si le médecin ne répond pas à ses attentes. Tandis qu'un autre, plus actif et désireux de participer pleinement, sera désemparé si le médecin ne semble pas vouloir l'associer au processus de son traitement.

A ce transfert va répondre, de la part du médecin, un **contre-transfert** vis-à-vis du patient qui peut prendre la forme de sentiments négatifs qui perturbent les rapports ou consister en des réactions exagérément positives, idéalisatrices ou même érotisées. De même que les patients désirent quelque chose de leur médecin - comme la compétence, l'objectivité, le confort et le soulagement - les médecins attendent souvent, eux aussi, inconsciemment ou

tacitement, quelque chose de leurs patients. Le plus souvent, le médecin considère que ses malades sont de « bons patients » si la gravité des symptômes qu'ils expriment correspond à un trouble biologique clairement objectivable, s'ils sont confiants et ne contestent pas le traitement qu'on leur propose, s'ils savent contrôler leurs émotions et montrer de la reconnaissance. Si cette attente n'est pas comblée, c'est le patient qui risque de se le faire reprocher et de devenir aux yeux de son médecin un sujet foncièrement désagréable et impossible à traiter.

Pour tout médecin, une solide connaissance des manifestations et des effets de transfert et de contre-transfert est nécessaire. Les paroles et les actes du médecin ont un pouvoir qui dépasse de beaucoup celui d'un individu ordinaire, du fait de son autorité unique et de la dépendance du patient. La manière dont le médecin se comporte et interagit a une influence directe sur les réactions affectives et même physiques du patient.

Les risques de dérives sont en effet réels et d'autant plus fréquents que tous les ingrédients de conflits potentiels sont réunis dans cette relation : pouvoir, sentiments, sexe, secrets et argent.

## LES DERIVES A CARACTERE INDIVIDUEL

Une enquête menée auprès d'étudiants en médecine (Jeammet, 1980) a permis de montrer que le désir de pouvoir, lié au désir infantile de toute-puissance, est l'un des moteurs fondamentaux du choix de la profession médicale.

Ce pouvoir est fait de deux versants complémentaires et étroitement imbriqués : l'un, scientifique et technique, est lié à des compétences particulières, l'autre est le droit unique de transgresser les tabous (corps, sexe, personnalité), et la loi (attestations diverses, certificats d'exception, d'autorisation, d'internement). Le médecin n'est pas payé, terme trop vulgaire, il est « honoré ». Il rédige des documents qui sont des « ordonnances » ; en dehors de la mère et de son nourrisson, il est le seul à avoir légalement le droit de porter unilatéralement la main sur les parties génitales, le seul à pouvoir inciser le corps d'autrui. Il peut « arrêter » son patient (de travailler), décider de l'invalider, de l'interner même. Lui seul a le droit de décréter que quelqu'un est mort.

Le pouvoir médical a donné lieu à bien des critiques, depuis Molière jusqu'à Ivan ILLITCH en passant par le Dr Knock.

Pour les détracteurs, toute action médicale est stigmatisée comme une atteinte à la liberté du malade, au sentiment de propriété que chaque être éprouve à l'égard de son corps et de son esprit. Les critiques de la médecine sont souvent outrancières mais ... contiennent une part de vérité. De façon générale, la médecine exige la **soumission** du malade. Comment expliquer autrement qu'à l'hôpital les malades sont perpétuellement couchés, en tous cas doivent l'être au moment de la visite du patron alors que dans 75% des cas au moins, leur état n'exige nullement l'alitement à temps complet ? Accepter qu'un autre vous soigne, c'est accepter la **dépendance** et l'**aliénation**.

De fait, lorsqu'une relation est bien établie, le médecin considère le sujet qu'il traite comme « son » malade et le patient le médecin comme « son médecin ». Le lien devient très personnel sous la forme d'une appropriation réciproque, sous tendue par des sentiments de confiance, de respect et d'une affection très particulière que l'on pourrait à la limite

désigner du nom d'« amour médical » qui comporte chez le médecin un désir d'aider un être qui se confie à lui et dont il perçoit la vulnérabilité. Mais cet amour médical exige qu'il soit très soigneusement dosé pour que la dépendance et la régression ne se perpétuent pas et que le patient puisse devenir **autonome** une fois l'affection améliorée. Lorsqu'une maladie dure longtemps, l'idéal serait que le malade apprenne à se traiter lui-même (Diabète par exemple).

### 1. La nécessaire distance

Par ailleurs, si l'on peut constater des analogies entre les relations que nous entretenons avec nos intimes et nos proches et celles du médecin avec son patient, il serait inexact de penser qu'elles sont semblables. Lorsqu'on dit que le patient attend que son docteur agisse comme un père ou comme une mère, il s'agit d'une métaphore. Il n'est cependant ni un « un véritable père » ni « une véritable mère ». Il peut au plus, se comporter par moments assez bref, comme un père ou une mère le ferait à l'égard de leur enfant, le temps nécessaire à accomplir un acte médical important ou à faire passer un moment très difficile de la maladie. Il peut aussi adopter des attitudes fraternelles ou très amicales, sachant bien qu'il ne peut les assumer que très brièvement dans le cadre de l'« amour médical ».

En effet, s'il tient compte de la **neutralité affective** liée à son statut, le médecin doit surveiller autant que possible les sentiments qu'il ressent à l'égard du patient pour les élaborer selon les objectifs thérapeutiques qu'il s'est fixé. Toute la sympathie et même tout l'amour qu'il peut éprouver pour telle patiente, mais également l'antipathie et l'agressivité que tel sujet suscite en lui, tous ces sentiments doivent passer par le filtre de la « conscience professionnelle ». Ce processus psychologique d'ajustement de sentiments au but de l'action thérapeutique se déroule, en grande partie inconsciemment, et permet au médecin de traiter avec sollicitude et intérêt tous les patients qui se présentent à lui et leur manifester de l'empathie. Alors que la sympathie se fonde sur une identification étendue et profonde de l'autre, pouvant aller jusqu'à la fusion, l'**empathie** admet la critique même du mouvement identificatoire et sa maîtrise, ce qui permet au médecin de toujours maintenir une distance le différenciant de son patient, et lui permettant de garder une position d'observateur, indispensable à l'efficacité de l'investigation diagnostique et du traitement. L'empathie épargne aussi les explosions sentimentales de la sympathie, lui permet de traiter avec bonté tous ses malades d'une manière à peu près égale et ne l'oblige pas à user de la séduction qui n'appartient pas à l'« amour médical ».

### 2. L'éphémère liaison

S'il se forme entre le médecin et ses patients, surtout dans le cadre de la médecine de famille, comme une filiation, le praticien pouvant se considérer comme le père de tous ses patients et ceux-ci comme les enfants de leur médecin, ce lien n'existe vraiment que lorsque le sujet est malade et consulte; il disparaît pour ainsi dire complètement aussi bien chez le malade que chez le médecin, dès que l'épisode morbide est terminé. L'empreinte de la filiation est donc peu marquée et peu stable contrairement aux mêmes sentiments qui existent dans la famille.

Il est impossible de mettre sur un même plan les liens que nous entretenons avec nos intimes, quels qu'ils soient, et ceux qui existent entre le médecin et son malade. Si l'on peut constater certaines similitudes, ces deux types de relations sont fondamentalement différents. Tout d'abord, leur but n'est pas le même. Nos relations sentimentales ont pour premier objectif de permettre aux partenaires de vivre ensemble, l'objectif de la relation médicale est d'aboutir au traitement le plus adéquat et le plus économique de l'homme malade. On ne commence pas une relation sentimentale en prévoyant déjà sa fin, tandis que la relation médecin malade est d'emblée limitée à la période pendant laquelle le patient a besoin de l'aide technique et psychologique du médecin et pas au delà.

### 3. Une relation rémunérée

Enfin, – et ceci est un point important – le médecin se fait payer pour ses prestations, que ce soit directement ou indirectement. La question des honoraires est importante pour ne pas aggraver le dû du patient, rééquilibrer l'asymétrie de la relation, en ne mettant pas le patient en dette.

Si l'argent n'est pas absent de nos relations humaines habituelles, son rôle n'est pas institutionnalisé, comme il l'est de nos jours dans la relation médecin malade, par l'entremise de tous les systèmes de sécurité sociale. Cette situation exerce des effets sur la relation médicale et le colloque dit singulier n'existe en fait plus, puisque des tiers comme les systèmes de remboursement des soins s'insinuent entre le patient et son médecin.

Ces intrus ne sont pas les seuls, et le soi-disant colloque à deux qui existe bien dans certaines circonstances, par exemple au cours d'une psychothérapie individuelle, englobe le plus souvent d'autres personnages plus ou moins épisodiques comme la secrétaire médicale, l'infirmière, un ou des membres de la famille, l'employeur ...etc.

Ces multiples intrusions menacent aussi le secret médical.

