

# Le Bulletin

D'INFORMATION

DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

Editorial

## Editorial

L'Ordre veille à l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux modalités d'exercice de la profession ; la « compétence disciplinaire en première instance est attribuée au conseil de discipline constitué par le conseil national de l'Ordre\* ». Toutefois aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin en cause ait été entendu ou appelé à comparaître, après avoir été convoqué selon les procédures réglementaires c'est-à-dire « **par lettre recommandée** avec accusé de réception, expédiée à la **dernière adresse** de l'intéressé **connue** par le Conseil National de l'Ordre \*».

Toutefois l'exercice par le conseil de l'Ordre des médecins de ce pouvoir disciplinaire rencontre beaucoup d'incompréhension et suscite parfois de vives critiques de la part des intéressés, qu'il s'agisse des

médecins mis en cause ou des patients qui ont saisi l'Ordre d'une plainte. Le caractère secret de la procédure est particulièrement visé. Selon certains médecins, le secret permet à l'Ordre de se soustraire au contrôle de l'opinion et d'abuser de ses pouvoirs. Quant aux plaignants, ils reprochent à l'Ordre de ne pas les aviser de la suite donnée à leurs requêtes. Ils ont le sentiment d'être privés des informations auxquelles ils ont droit et en viennent à soupçonner l'Ordre de vouloir étouffer les affaires par « solidarité professionnelle ». Pour rencontrer ces objections, deux articles de ce numéro du bulletin sont consacrés au rappel des principes fondamentaux et des procédures du droit disciplinaire.

(avec M. N. CHAABOUNI)

\* Extraits des articles 15, 27, et 31 de la loi 91-21 du 13 mars 1991

S  
O  
M  
M  
A  
I  
R  
E

EDITORIAL.....	1
LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE DU MEDECIN .....	2
LE DROIT DISCIPLINAIRE .....	3
LES ACTIVITES DU CONSEIL DE DISCIPLINE ANNEE 2008 .....	5
RAPPEL CONCERNANT LES CERTIFICATS MEDICAUX D'INDISPONIBILITE .....	6
OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES EN CHIRURGIE ESTHETIQUE .....	6
DEONTOLOGIE DE LA COMMUNICATION MEDICALE DESTINEE AU PUBLIC .....	7
LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE : LE SUIVI .....	8
LE MEDECIN DE LIBRE PRATIQUE TEL QU'IL SE PERÇOIT .....	9
MEDECIN GENERALISTE ET MEDECINE GENERALE : IMAGE SOCIALE ET REPRESENTATION DE LA POPULATION (EXTRAITS) .....	10
A PROPOS DU « DROIT A LA SUBSTITUTION DES MEDICAMENTS » .....	11
A PROPOS DE LA BIOEQUIVALENCE, CONSIDERATIONS GENERALES .....	12
COMPOSITION DES BUREAUX DES CONSEILS REGIONAUX DE L'ORDRE .....	13
PARTICIPATION AUX ELECTIONS DE L'ORDRE : BREVE RETROSPECTIVE .....	14
REUNION DU CONSEIL NATIONAL AVEC LES SYNDICATS DE MEDECINS LIBERAUX.....	14
VIENT DE PARAÎTRE .....	14

### Directeur de la publication

*Dr. Taoufik NACEF*

### Comité de rédaction

*Mohamed Ahmed ALOULOU*

*Mohamed HOUISSA*

*Mohamed JOUINI*

*Kilani CHABBOUH*

*Mounir BEN SLAMA*

*Mohamed Elyes BEN MARZOUK*

*Mohamed Fathi DEROUICHE*

*Mohamed Néjib CHAABOUNI*

*Slim BEN SALAH*

*Rafik EL GHARBI*

*Mustapha JERIDI*

*Rachid KAMOUN*

*Youssef LETAIEF*

*Amen Allah MESSAADI*

### Collaborateurs

*Mme. Henda Zidi Chtioui*

*Mr. Lotfi Ben Ghozzi*

*Mme. Saliha Oubeidallah*

LE BULLETIN - N° 28 - Mai 2008 - CNOMT, 16, RUE DE TOURAINA - 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)

Le médecin est un citoyen qui exerce une activité à risque au sein d'une profession organisée par deux textes fondamentaux : la loi n°91-21 du 13 mars 1991 qui organise l'exercice des professions de médecin et de médecin dentiste et le décret n°93-1155 du 17 mai 1993 qui a promulgué le code de déontologie médicale

L'une des conditions de l'exercice de la médecine, en Tunisie, est l'inscription au Tableau de l'Ordre. A cette occasion, le médecin s'engage à respecter les règles déontologiques lesquelles sont teintées de morale, de droit et d'aspects purement professionnels.