### 4. La relation au sexe

Il est intéressant de remarquer que ce sujet n'est guère abordé, alors que le serment d'Hippocrate mettait spécifiquement en garde les médecins contre ce risque :

« Je préserverais la pureté de ma vie et de mon art ... dans chaque maison où je pénétrerais, j'entrerais uniquement pour le bien de mes patients, me gardant de toute mauvaise intention ou séduction et spécialement des plaisirs de l'amour avec femmes ou hommes, qu'ils soient libres ou esclaves ».

Il ne faut guère se cacher que les médecins comme tous les humains ont forcément une préférence pour certains patients ; si un médecin ressent une forte attraction pour l'un de ses patients et qu'il est tenté d'y céder, il est essentiel qu'il sache prendre du recul et évaluer la situation à froid, en gardant présent à l'esprit que **l'érotisation** de la relation est souvent l'effet des mouvements transférentiels. Dans toutes les spécialités, en particulier celles où la relation médecin malade est particulièrement intime ou intense, telles la gynécologie ou la psychiatrie, la prohibition éthique et même légale de toute implication sentimentale avec les patients s'impose. Un médecin peut susciter de nombreux fantasmes inconscients, fantasmes d'être secouru, aidé et finalement aimé. Les médecins eux même peuvent avoir leurs propres fantasmes inconscients d'être des sauveurs tout-puissants et en conséquence d'être dignes d'être aimés. Ces fantasmes ne

sont pas seulement fondamentalement irréalistes, déshumanisants mais inévitablement décevants. Si cette déception survient au cours d'une relation romantique entre le médecin et son patient, elle peut avoir un effet particulièrement destructeur, spécialement pour le patient.

Les problèmes éthiques qui peuvent être posés par les relations sexuelles entre un ex-patient et son ancien thérapeute restent controversés. Pour certains auteurs, en référence à l'adage « patient un jour, patient toujours » toute implication sentimentale même celle qui conduirait au mariage devrait être interdite. Pour d'autres, un ex-patient est un être autonome et rien n'empêcherait de nouer des relations sentimentales avec le médecin. Un troisième groupe préconise de laisser s'écouler un certain délai avant de nouer de telles liaisons, délai qui devra être précisé.

Il est évident que des aménagements sont nécessaires selon les contextes socioculturels, mais l'important est de reconnaître notre position d'autorité et de pouvoir quasi absolu et de l'assumer afin de se prémunir du risque de l'exploiter en aucune façon !

## LES DERIVES « INSTITUTIONNELLES »

Les quatre principes traditionnels qui ont de tous temps constitué les bases de l'exercice de la médecine sont menacés par l'évolution technologique et sociale.

### 1. Le secret médical

*Pour le médecin, c'est la plus ancienne et la plus universelle des traditions : « il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance, de confiance sans secret » !* Toute violation du secret médical constitue non seulement une atteinte à la dignité du malade mais peut lui créer des préjudices moraux et matériels.

Malheureusement, le mode d'exercice actuel augmente considérablement les occasions d'enfreindre le secret médical, qu'il s'agisse des expertises, des contacts avec les multiples organismes administratifs ou des soins en milieu hospitalier.

Le secret médical est aujourd'hui en particulier menacé par deux progrès :

- Les investigations du corps humain sont de plus en plus fines ; de la psychanalyse à la biologie moléculaire, les moindres recoins de l'individu peuvent désormais être explorés et révéler des tares cachées.
- Le développement de l'informatique médicale qui permet d'enregistrer dans des machines des quantités impressionnantes d'information auxquelles on peut accéder en appuyant sur une touche !

En milieu hospitalier, le secret n'est plus seulement l'affaire des médecins mais de tous les acteurs de la vie hospitalière.

Le respect du secret professionnel est nécessaire pour l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance entre le médecin et son patient. Chaque individu a droit au respect de son intimité, or le médecin plus que quiconque pénètre l'intimité du malade.

### 2. Le libre choix du médecin

L'indépendance du médecin est une condition indispensable de la confiance du malade. Que deviendrait cette confiance si le malade pouvait supposer que le diagnostic qui sera posé ou le traitement proposé ne seront pas le fruit de

l'examen mais le résultat de directives officielles, administratives ; que la thérapeutique choisie le sera non pas dans son intérêt mais dans un but de lucre ; que le conseil donné ne sera pas un conseil sincère mais prémédité pour servir les intérêts d'une tierce personne (employeur, parent ...).

Le médecin doit veiller aussi à son indépendance vis-à-vis du malade, savoir s'opposer aux prétentions injustifiées que celui-ci pourra avoir, ne pas se laisser arracher d'abusives prescriptions ou des certificats de complaisance et autres rapports tendancieux.

Il est enfin demandé au médecin de s'efforcer à l'indépendance d'esprit vis-à-vis de ses propres sentiments ; il se doit de « soigner tous les malades avec la même conscience, quelque soit leur situation sociale, les sentiments personnels qu'il ressent pour eux et leur moralité ».

Cette indépendance du médecin exprime une liberté d'action qui n'est pas un privilège mais bien la reconnaissance d'une responsabilité pleine et entière.

La liberté de choix établit également la confiance réciproque entre médecin et malade mais elle devient de plus en plus illusoire dans le cheminement qui conduit un patient d'un médecin à l'autre par simple transmission de confiance. Il n'est pas rare de constater combien les malades se laissent diriger au point de ne pas savoir le nom de celui qui les a examinés ou opérés !

Et que dire du libre choix dans le cadre d'une sectorisation géographique ou d'un conventionnement avec des entreprises ou des organismes assureurs ? Qu'il s'agit plutôt d'un choix encadré !

### 3. La liberté de prescription

Le malade attend que le médecin auquel il se confie le soigne selon les décisions de sa conscience et de sa compétence. Cette liberté de décision et de prescription est

grandement remise en cause par l'intervention des tiers payants et par les contraintes économiques nouvelles.

### 4. L'entente directe

Ce quatrième principe est le plus contesté et le plus délicat à défendre car les médecins peuvent paraître avoir le souci de leur intérêt et non de celui des malades. A l'inverse la médecine totalement gratuite peut être génératrice d'indélicatesse : le malade abuse des arrêts de travail, des demandes de congés etc.; le malade est mis en dette.

C'est dire que l'évolution de la médecine et de la société imposent une réflexion nouvelle sur les conditions du colloque singulier afin de lui conserver sa qualité privilégiée et de renforcer tant la confiance du malade que la conscience du thérapeute.

## CONCLUSION

En ces temps où nous assistons malheureusement trop souvent à des déficits d'humanité, de décence et de respect, il est important de rappeler en quoi la relation et la communication médicales demeurent garantes des valeurs de liberté, de dignité et de vérité. Les futurs médecins ne doivent pas seulement être formés à des prouesses techniques, mais aussi aux enjeux de la communication et à la valeur de la relation de qualité à la fois respectueuse, attentive, rigoureuse, donc fondamentalement responsable. Ils doivent aussi plus qu'avant être rappelés à des principes humanistes que les patients regrettent de voir s'évanouir.

Tous les membres du corps médical, sans exception, doivent oeuvrer pour porter remède, là où le mal génère désordre; cette mission, Ambroise Paré l'évoque dans sa formule : « guérir parfois, soulager souvent, accompagner toujours ».

*Henda Rais, Héra Rifi et Amel Mezlini, Service de médecine de l'Institut Salah Azaiez*

### I. INTRODUCTION

Chaque année en Tunisie, 10 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués. Malgré la fréquence de la maladie, rien n'est plus difficile que l'annonce du diagnostic de cancer qui traumatise en général celui qui le reçoit et le met dans un état de sidération et de choc.

Dans notre expérience, nous avons toujours hésité avant d'annoncer un diagnostic car souvent le malade arrive des autres consultations ignorant totalement ce dont il est atteint ou avec le mensonge d'une maladie bénigne. La famille de surcroît fait un mur de surprotection et s'oppose des fois formellement à ce qu'on dise la vérité.

Parfois, nous ne trouvons pas les mots justes, ou craignons la réaction du malade ou tout simplement ne prenons pas le temps de rendre ce moment plus «humain». Aujourd'hui, de manière générale, il n'est plus question de cacher la vérité.

#### **Mais comment la dire ?**

Le cancer est une maladie qui peut guérir, mais aussi évoluer, devenir chronique, avec des phases de rémission, de rechute et, dans certains cas, finir par être au-dessus de toute ressource

thérapeutique. **Comment alors gérer l'inquiétude des malades lors de l'annonce, mais aussi lors des différentes étapes de la maladie ?**

En 1961, 90% des médecins américains pensaient qu'il était préférable de taire le diagnostic à un patient atteint de cancer. En 1979, les chiffres se sont inversés : 97% pensent au contraire qu'il est nécessaire de considérer le patient comme un partenaire essentiel dans le déroulement des soins. La France a connu la même mutation des idées, dix à quinze ans plus tard.

Dans notre pays, la situation a évolué plus lentement. Dix ans plus tôt, la quasi-totalité des médecins cachait la vérité à leurs malades, aidés et soutenus par leur famille. Actuellement une partie de la vérité est annoncée avec tâtonnement, souvent le diagnostic mais jamais le pronostic. L'annonce de la maladie reste un traumatisme que les mots ne peuvent amortir, et ce moment est vécu comme une violente scission. Le patient bascule soudainement dans la maladie ainsi que dans le monde hospitalier, que le plus souvent il ne connaît pas. Tous les individus ne réagissent pas de la même manière, et tous les cancers ne se ressemblent pas. Le médecin peut cependant

parvenir à établir au plus vite une relation de confiance, qui sera précieuse au moment du traitement. Il importe donc qu'il sache accompagner ce choc, qu'il trouve les mots justes pour transmettre les informations nécessaires, et qu'il s'adapte au rythme psychique de son patient.

## II. MÉCANISMES DE DÉFENSE DU MALADE APRÈS L'ANNONCE

Pour mieux communiquer une mauvaise nouvelle, il est important de bien comprendre les phases psychiques que traverse le patient. Après l'annonce de sa maladie, il est le plus souvent confronté à une crise douloureuse qui prend fin au bout de trois mois.

Pour faire face à ces angoisses, le patient développe inconsciemment des mécanismes de défense :

- **Le déni.** Le patient n'entend pas le diagnostic, il le banalise ou refuse d'en parler (déni social et relationnel).
- **La maîtrise.** Le patient a besoin de contrôler la situation (recherche active d'informations).
- **La régression.** Le patient s'abandonne à un état de passivité et de dépendance, et s'en remet entièrement à l'avis de son médecin.
- **La colère.** Elle peut être dirigée contre la fatalité, contre une personne en particulier, ou contre l'équipe soignante.
- **La sublimation.** Elle se traduit par une forte combativité, et par l'envie de s'appuyer sur la maladie pour réaliser des projets jusqu'alors délaissés (écriture, vie associative, etc.).
- **Le transfert.** Le patient déplace son angoisse sur un autre objet, le plus souvent sur les effets secondaires du traitement, mais parfois aussi sur des objets très inattendus.

Au médecin de ne pas juger ces réactions mais de savoir les repérer et d'apprendre à varier ses méthodes de dialogue.

## III. MÉCANISMES DE DÉFENSE DU MÉDECIN

L'annonce de la maladie est également difficile pour celui qui la formule. C'est un poids lourd à porter, et le médecin peut donc être amené, lui aussi, à déployer des mécanismes de défense :

- **Ne rien dire.** Le médecin se réfugie dans le mensonge, évite les questions qui lui sont posées, ou cherche à rassurer exagérément son patient.
- **Tout dire.** Le médecin se décharge au plus vite de son diagnostic, qu'il livre alors sans prendre aucune précaution. Il arrive aussi qu'il rationalise à l'extrême son discours, en se réfugiant cette fois derrière un langage technique incompréhensible.
- Le médecin peut **projeter** sur son patient ses propres mécanismes de défense.

Prendre conscience de cette communication erronée incite à réfléchir avant l'annonce afin d'ajuster sa parole. Il faut également avoir à l'esprit que le dialogue entre médecin et malade n'est pas symétrique. Pour le patient, la maladie n'est pas une expérience quotidienne, qu'il peut contrôler grâce à un savoir. Elle fait au contraire irruption dans sa vie de manière brutale, et entraîne de très nombreuses questions. Le médecin peut aider son patient à intégrer progressivement son état, et à comprendre sa maladie.

La construction d'un climat de confiance entre médecin et patient n'est pas chose facile. La qualité d'écoute et le bon

sens sont des atouts majeurs, mais ils ne livrent aucune méthode définitive.

## IV. PROTOCOLE D'ANNONCE

L'annonce de la maladie est un moment décisif, dont dépendra la réussite de cette relation. Des cours de communication devraient être proposés, comme en Europe, aux médecins qui pourraient être confrontés à ce type de situation. Voici des réflexions sur les principes d'un protocole d'annonce :

- **La préparation :** Un diagnostic difficile à entendre ne s'annonce pas n'importe où. Il est par ailleurs très important de se mettre à la "hauteur" du patient : s'asseoir sur une chaise s'il est allongé, adapter son vocabulaire.
- **L'ouverture :** Se présenter. Savoir si le patient souhaite être accompagné, mais éviter la présence d'un tiers non souhaité. Expliquer le but de la consultation, dont il faut préciser les différentes étapes. Faire la part entre ce qui pourra être dit, et ce qui est encore en attente.
- **Sonder le patient :** Mesurer le chemin à parcourir entre la réalité médicale et l'imaginaire du patient, afin d'éviter un effet de sidération. Comprendre si la mauvaise nouvelle est anticipée, ou si elle est imprévue. Cela dépend souvent des symptômes du patient et des examens qui ont précédé la consultation. Il faut donc poser des questions, pour voir où en est exactement la prise de conscience du patient.
- **L'annonce «pas à pas» :** S'adapter à la vitesse d'intégration du patient, vérifier la compréhension des informations. S'y prendre à plusieurs reprises si nécessaire. Laisser le patient s'exprimer s'il en éprouve le besoin.
- **Ouvrir sur le futur :** présenter les investigations nécessaires et les traitements envisagés. Fixer un prochain rendez-vous. Résumer les points principaux de la consultation.

En pratique, les patients retiennent un tiers des informations données, le plus souvent ce qui a été dit en début et fin de consultation.

## V. CONCLUSION

En France, la consultation d'annonce a été programmée. Elle prévoit d'abord l'annonce du cancer lors d'une consultation longue, par un des médecins acteurs du traitement (oncologue, chirurgien...), pour informer le patient sur sa maladie, sur les alternatives thérapeutiques et pour lui faire savoir que son dossier va être soumis à une concertation d'expertise pluridisciplinaire.

Un rendez-vous, dans un délai le plus court possible, est alors proposé pour le deuxième temps de consultation où sera explicité le projet thérapeutique», peut-on lire dans le cahier des charges. Ce deuxième temps de la consultation médicale vise à «apporter au patient la garantie que la stratégie thérapeutique qui va lui être proposée s'est appuyée sur des protocoles validés et a été choisie en concertation entre plusieurs professionnels».

En Tunisie, il n'y a pas d'attitude standard, l'annonce est faite selon le profil psychosocial du patient et nous souhaitons mettre en place une consultation d'annonce à chaque étape de la maladie (diagnostic du cancer, échec thérapeutique, pronostic et pourquoi pas fin de vie) et ce en présence d'un membre souhaité de la famille et avec l'aide d'un psychologue et d'un onco-psychiatre.

*Henda Rais, Héla Rifi et Amel Mezlini, Service de médecine de l'Institut Salah Azaiez*

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur dix consultations d'annonce de diagnostic menées auprès des parents d'enfants cancéreux hospitalisés à l'institut Salah Azaiez de Novembre 2003 à Avril 2004.

Elles ont été programmées à la suite d'une convocation par le médecin de l'un ou des deux parents en la présence d'une tierce personne (psychologue et/ou résidente)

Lors de l'entretien nous avons utilisé des mots simples, du dialecte tunisien pour expliquer aux parents la maladie, la démarche thérapeutique, certains effets secondaires du traitement. Nous avons évité d'aborder la question du pronostic sauf si celle-ci a été posée directement par l'un ou les deux parents. Néanmoins nous avons précisé dans tous les cas qu'il s'agissait d'une maladie grave. Un premier entretien a permis d'évaluer le niveau de compréhension des échanges; ensuite à distance de l'entretien nous avons demandé aux patients leurs impressions, leurs critiques et leurs souhaits à propos de cette consultation d'annonce du diagnostic.

## 1. RÉACTION DES PARENTS

Tout d'abord nous n'avons pas noté de demande spontanée de renseignements concernant la maladie, le traitement et le pronostic. Ils ont tous attendu notre convocation.

Dans tous les cas au moins l'un des deux parents a été choqué, sidéré et nous avons eu l'impression que l'écoute était suspendue. Cette attitude s'est manifestée dans 8 cas par un silence larmoyant et dans 2 cas par un état d'agitation et de nervosité extrême interrompant tout échange.

Dans 4 cas/10 les parents n'ont posé que des questions superficielles. Le dialogue est resté de ce fait limité aux aspects extérieurs de la maladie taisant ainsi les questions de fond du pronostic. Aucun cas de révolte et refus de soins n'a été constaté.