**Le Code de déontologie médicale** énonce les obligations des médecins et les comportements qu'ils sont tenus de respecter, tant dans leurs relations entre eux que dans leurs rapports avec leurs patients. Il a une portée obligatoire puisqu'il revêt la forme d'un décret. Ses prescriptions ne sont pas de simples recommandations, mais des règles de droit qui s'imposent à tous les médecins ; les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre. Conformément à la loi n°91-21 du 13 mars 1991, l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect des dispositions du code de déontologie médicale.

Le code de déontologie n'est pas opposable aux tiers impliqués dans une activité médicale. C'est seulement au médecin qu'on pourra reprocher de se lier à des tiers par une convention ne respectant pas la déontologie, et c'est seulement le médecin qui pourra se voir traduit devant la juridiction ordinaire.

**L'Ordre des médecins**, assume une mission de service public. Il est chargé, de part la loi n°91-21 du 13 mars 1991, de «veiller au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession, et au respect par tous ses membres, des devoirs professionnels édictés notamment par le code de déontologie». La sauvegarde de l'honneur et de l'indépendance de la profession fonde la confiance dont l'exercice médical doit être digne. L'Ordre des médecins assure par conséquent une protection à la fois du public et de la profession. Il s'acquitte de cette mission en contrôlant l'exercice de la profession à trois niveaux : au moment de l'admission des membres par la vérification de l'authenticité des diplômes et des qualifications ; par l'organisation de la profession et l'encadrement de la pratique ; enfin par l'exercice du pouvoir disciplinaire.

A l'occasion de son activité professionnelle le médecin court le risque de voir sa **responsabilité** engagée. Il doit donc, en toutes situations et circonstances, pouvoir justifier les décisions qu'il a prises, les actes qu'il a effectués. Sa responsabilité peut être mise en cause, quels que soient sa qualité et son mode d'exercice (privé ou public). En tant que citoyen, il répond de ses actes devant la société ; en tant que praticien, il répond de ses actes :

- ▶ devant ses pairs (responsabilité disciplinaire)

- ▶ devant ses malades

Dans le cas où il commet une faute dans l'exercice de son art, il peut être :

- Sanctionné par une juridiction professionnelle ou de droit commun ;
- Contraint à verser à la victime une indemnisation.

Le Conseil de l'Ordre agit sur plainte (d'un médecin ou d'un citoyen) ou bien par une saisine directe provenant du Procureur de la République, du Ministre de la Santé\*. Il n'existe pas de délais pour saisir l'Ordre des médecins, aucune prescription n'étant prévue. La saisine de la juridiction professionnelle ne fait obstacle à aucune action judiciaire de droit commun : un médecin peut, pour les mêmes faits ou accusations, être jugé par un tribunal et devant l'Ordre.

La responsabilité disciplinaire est engagée toutes les fois qu'un médecin contrevient à l'une des règles professionnelles notamment celles mentionnées dans le code de déontologie. La loi 91-21 du 13 mars 1991 a prévu : la procédure disciplinaire ; les sanctions ainsi que les recours judiciaires.

La responsabilité disciplinaire est fondée sur la **faute prouvée**. La faute médicale peut être uniquement professionnelle et ne pas regarder la justice de droit commun (non respect des règles de confraternité, utilisation abusive de titres ou de qualifications, cabinet secondaire etc...). Elle peut être tout à la fois professionnelle et de droit commun ; ainsi de :

- La violation du Secret professionnel Article 4 du Code de Déontologie Médicale
- La non-assistance à personne en danger Article 9 du Code de Déontologie Médicale
- La délivrance de certificat médical de complaisance Article 28 du Code de Déontologie Médicale

La faute disciplinaire ne se limite pas aux violations des dispositions juridiques régissant la profession. Une conduite sans rapport avec l'activité médicale peut aussi ternir l'image sociale de la profession et justifier, en conséquence, une action disciplinaire ; ainsi des pratiques contraires à la loi, à l'éthique ou aux bonnes mœurs peuvent constituer cette faute

**Les décisions** du conseil de discipline sont motivées. Elles sont prises en présence des deux tiers des membres au moins et à la majorité des voix des membres présents. Dans le cas d'une sanction de radiation du tableau de l'ordre, la décision du conseil de discipline est prise à la majorité des deux tiers des membres présents au moins.

Prononcer une sanction appropriée, juste et proportionnée à la faute reprochée, constitue une tâche délicate et fait appel à des notions de droit, de justice et d'équilibre. Le principe qui guide le conseil de discipline dans sa tâche pour déterminer

\* Rappel : C'est ainsi qu'entre 1992 et 2004, 122 dossiers disciplinaires ont été traités. Les plaintes proviennent dans 43% dans cas d'un confrère dans 33% des cas du ministère de la santé publique et dans 24% des cas d'un citoyen.

une sanction répond essentiellement à l'objectif de protection du public et de la profession ; la procédure disciplinaire et la sanction qui en découle doivent répondre à un objectif fondamental qui est de garantir la sécurité de ceux qui ont recours aux médecins.