## 2. CRITIQUES ET DEMANDES DES PARENTS

1. Tous les parents ont ressenti immédiatement après l'annonce du diagnostic un blocage qui les a empêché d'avancer dans les explications.
2. Dans un cas le nom donné à la maladie n'a pas été saisi, sans qu'aucune demande d'éclaircissement ne soit formulée. Nous l'avons appris à l'occasion de cette étude.
3. Dans 6 cas les parents ont exprimé un sentiment d'ambivalence. Ils ont voulu connaître la vérité mais n'ont pas trouvé le courage de demander des explications.
4. Bien que la majorité des parents ne se sentaient pas prêts à entendre la vérité, ils ont dit qu'ils étaient soulagés de l'avoir appris.

## 3. DISCUSSION

Bowly a décrit 2 phases qui se succèdent après l'annonce.

- Une phase d'engourdissement : les parents sont abasourdis, plus rien ne paraît réel.
- Une phase d'incrédulité : les parents se révoltent, refusent le diagnostic et veulent entreprendre diverses démarches

auprès d'autres spécialistes.

Nous avons retrouvé la phase d'engourdissement dans tous les cas, par contre la phase d'incrédulité est restée camouflée. Cependant nous pensons que certains parents au lieu d'aller consulter d'autres spécialistes, ont choisi d'entamer en parallèle une médecine traditionnelle.

Dans 4 cas sur 10, les parents se sont contentés de poser des questions superficielles évitant ainsi des questions de fond. Ce type de réaction est décrit par Cramer qui l'appelle « La collusion du silence » où l'attitude de la famille aboutit à ce que le dialogue reste limité aux aspects routiniers extérieurs de la maladie.

Nous n'avons pas noté de réactions comparables à celles observées par Oppenheim où les parents se posent la question "pourquoi lui ?" et cherchent des réponses mythiques.

Dans notre série les parents ont tous accepté le diagnostic et le traitement proposé par le médecin : Ceci pourrait être expliqué par la croyance religieuse qui imprègne les comportements des parents. D'ailleurs ils s'expriment souvent ainsi « C'est le choix de bon Dieu, nous l'acceptons »

Les recommandations des parents étaient :

- de différer l'annonce du diagnostic (7/10 ont affirmé qu'ils n'étaient pas prêts au début à entendre la vérité) ;
- Qu'elle soit faite de façon progressive,
- et qu'elle soit suivie d'entretiens psychologiques.

## 4. CONCLUSION DE L'ÉTUDE

Pour les parents, le mot cancer sous-entend la mort possible. La manière dont le diagnostic leur est présenté influence, non seulement leur réponse initiale mais aussi leur attitude et leur collaboration.

Il s'agit bien d'avantage d'entretenir une relation de vérité, c'est-à-dire une relation de confiance entre les parents le patient et le médecin. Il faut donc aborder la question de la vérité dans un cadre plus large, que celui de dire ou de ne pas dire.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bowly J. : La perte. PUF Paris,
2. Bukman R avec la collaboration de Yvonne Kason. L'art de communiquer les mauvaises nouvelles, édition Masson
3. Crame B. Feihl F. Palacio Espasa F. : Le diabète juvénile, maladie difficile à vivre et à penser. Psy. Enf, 1979, 22(1), 5-66.
3. Debray J.-R., Le malade et son médecin, éditions Flammarion, collection Médicale, 1965, p.62-63, 87-89, 233-234
4. Hoerni B. et Benezech M., L'information en médecine - Evolution sociale, juridique, éthique, éditions Masson, collection Abrégés, 1994
5. Oppenheim D. Entretiens avec des enfants cancéreux : Les sortis de l'exil. Ces temps modernes, 1990, 524, 1-16.
6. Saillant F., Cancer et culture - produire le sens de la maladie, édition Saint-Martin, 198
7. Spithakis R., La vérité et le cancer, éditions Resma, 1973, p.29, p.63
8. Lindsay E. Rockwell. Truthtelling. J Clin Oncol 2007 ; 25 (4) : 454-455
9. Armstrong J. Fellow suffering. J Clin Oncol 2004 ; 22 : 4425-4427

La réunion de coordination s'est tenue à Hammamet les 1er et 2 décembre 2007, en présence de la majorité des membres des Conseils de l'Ordre.

Outre les activités courantes en rapport avec les missions de l'Ordre, les sujets inscrits à l'ordre du jour étaient :

- l'exercice privé de l'imagerie médicale (introduction du sujet et animation : Dr E. Mnif) ;
- la réforme de l'assurance maladie, évaluation à (très) court terme de son entrée en vigueur (introduction du sujet et

animation : Dr F. Dérrouiche ; invités M. N. Gharbi, PDG de la CNAM et ses proches collaborateurs) ;

- l'exercice de l'anesthésie réanimation dans les secteurs public et privé (présentation par Drs Kammoun et M. Houissa, animation : Dr M. Hamrouni) ;
- le médecin et la justice : à propos de développements récents (introduction du sujet : Dr M. Jouini ; animation Dr M. Aloulou et Dr R. Gouider) ;
- reconnaissance de compétences (Dr M. Houissa).

### L'exercice de la radiologie : Introduction au débat de la réunion de coordination

L'exercice de l'imagerie médicale dans le secteur de libre pratique peut se faire dans le cadre :

- d'un cabinet individuel (réf. Code de Déontologie Médicale) ;
- ou d'un cabinet de groupe mono ou pluridisciplinaire (réf. Code de Déontologie Médicale) ;
- ou d'une société civile professionnelle (réf. Code de Déontologie Médicale) ;
- ou, dans certaines situations particulières (réf. décret n° 93-1915 du 31 août 1993), d'une clinique monodisciplinaire gérée selon une « forme commerciale » (SARL ou SA), avec les avantages qui se rattachent à cette situation (publicité, avantages fiscaux, ouverture de capital) ; ce statut est conféré aux centres d'imagerie médicale équipés de matériels lourds.

Ainsi selon leur niveau d'équipement deux types de centres de radiologie coexistent : les cabinets équipés de matériels conventionnels (auxquels s'appliquent les seules dispositions prévues par le Code de Déontologie Médicale) et les centres

équipés de matériels dits « lourds », soumis à autorisation préalable du Ministère de la Santé Publique, régis par certaines dispositions spécifiques aux sociétés commerciales.

Cette situation a - au fil du temps, de l'évolution des technologies et des protocoles de prise en charge d'une part, du progrès social d'autre part-engendré un certain nombre de difficultés et a créé une sorte d'inégalité entre les professionnels - de plus en plus nombreux - d'une même spécialité elle-même « éclatée » en multiples « branchés ». Plusieurs solutions sont envisageables ; une commission a été créée au Ministère de la Santé Publique, au sein de laquelle le Conseil National de l'Ordre des Médecins est représenté (Dr E. Mnif), pour en débattre.

Le rapport du Dr E. Mnif (qui fait le point sur la démographie des professionnels de la radiologie et dresse le bilan de la situation de l'exercice et des textes le réglementant) sera publié dans le prochain numéro du Bulletin.

### Le médecin et la justice : Recommandations aux confrères

Il est rappelé aux confrères :

1. s'ils sont *médecins traitants* : de veiller à la qualité des soins, en référence aux données de la science et au « dogme » de l'obligation de moyens ; de tenir un dossier médical documenté des données personnelles de leurs clients ; d'informer ces derniers des modalités et de la justification de la prise en charge (conduite du diagnostic et du traitement, tarification) et d'obtenir leur consentement

(noté sur le dossier ; voire manuscrit, détaillé et signé dans certaines circonstances) pour les conduites proposées.

2. s'ils sont *médecins experts* : de prendre de la « distance » par rapport à l'objet et au contexte de l'expertise, et de travailler - autant que nécessaire - « en équipe » : se récuser ou demander l'assistance d'experts est faire preuve de responsabilité, non un aveu d'incompétence (art. 32 de la CDM).

### La réforme de l'assurance maladie : Evaluation à (très) court terme

A l'occasion de la réunion périodique de coordination, le Conseil de l'Ordre a invité le PDG de la CNAM à débattre avec les conseillers, représentants, de la profession dont ils sont les élus, des difficultés - en vue de les aplanir - et des avantages - pour s'en féliciter - engendrés par la mise en place du dispositif de la réforme de l'assurance maladie.