De manière schématique on peut énoncer qu'en droit pénal la sanction imposée répond à deux objectifs : manifester la réprobation publique d'une part et répondre à un certain objectif d'exemplarité d'autre part. En droit disciplinaire la sanction vise avant tout la protection du public et de la profession.

La nature de la sanction disciplinaire est déterminée en fonction de *facteurs objectifs* tels que la gravité de l'infraction et son impact sur le public ; la gravité de l'infraction et son impact sur la dignité de la profession, et la dissuasion qui vise autant l'individu que l'ensemble de la profession et de *facteurs subjectifs* dont l'absence ou la présence d'antécédents disciplinaires, l'expérience, la réputation, le repentir.

Il est à noter que, en matière civile, l'Ordre n'est pas tenu de suivre les décisions du juge s'il estime que la faute de droit commun ne constitue pas une faute professionnelle. En matière pénale, l'Ordre tient compte de la décision de cette juridiction en ce qui concerne la matérialité des faits.

Dans le cas où la faute est grave le conseil de discipline ordonne l'exécution immédiate de la sanction.

Le médecin qui ne comparait pas après avoir été convoqué selon les procédures réglementaires, est jugé par défaut. Il a le droit de faire opposition dans les délais réglementaires pour comparaître devant un conseil de discipline ultérieur.

La compétence en matière disciplinaire en première instance est attribuée au conseil de discipline constitué par le conseil national de l'ordre ; le recours s'effectue devant la cour d'appel civile. L'appel est suspensif ; le recours ultime contre les arrêts rendus par la cour d'appel se fait devant le tribunal administratif.

La procédure disciplinaire est très lourde (instruction du dossier, auditions, tenue de conseil de discipline) ; elle est

mise en œuvre par les membres élus du CNOM, en toute responsabilité et indépendance (le caractère bénévole de leur activité est un premier garant de leur indépendance et de leur impartialité).

La procédure disciplinaire a été modifiée par la loi 91-21 du 13 mars 1991 qui a limité sa compétence et son efficacité. Avant 1991, et avec la loi de 1958, les organes de la discipline professionnelle étaient compétents aussi bien en première instance (conseil de discipline) qu'en appel par l'intermédiaire de la chambre de discipline. La loi 91-21 du 13 mars 1991 a supprimé la chambre de discipline ne laissant à la profession que l'instance du premier degré. Les recours sont portés devant la chambre civile de la cour d'appel ; or celle-ci apprécie les faits en fonction des critères d'intérêt privé parfois éloignés des préoccupations de la profession, préoccupations qui, elles sont d'intérêt général.

### Conclusion :

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

- une exigence parce que, du fait des sanctions spécifiques qui peuvent les atteindre dans leur exercice professionnel, les médecins supportent des risques que ne connaissent pas la plupart des autres professionnels ;
- une confiance parce que ce pouvoir de prononcer des sanctions – et parfois de graves sanctions – est confiée à des médecins désignés par leurs pairs.

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

*M. Mahfouhdi*

Le droit disciplinaire est une branche autonome du droit, obéissant à des principes et à des règles propres, et qu'il faut distinguer des très nombreuses autres branches du droit, par exemple du droit civil, du droit commercial, du droit pénal, du droit de procédure pénale, du droit social, du droit fiscal, du droit public, du droit administratif, du droit international, etc. ...

Tous les citoyens, y compris les médecins, sont soumis aux règles du droit, qu'il s'agisse du droit civil ou du droit pénal, ou du droit social, ou du droit fiscal, etc. Mais ne sont soumis au droit disciplinaire, que les citoyens qui exercent certaines professions ou activités déterminées, médecins, avocats...

Le droit disciplinaire n'est, en général, pas codifié. Ses principes et ses règles ne font pas l'objet de dispositions légales complètes et détaillées, mais résultent souvent de la coutume et des usages; ils sont précisés et consacrés par la

doctrine (il existe des traités de droit disciplinaire) et par la jurisprudence.

Le but du droit disciplinaire est d'établir et de maintenir, dans l'intérêt général, les règles du bon exercice de certaines professions, soit des professions ayant un caractère public, soit des professions ayant une importance spéciale pour la société. Le droit disciplinaire n'a donc pas pour but la protection directe des intérêts de particuliers. Cette protection est assurée notamment par le droit pénal, le droit civil, le droit social, dont l'application est confiée aux tribunaux ordinaires et non aux juridictions disciplinaires.