Le débat a été l'occasion d'un échange -respectueux et se

voulant constructif - d'informations, d'idées et d'expériences. Ont été notamment évoqués :

1. l'impact de la réforme sur l'accès aux soins et sur le volume des prestations effectués par les médecins : bénéfique pour certaines spécialités et dans certaines régions, moins profitable pour d'autres.
2. les délais importants nécessités par la procédure de prise

- en charge des APCI.
3. les remboursements de frais effectués avec un certain retard.
  4. les formalités de la facturation par les cliniques insuffisamment maîtrisées en raison de leur complexité.
  5. l'encombrement de certains bureaux de la CNAM.
  6. le personnel de la CNAM insuffisamment formé sur les procédures et qui se départit parfois d'une certaine neutralité.
  7. les méthodes trop « actives » employés – par des responsables de la CNAM – pour inciter les confrères, APC ou autres, à adhérer à la convention.
  8. le comportement de certains médecins-contrôleurs : autoritaires, gardent les originaux (radio, résultats d'examen...) ; se réfèrent à des protocoles de prise en charge qui ne seraient pas reconnus par les sociétés

- savantes ; trop « dépendants » des intérêts de leur administration.
9. l'incitation de la CNAM à ne pas jouer sur les divergences (d'attitudes !) entre médecins pour les opposer et l'appel à l'Ordre des Médecins pour œuvrer à l'union et à la confraternité des rapports.
  10. la signalisation à la clientèle de la qualité de « médecin conventionné » : le CDM est la référence ; la convention CNAM/médecin de libre pratique ne le contredit pas.
  11. les équilibres financiers à court et à long terme et la capacité de la caisse à assumer une dépense appelée à augmenter notamment lorsque la gamme des prestations donnant lieu à des remboursements conséquents sera élargie, ce qui est le cas par exemple de l'anesthésie réanimation et de certains actes de chirurgie.

Coordination

## Compétences : Mise au point

La commission de « qualification » qui se réunit tous les mois comprend, outre l'Ordre des Médecins (qui en assure la présidence et le secrétariat) des représentants des Facultés de Médecine.

Les décisions de validation des compétences «qualifiantes» pour l'exercice, pouvant être mentionnées (à l'exclusion de toutes les autres) sur les plaques et ordonnances, sont prises en tenant compte de critères pédagogiques (diplôme dont la validité est attestée par une institution universitaire, faculté de médecine, agréée à cet effet par l'autorité de tutelle) et

administratifs (en référence aux listes de compétences pour un généraliste et pour un spécialiste figurant dans les arrêtés parus au JORT).

Les demandes - quelque soit la durée des études, ou l'intitulé du diplôme - ne satisfaisant pas à l'une ou à l'autre de ces conditions sont rejetées car ne répondant pas aux normes définies par la législation. Toutefois, l'Ordre rappelle aux confrères leur « devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances » et d'élargir le champ de leurs compétences.

### Liste des compétences (selon les arrêtés)

Généralistes	Spécialistes
Allergologie, Angiologie, Acupuncture, Homéopathie, Hémodialyse, Médecine appliquée au sport, Médecine aéronautique. Gériatrie, Prise en charge des urgences, Phytothérapie, Crénothérapie, Sexologie, Handicap et réhabilitation des handicapés, Réparation juridique du dommage corporel, Toxicologie, Santé publique, Maladies professionnelles, Médecine subaquatique et hyperbare, Hygiène hospitalière.	Allergologie, Angiologie, Acupuncture, Homéopathie, Médecine appliquée au sport, Médecine aéronautique, Sexologie, Gériatrie, Médecine d'urgence, Handicap et réhabilitation des handicapés, Andrologie, Proctologie, Phytothérapie, Crénothérapie, Echocardiographie, Médecine subaquatique et hyperbare, Hémodialyse, Réparation juridique et dommage corporel, Toxicologie.

Coordination

## L'exercice de l'anesthésie-réanimation dans les secteurs public et privé

Au terme de trente années de "services" au bénéfice du citoyen, aussi bien dans le secteur public que privé, l'anesthésie réanimation a acquis ses lettres de noblesse. Le rôle essentiel du médecin anesthésiste réanimateur (MAR) dans l'équipe de soins ne lui est plus contesté même si parfois des conflits continuent à apparaître liés à l'interpénétration des tâches et des responsabilités. La contribution de la Société Tunisienne d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation (créée en 1983, très active sur le plan scientifique) à la reconnaissance et au prestige de la spécialité est considérable. Ce dossier fait le point sur l'exercice de la profession, recense les difficultés et propose des solutions permettant de les surmonter.

### A. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

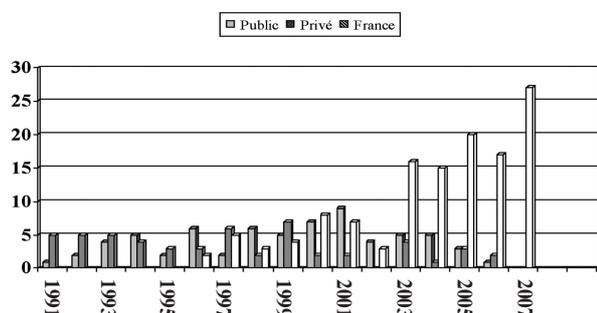
Au 31/10/2007, le nombre des spécialistes exerçant en Tunisie est de 191, dont 115 (près de 60%) exercent dans le secteur privé, et 76 (près du tiers) dans le secteur public (tableau 1 et fig. 1); 36 sont en "stage" de perfectionnement à l'étranger. Les anesthésistes réanimateurs qui demandent l'inscription à l'Ordre des Médecins étaient 11 à 12 fois moins nombreux en 1987 qu'en 2007 (fig.2). Malgré cette explosion démographique, les taux sont en deçà des normes recommandées (1 anesthésiste réanimateur pour 3 chirurgiens en France contre 1 pour 9 en Tunisie) particulièrement dans le secteur public. Toutefois ce déficit pourrait être comblé à court terme ; la « réserve en MAR »,

pouvant être mobilisés à cet effet, comprend les résidents en cours de formation en Tunisie (au nombre de 110), ceux envoyés en stage de perfectionnement et dont certains retardent leur retour (36), et aussi les MAR tunisiens exerçant actuellement en France (127 ont été recensés).

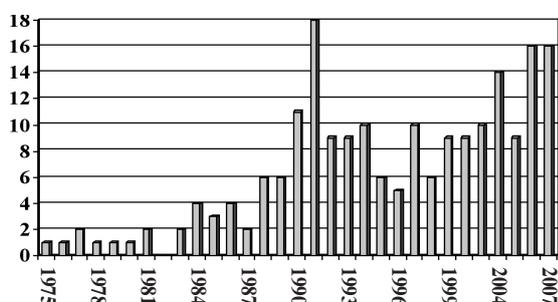
**Tableau 1 :** Répartition des médecins anesthésistes réanimateurs en exercice selon leur mode d'exercice (Situation au 31/12/2007)

Secteur Public	
Hospitalo-universitaire	56
Hospitalo-sanitaire	9
Militaire	11
<b>Secteur public (total)</b>	<b>76</b>
<b>Secteur libéral (total)</b>	<b>115</b>

**Fig. 1 :** Répartition selon le mode d'exercice



**Fig. 2 :** Inscriptions annuelles (de 1975 à 2007) de MAR au tableau de l'Ordre des Médecins



## B. L'EXERCICE DANS LE SECTEUR LIBERAL

Au cours des vingt années écoulées, la pratique libérale de l'anesthésie réanimation s'est considérablement développée. Parallèlement à cet essor, la "profession" a été sollicitée à différentes reprises d'intervenir pour prononcer son arbitrage – et ce en l'absence de références juridiques spécifiques, explicites – dans des situations de conflit entre les spécialistes en anesthésie réanimation ou entre les dits spécialistes et les dirigeants d'établissements de soins.

### Etat des lieux ; recensement des problèmes

1. L'exercice du Médecin anesthésiste de libre pratique se fait presque exclusivement dans les cliniques dans un cadre conventionnel; la convention est visée par le Conseil régional de l'Ordre des Médecins. Cette

convention est en quelque sorte une autorisation d'exercice et d'installation au sein de la clinique concernée; or selon la loi seul le médecin directeur de la clinique a le droit de s'installer dans la clinique.

2. Bien que les cliniques soient ouvertes aux médecins dont l'intervention est sollicitée par un patient et/ou un confrère, ceci n'est pas le cas pour l'anesthésie. Dans les faits un médecin anesthésiste a peu de chance de pouvoir exercer s'il n'a pas de contrat avec la clinique ou s'il n'en est pas actionnaire.
3. Tout acte d'anesthésie est susceptible de modifier les fonctions vitales (anesthésie générale, locorégionale, sédation...); il s'agit donc d'un acte médical impliquant la présence d'un médecin anesthésiste. On ne peut concevoir un établissement de soins (clinique) avec service de réanimation et bloc opératoire sans la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur. Ceci n'est pas toujours le cas (l'anesthésie étant souvent faite par/avec des techniciens ou sans délégation du médecin anesthésiste).

### Solutions proposées :

A la lumière des recommandations émises par la Société Tunisienne d'anesthésie, d'algologie et de réanimation lors de son congrès de 2007, une stratégie permettant de réglementer l'exercice privée de l'anesthésie réanimation et de constituer un cadre pour la résolution des conflits est proposée.

L'exercice de l'anesthésie-réanimation (A.R) a des spécificités qui le distinguent des autres spécialités. Ces spécificités découlent de l'absolue exigence d'assurer la sécurité du patient tout au long de sa prise en charge à savoir :

- A l'étape préparatoire ;
- Au moment de l'intervention ;
- A l'étape post opératoire
- Pour une éventuelle réanimation.

La primauté de la sécurité du patient amène donc à la révision des règles modulant l'exercice libéral en vue de leur adaptation aux impératifs de l'assurance de qualité des soins en AR, tout en veillant à ne pas empiéter sur les prérogatives des autres spécialités et celles des gestionnaires des établissements de santé.

La sécurité du patient impose qu'il soit pris en charge par une équipe de médecins A.R. solidaires, en nombre suffisant installés dans l'établissement, organisés dans le cadre d'un "service" sans hiérarchie imposée, mais dont le fonctionnement pourrait être régi par un règlement intérieur accepté, outre les AR eux-mêmes, par leurs partenaires, médecins et gestionnaires ; ce règlement s'impose à tous.

Cette refondation de l'exercice libérale en AR implique que soient régulés :

- Les besoins en médecins A.R. de chaque établissement, établis en fonction de normes (négociées à l'échelle nationale entre les partenaires et figurant dans un cahier de charges validé par l'autorité de tutelle) prenant en compte :
  - o Le nombre de lits (consacrés aux activités chirurgicales et à la réanimation) ;

- o Le nombre de salles d'opération;
- o L'activité chirurgicale;
- o L'activité obstétricale
- o L'activité de réanimation.

• La relation contractuelle entre les MAR et leur environnement de travail : La création d'une équipe d'anesthésie réanimation dans l'établissement et sa stabilité, sa constance ne peuvent être assurées que par des contrats réglementant la relation entre le médecin A.R. et l'établissement d'une part, et entre médecins A.R. eux-mêmes d'autre part.

#### **Commentaires :**

L'application des mesures proposées soulève un certain nombre de questionnements a engendré des débats entre experts, débat dont la teneur est résumée ci-après :

#### • Contraintes de la réglementation :

Bien qu'il s'agisse d'un exercice libéral, la spécificité de l'A.R. et la sécurité du patient imposent de travailler en équipe ; un médecin A.R. seul ne peut assurer la responsabilité de la continuité des soins de l'opéré jusqu'à sa sortie; il doit obligatoirement coopérer avec d'autres médecins A.R.

Par ailleurs la notion du libre choix du médecin par le malade doit passer au second plan dans la mesure où le malade (opéré ou en cours de réanimation), du fait de l'instabilité de son état, ne peut exiger une prise en charge par le médecin de son choix tout au long de la durée de son séjour; il doit consentir à ce que, dans son intérêt, le médecin A.R. qu'il aurait choisi puisse déléguer à un autre confrère la responsabilité de la surveillance.

La liberté qu'a le chirurgien de choisir le médecin A.R. avec qui il coopère doit être nuancée (toujours à cause du fait que l'A.R. ne peut être exercée que par une équipe) ; toutefois la constitution de l'équipe d'A.R. doit tenir compte de l'avis des chirurgiens et des autres spécialistes exerçant dans l'établissement.

#### • Devoirs du médecin A.R. vis-à-vis de l'établissement :

Le médecin A.R., est tenu de respecter la législation relative à l'exercice professionnel et au fonctionnement des établissements privés, ainsi que le règlement intérieur de l'établissement.

#### • Les contrats :

La relation entre la clinique et le médecin est régie par un contrat. Il ne s'agit nullement d'une concession faite par la clinique au médecin A.R. en contrepartie d'avantages financiers. En effet, et bien que l'établissement est la propriété d'une personne physique ou est une S.A.R.L., l'activité qui s'y pratique n'est pas d'ordre commercial ; il s'agit de prodiguer des soins à des patients et cette pratique ne répond qu'aux normes de la profession (code de

déontologie) et aux textes législatifs.

*L'indépendance* professionnelle du médecin doit être préservée; elle ne peut l'être que si le contrat ne met pas le médecin A.R. en situation de précarité. Le libellé du contrat doit refléter les principes énoncés ci-après :

- Il s'agit d'un contrat de carrière : Il prend fin lors du départ du médecin A.R. à la retraite. Il ne peut être résilié que si le médecin A.R. a été sanctionné (interdiction d'exercice) par le conseil de discipline de l'Ordre des médecins. Au cas où l'établissement décide la rupture du contrat il doit verser une indemnité au praticien.
- L'exclusivité doit être déclarée: Sans clause d'exclusivité le contrat devient caduc car l'activité du (des) médecin(s) A.R. peut être menacée par l'arrivée d'autres médecins A.R.
- La protection des droit acquis : la nouvelle réglementation doit préserver la situation des médecins A.R. exerçant actuellement dans le secteur libéral. Cependant ces médecins A.R. doivent obligatoirement étoffer leur équipe (le cas échéant) en fonction des normes nouvellement établies. Il est évident que les nouvelles associations créées doivent aboutir à des équipes homogènes et solidaires.

## **C. L'EXERCICE DANS LE SECTEUR PUBLIC**

Les services autonomes d'anesthésie-réanimation créés dans la plupart des hôpitaux universitaires – les hôpitaux régionaux en sont dépourvus – souffrent d'un manque flagrant de moyens :

- le personnel médical est insuffisant en deçà des normes (1-2 médecins AR/chirurgiens selon l'OMS).
- la salle de réveil, l'unité de réanimation, quand elles existent, ne répondent pas aux normes de sécurité;
- les locaux administratifs (bureaux, salle de réunion, salle des consultations, archives) sont absents ou éparpillés sur plusieurs endroits.

Il convient donc de pourvoir à ces insuffisances:

- En procédant à une concertation entre l'administration et les praticiens devant déboucher sur un diagnostic de situation, à l'évaluation des besoins et sur des programmes spécifiques (à moyen et long terme) en vue de la satisfaction de ces besoins ;
- A court terme, achèvement des projets en cours dans les hôpitaux universitaires visant à pourvoir aux déficits en locaux "administratifs", en département, en unités de réanimations (outre les salles de réveil);
- La mise en place « d'incitatifs » pour recruter des cadres pour tous les hôpitaux publics; les jeunes spécialistes ont tendance à choisir l'exercice libéral en Tunisie ou l'émigration ("le stage" à l'étranger se transforme le plus souvent en séjour... prolongé").

*(Dossier préparé par Dr R. Kammoun et Dr M. Houissa, anesthésistes-réanimateurs, membres du CNOM)*

Extraits de la conférence du Dr A. BANASR, prononcée aux journées de gynécologie obstétrique, Tunis 10 juin 2006

## A. RECOMMANDATIONS AUX EXPERTS

- L'expert doit être conscient de l'importance de sa responsabilité. Il n'accepte de participer que s'il possède les connaissances et l'expertise nécessaires pour présenter une évaluation optimale ; sinon, il se récusé ;
- Avant de présenter son opinion, il évalue sa propre capacité de le faire en tant que vrai pair, pratiquant dans des circonstances et à une époque comparable à celle du défendeur, il doit déclarer sa compétence en autant qu'elle est pertinente ;
- Il évalue les soins donnés au patient, par rapport aux normes de soins en vigueur au moment des faits à partir des lignes directrices des sociétés savantes ; en l'absence de lignes directrices, il énumère les normes pertinentes
- Il exprime son opinion sur le comportement qu'on pourrait raisonnablement attendre d'un autre médecin, dans des circonstances semblables, dans la mesure où les situations cliniques peuvent être gérées correctement de plusieurs façons différentes ;
- Il exprime des opinions plausibles qui pourront être appuyées par d'autres pairs ;
- Il doit être prêt à subir un contre-interrogatoire assermenté comprenant :
  - une revue de tous les éléments contenus dans le rapport
  - des questions sur les qualifications permettant au médecin d'exprimer une opinion sur le cas et la crédibilité de l'opinion exprimée.

## B. LA REDACTION DU RAPPORT D'EXPERTISE

Le rapport écrit d'expertise comprend différentes parties :

1. **En préambule**, le médecin s'identifie, précise son domaine de pratique au moment où l'incident objet du rapport s'est produit et ce qu'il est à l'heure actuelle, indique le nombre d'années d'expérience dans le domaine relié au cas, précise le cas échéant le nombre d'années écoulées depuis qu'il n'a pas pratiqué dans le domaine précis relié au cas, déclare à quel centre hospitalier il est affecté, précise tout autre aspect de sa pratique pouvant avoir un rapport avec le cas :
2. **Il précise la mission** qui lui est confiée, il dresse la liste des pièces qui lui ont été communiquées.
3. Il rédige ensuite un **résumé** des faits contenus dans le matériel qu'il a passé en revue, sans parti-pris.
4. Il identifie les **problèmes en cause** ; pour chaque problème, il donne son opinion sur les soins fournis par comparaison avec des normes recommandées. Si certains faits ne lui sont pas connus au moment où il écrit son rapport et si son opinion est susceptible d'être influencée par la connaissance de ces autres faits, il doit clairement le spécifier dans cette partie de son rapport

Il doit indiquer **les raisons** motivant son opinion et fournir les références appropriées : un manuel reconnu, des articles de revue précis, des lignes directrices énoncées par une société savante, des pratiques cliniques généralement utilisées dans le

domaine pertinent. Il ne doit pas oublier les variations biologiques.

Une analyse du rapport de cause à effet entre soins fournis et l'issue clinique doit être faite.

Il est important que, le cas échéant, le médecin déclare qu'il ne voit aucun rapport entre la qualité des soins et l'issue clinique, particulièrement s'il est d'avis que les normes de soins étaient respectées, même s'il conclut que les services offerts étaient inférieurs à la norme. Des issues néfastes ne sont pas nécessairement le résultat de soins inférieurs.

## C. DE LA FAUTE MEDICALE (RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS)

La faute médicale « présumée » doit être analysée relativement à **l'obligation de moyens** et non de résultat et envisagée **in concreto**, c'est-à-dire en fonction des conditions normales d'exercice.

La survenue d'un accident à la suite de soins médicaux ou d'un acte technique, diagnostique ou thérapeutique, n'engage pas nécessairement la responsabilité du médecin dès lors qu'il a pris toutes les précautions qui s'imposent et agit selon les règles de l'art.

Toutefois l'universalité du diplôme de Docteur en Médecine ne saurait justifier de la part du médecin la réalisation d'un acte pour lequel il n'aurait pas la compétence requise. La survenue d'une complication au décours d'un acte technique pour lequel le praticien ne pourrait justifier d'une compétence suffisante par la formation qu'il a suivie peut entraîner sa responsabilité.

*De nombreux éléments peuvent être constitutifs d'une faute ; ces éléments diffèrent selon qu'il s'agit d'un acte de consultation simple ou d'un acte technique diagnostique ou thérapeutique*

- **L'acte de consultation simple** aboutit, à la suite de l'interrogatoire et de l'examen du patient, à quelques prescriptions biologiques ou techniques simples et à une prescription thérapeutique. Dans cette éventualité, l'élément constitutif d'une faute peut être l'erreur de diagnostic, à condition que cette erreur soit patente, (« grossière ») et qu'il soit démontré que les moyens adéquats (« normaux ») n'ont pas été mis en œuvre.
- **Quant à l'acte technique diagnostique ou thérapeutique** on peut distinguer dans son déroulement trois périodes : avant, pendant, après.

### a. Avant l'acte médical

*La faute peut intervenir essentiellement à deux niveaux : celui du bien fondé de l'indication, et celui de l'information préalable et du consentement éclairé.*

*La prescription, l'investigation ou l'intervention ne doivent être pratiquées que dans la mesure où elles sont nécessaires et où le bénéfice est supérieur aux inconvénients et/ou risques. Toutefois, il faut tenir compte des circonstances dans lesquelles l'indication a été posée pour en apprécier tous les éléments : urgence, pronostic vital en jeu, état du patient, âge. Quant au défaut d'information préalable – pour un*

consentement éclairé – il peut être constitutif d'une faute en cas de complication.

#### **b. Pendant l'acte médical**

L'intervention du médecin doit être effectuée dans des conditions de sécurité optimales et réalisée selon des techniques éprouvées ; des innovations dont les résultats ne sont pas validés par une pratique suffisante pourraient engager la responsabilité du médecin.

Les conditions de réalisation de l'acte doivent répondre à des critères de qualité précis prenant en compte l'aspect pratique et également le respect des dispositions réglementaires relatives aux :

- **Locaux** : conformes aux dispositions réglementaires, adaptés aux investigations ou soins réalisés ;
- **Personnel** : qualifié, expérimenté ;
- **Matériel** : en parfait état, régulièrement entretenu,
- **Chronologie des événements et protocoles respectés.**

#### **c. Après l'acte médical**

- Une fois le geste réalisé, le médecin est tenu de s'assurer que les suites se déroulent selon les normes requises ; la surveillance du malade se fait selon un protocole précis permettant de détecter les complications qu'elles soient immédiates ou retardées.
- L'information du malade orale ou écrite est le complément indispensable à l'information délivrée avant l'examen. Le patient doit être capable d'en tirer tout le profit nécessaire, par un message oral et écrit.

Il n'y a **dommage** qu'à la condition que l'état présenté par le malade soit différent (dans le sens d'une aggravation) de celui qu'il aurait s'il n'était que la conséquence

- de la maladie présentée,
- de l'état antérieur,
- d'une circonstance intercurrente indépendante de l'acte pratiqué.

Exercice Médical

## **ORGANISATION DES SERVICES DE MEDECINE D'URGENCE DANS LE SECTEUR PRIVE**

Les services de médecine d'urgence dans le secteur privé sont destinés à assurer, aux citoyens, la permanence des soins médicaux dans le secteur libéral. Outre les services créés au sein des cliniques, les gardes sont organisés soit sous forme d'une société civile professionnelle (SCP), soit et, à titre transitoire, par une collectivité publique locale et ce en l'absence d'une SCP dans la circonscription concernée. Chaque garde médicale doit disposer des équipements nécessaires pour l'examen complet des malades ainsi qu'aux premiers soins urgents.

La permanence est assurée par des médecins de libre pratique et en priorité par ceux installés dans la même circonscription que l'urgence ainsi que par des médecins dits « sans activité » inscrits au tableau de l'Ordre. En dehors des gardes médicales des cliniques, il ne peut être créé qu'un seul service de médecine d'urgence par circonscription municipale ; un médecin de libre pratique ne peut participer qu'à un seul service de médecine d'urgence. L'exercice médical est réglementé par un engagement (écrit) pour une période d'une année reconductible sauf dénonciation par l'une des parties. Cet engagement conforme à un modèle type établi et fourni par l'Ordre des médecins, doit être déposé au conseil régional pour visa.

Durant leurs gardes, et sous réserve d'avoir été appelés à effectuer des visites à domicile, les médecins doivent être présents dans les locaux du service de médecine d'urgence.

*Dr. MAKNI Mounir Youssef (CROM Tunis)*

Le gérant de la SCP ou le médecin coordinateur a la charge de répartir équitablement les gardes entre les médecins concernés, il établit un tableau de garde mensuel et l'envoie au Conseil Régional avant le début de chaque mois. La garde est assurée de 20 heures à 8 heures en semaine et durant 24 heures les dimanches et jours fériés. Au cours de leurs gardes, les médecins perçoivent directement les honoraires, déduction faite des frais d'exploitation dont le montant ne doit pas dépasser 25% de ces honoraires.

Une **évaluation** des services implantés dans le grand Tunis – basée sur le suivi des dossiers et sur l'analyse des plaintes émanant de médecins, de gérants ou de directeurs de cliniques - aboutit à la conclusion que peu de gardes médicales sont rentables, et ce en raison du faible nombre des consultants, exception faite des grandes cliniques et des plus anciennes SCP. Généralement l'objectif principal visé par les instigateurs de ces projets n'est pas en priorité l'organisation de la permanence des soins, mais plutôt une opportunité de recruter et d'augmenter leur clientèle de sorte que le fonctionnement du service des urgences l'apparente à un cabinet secondaire.

Le Conseil Régional qui a la charge de la gestion des gardes médicales, met à la disposition des intéressés des modèles types des statuts de la SCP, du conventionnement ainsi que la liste des pièces constitutives du dossier d'ouverture d'un service de médecine d'urgence.

Exercice Médical

## **PLACARDS PUBLICITAIRES PARUS DANS LA PRESSE NATIONALE**

Suite à la parution dans certains journaux de placards faisant la publicité pour des actes de chirurgie esthétique et de chirurgie ophtalmologique en indiquant les tarifs (en euros) le Conseil de l'Ordre des Médecins attire l'attention

des confrères, particulièrement les directeurs (médecins) de cliniques sur le fait que l'annonce des tarifs – vraisemblablement forfaitaires incluant le coût de l'acte médical – contrevient aux principes de notre déontologie

médicale notamment les articles 10 (paiement direct des honoraires par le malade), 16 (la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce), et 11 (indépendance professionnelle) du code de déontologie.

En conséquence, l'Ordre des Médecins invite Messieurs les Médecins Directeurs et Messieurs les Médecins Directeurs

Techniques à entreprendre toute action visant à mettre un terme à cette pratique, non-conforme à la déontologie, qui porte atteinte à la noblesse de notre profession et contribue à dégrader son image auprès du public.

Exercice Médical

## AFFICHAGE PAR LES MEDECINS DE LA QUALITE DE MEDECIN CONVENTIONNE AVEC LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE-MALADIE (CNAM) : Position de l'Ordre

La convention sectorielle conclue entre la CNAM et le Syndicat Tunisien des Médecins libéraux (STML), approuvé par l'arrêté du Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger, en date du 06/02/2007, mentionne en son article 25 que : « Dès réception de la notification de l'adhésion le médecin est tenu d'en informer le public en affichant à l'entrée de son cabinet la mention : *médecin conventionné avec la caisse d'assurance maladie* ».

L'article 25 sus-citée précise une disposition figurant dans la convention cadre régissant les rapports de la CNAM avec les prestataires de soins de libre pratique – approuvée par arrêté du Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger, à la date du 22/02/2006 - . En effet l'article 13 de la convention-cadre stipule que « *les prestataires de soins de libre pratique sont tenus d'informer le public de leur conventionnement avec la CNAM* ».

Or, le décret 93-1155 portant Code de Déontologie Médicale précise les indications que le médecin est autorisé à afficher sur la porte de son cabinet ou bien à l'entrée de l'immeuble.

**Article 24 :** *Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur la plaque apposée à la porte de son cabinet ou à l'entrée de l'immeuble l'abritant sont : le nom, le prénom, les titres, les qualifications, les jours et heures de consultation. Cette plaque ne doit pas dépasser 25 cm sur 30 cm.*

*Sur la porte de son domicile, les seules indications qu'un médecin est autorisé à porter sont, le nom et prénom précédés du titre de « Docteur » quelque soit son mode d'exercice.*

Afin de permettre aux confrères de concilier entre les injonctions du Code de Déontologie Médicale et les recommandations de la convention sectorielle, l'Ordre des Médecins précise ce qui suit :

**La mention «médecin conventionné avec la caisse d'assurance maladie» doit être affichée à l'intérieur des locaux qui font suite à la porte principale d'entrée du cabinet.**

Ainsi les intérêts de chaque médecin seront sauvegardés et les litiges évités.

Dossier

## DEMOGRAPHIE MEDICALE : CONDENSE

(Source tableau de l'ordre des médecins)

### 1. Evolution des effectifs des médecins (selon le sexe et la spécialité) inscrits au TOM de 2000 à 2006

En 2006, les médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins (TOM) sont au nombre de 13347; entre 2000 et 2006, ces effectifs ont augmenté de 42%. Le nombre de nouveaux médecins inscrits au TOM chaque année est compris entre 600/700.

Plus de 80% ont été formés dans les facultés tunisiennes, 7 % en France, 3% en Algérie, 2% dans les pays de l'Est de l'Europe, le reste dans des établissements d'Europe et même d'Asie ou d'Amérique

Année (au 31/12 de l'année)	Généralistes			Spécialistes			Total général
	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total	
2000	1799	3510	5309	1036	3009	4045	9354
2001	1999	3708	5707	1141	3129	4270	9977
2002	2212	3869	6081	1228	3254	4482	10563
2003	2434	4038	6472	1343	3384	4727	11199
2004	2655	4238	6893	1462	3569	5031	11924
2005	2917	4433	7350	1562	3731	5293	12643
2006	3132	4657	7789	1667	3891	5558	13347

### 2. Répartition des médecins inscrits au TOM par sexe et catégorie d'âge (au 31/12/2006)

La médiane des âges est proche de 54 ans. Les plus de 50 ans représentent moins du quart de l'effectif global; les moins

de 40 ans sont au nombre de 5092 soit près de 40% du total. Un peu plus du tiers (36%) est de sexe féminin.

Catégorie d'âge	Féminin	Masculin	Total
25-30	250	103	353
31-35	1266	918	2184
36-40	1127	1428	2555
41-45	955	1578	2533
46-50	538	1621	2159
51-55	418	1562	1980
56-60	163	714	877
61-65	42	285	327
> 65 ans	41	338	379
Total	4800	8547	13347

### 3. Spécialités comptant un nombre de praticiens supérieur à 100 (au 31/12/2006).

Les spécialités dont le nombre d'inscrits dépasse (parfois de très loin) 100 médecins sont au nombre de 15 soit :

SPECIALITE / EXERCICE	Libre Pratique	Secteur Public	Autres secteurs*	Total
Gynécologie Obstétrique	431	132	54	617
Pédiatrie	262	234	59	555
Ophthalmologie	221	114	38	373
Chirurgie Générale	151	146	20	317
Radiologie Diagnostique	155	107	49	311
Cardiologie	133	99	41	273
Oto-rhino-laryngologie	129	83	24	236
Gastro-entérologie	136	75	19	230
Anesthésie Réanimation	99	78	45	222
Pneumologie	110	85	26	221
Dermatologie	122	65	22	209
Psychiatrie	89	75	26	190
Orthopédie	83	73	4	160
Urologie	86	39	15	140
Rhumatologie	56	50	12	118
Médecine Interne	36	55	9	100

### 4. Répartition des médecins spécialistes/généralistes inscrits au TOM par secteur d'activité, catégorie d'âge au 31/12/2006

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

\* Inscrits au TOM, la majorité des résidents n'est pas inscrite au TOM (pas de thèse ...).

\*\* En outre 27 médecins, initialement inscrits au TOM ont à leur demande été radiés du dit tableau.

## ACTUALISATION DES DONNEES INDIVIDUELLES FIGURANT AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS (TOM)

Si depuis votre inscription au TOM (qui équivaut à l'autorisation d'exercer la médecine) ou plus récemment, un changement est intervenu dans un des paramètres vous concernant figurant au TOM : nom de famille (changement de nom), statut social (mariage par exemple), lieu d'exercice, modalités de cet exercice (par exemple de

« sans activité » à actif dans le secteur public ou privé ou de médecin « généraliste » à « spécialiste en... » etc),

**Veillez nous en informer par courrier postal ou par mail adressé à [cnom@planet.tn](mailto:cnom@planet.tn).**

## ELECTIONS AUX CONSEILS REGIONAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS

Les élections en vue du renouvellement de la moitié des membres des conseils régionaux de l'Ordre des médecins auront lieu à Béja, Gabès, Sfax, Sousse et Tunis le samedi 12 janvier 2008 selon des modalités (appel à candidature et conditions d'éligibilité, lieu des élections) qui vous seront communiquées par voie de courrier personnel, de presse et du site Internet de l'Ordre.

A la même date se déroulera le scrutin qui permettra l'élection des membres du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Gafsa, créé par décret n°2225 du 7 août 2006.

Vous êtes invité à faire acte de candidature (si vous le souhaitez) et à profiter de votre droit à voter pour le candidat de votre choix.

## RENCONTRE AVEC MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

L'Ordre des Médecins a été reçu, le lundi 29 octobre 2007 par Monsieur le Ministre de la Santé Publique. Les membres de la délégation lui ont présenté les différents volets de l'activité de l'Ordre des Médecins et évoqué leurs préoccupations concernant notamment :

- l'activité des guérisseurs annoncée souvent par la voie d'affiches, de tracts, de placards publicitaires et d'annonces paraissant dans les journaux, faisant la publicité pour des pratiques charlatanesques sans fondement scientifique- ni même justification empirique ; alors que par ailleurs le Code de Déontologie Médicale interdit toute publicité pour son activité à un médecin ;
- la redevance sur les plaques, (assimilés à de la publicité), prélevée par certaines municipalités alors que selon la loi « la médecine ne peut être pratiquée comme un commerce » ;
- la révision de la nomenclature des actes médicaux à laquelle il doit être procédé pour certaines spécialités qui n'ont pas été encore concernées par cette révision ;
- la pratique dans le secteur libéral de l'imagerie médicale notamment les placards et autres « enseignes » (lumineuses pour certaines) annonçant le local ;
- la pratique de l'anesthésie réanimation dans le secteur privé (relation avec les cliniques) et public (pénurie de moyens) ;
- le « bail professionnel » et les difficultés qu'ont certains confrères –locataires – avec les propriétaires ;
- la formation médicale continue ;

- la réactivation du projet (dont la première ébauche remonte à 1981) de la maison du médecin ; les besoins de l'Ordre National des Médecins seraient d'une dizaine de bureaux dont un pour les archives, outre une salle de réunion et des locaux pour la formation (à partager avec d'autres associations) ;
- le grand désintérêt des Médecins pour les élections organisées par les associations et en particulier par l'Ordre des médecins. Bien que l'Ordre procède à l'occasion de chaque scrutin à l'envoi de courriers à tous les électeurs et publie des annonces sur les journaux, la présence - le vote par correspondance ou par délégation n'étant pas autorisé – des confrères aux bureaux de vote est faible ;
- les difficultés liées à l'application des certaines mesures prises dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie ;
- enfin le chômage des jeunes médecins, - dont les caractéristiques (nombre de chômeurs, qualification) sont en cours d'évaluation – qui est au premier plan des préoccupations du Ministère de la Santé Publique et de l'Ordre des Médecins.

Monsieur le Ministre de la Santé Publique s'est montré attentif à nos demandes et à nos propositions. Certaines revendications sont d'ores et déjà à l'étude par les départements concernés, une solution pourrait leur être apportée dans les délais raisonnables. En ce qui nous concerne, nous l'avons assuré de notre engagement et de notre coopération.