Les patients, victimes d'un délit commis par un médecin, peuvent s'adresser aux autorités répressives (procureur de la république, juge d'instruction, tribunaux correctionnels) pour obtenir une enquête et des poursuites pénales ; ils peuvent, à cette occasion, demander la réparation du dommage qui leur

a été causé par le délit (dommages-intérêts). Les patients, victimes d'une faute commise par un médecin ou qui ont un autre conflit avec un médecin, par exemple en matière d'honoraires, peuvent s'adresser aux tribunaux civils (tribunal de première instance, tribunal du travail). Leurs intérêts particuliers sont ainsi protégés par le droit pénal et le droit civil.

S'ils signalent aux conseils de l'Ordre les faits dont ils ont été victimes, c'est parce qu'ils souhaitent que le conseil de l'Ordre veille à un meilleur exercice de la profession et que les faits dont ils ont été victimes soient sanctionnés disciplinairement. Mais cette sanction, si elle peut leur donner une satisfaction morale, ne vise cependant pas directement à la protection de leurs intérêts particuliers.

Nous verrons d'ailleurs que les principes fondamentalement différents du droit pénal, du droit civil et du droit disciplinaire ne permettent pas de confondre les procédures menées sur ces trois plans. D'autre part, c'est parce que les buts du droit pénal, du droit civil et du droit disciplinaire sont différents que l'on peut cumuler, pour un même fait, les sanctions pénales, les sanctions civiles et les sanctions disciplinaires.

Le droit disciplinaire a un **champ d'application** extrêmement étendu et qui ne cesse de s'agrandir avec l'organisation croissante des professions et des groupes de citoyens. D'innombrables organismes exercent des pouvoirs disciplinaires analogues à ceux de l'Ordre; ils les exercent dans des conditions et suivant une procédure semblables.

### **Les Principes et règles propres au droit disciplinaire sont les suivants :**

#### **• Infractions et sanctions disciplinaires :**

Il convient d'abord de rappeler que le droit pénal est dominé par le principe de la légalité des délits et des peines. Ce principe signifie qu'aucun fait ne peut constituer un délit s'il n'est défini comme tel par la loi. « *Nul ne peut être puni qu'en vertu d'une disposition d'une loi antérieure* » art.1 du code pénal. Un juge ne peut donc jamais considérer un fait, quel que soit son caractère odieux, comme un délit, si ce fait n'entre dans la définition d'aucun des délits réprimés par la loi.

Ces principes ne sont pas applicables en matière disciplinaire parce que celle-ci ne se prête pas à une définition de toutes les fautes disciplinaires possibles. Un fait peut donc être considéré comme une infraction disciplinaire, même s'il n'est pas expressément prévu par le droit disciplinaire. Celui-ci n'est, en général, pas codifié. Il prévoit seulement que peuvent être réprimés les faits qui portent atteinte à l'honneur et à la dignité de la fonction. Le juge disciplinaire apprécie librement quels sont ces faits. Il peut considérer qu'un fait constitue une infraction disciplinaire, même s'il n'est pas prévu expressément par le code de discipline. Le juge disciplinaire ne peut cependant, en principe, prononcer que les sanctions qui sont expressément prévues; mais il apprécie librement la sanction à appliquer à une faute déterminée.

#### **• La règle de la preuve :**

En matière pénale, la charge de la preuve des infractions reprochées au prévenu incombe au ministère public

(procureur de la république). Le prévenu peut se taire ou même nier le fait, il n'a pas l'obligation d'avouer un fait qu'il a commis. L'effet de cette règle, qui est très strictement appliquée, est cependant compensé par les pouvoirs très étendus conférés aux autorités répressives (droit de perquisition, d'arrestation, de saisie, etc. ...).

En matière civile, c'est le demandeur en justice qui doit faire la preuve du bien-fondé de l'action qu'il intente contre le défendeur en justice. S'il ne peut fournir la preuve exigée (suivant les cas, écrits, témoignages, présomptions), il échouera dans son procès.

En matière disciplinaire, le principe est aussi que la faute disciplinaire doit être prouvée contre celui qui est poursuivi. Mais la portée de ce principe est fortement limitée par la règle suivant laquelle le justiciable disciplinaire a le devoir de collaborer à l'instruction. Il doit la vérité à ses pairs, devant lesquels il comparaît, il ne peut ni se taire ni dissimuler certains faits. Le fait de dissimuler ou de travestir la vérité est considéré, en soi, comme une faute disciplinaire, passible d'une sanction distincte de celle qui est prononcée pour les faits donnant lieu aux poursuites.

Il est évident, dès lors, que si le dossier disciplinaire, ou le texte de la sentence ou même simplement la sanction prononcée étaient communiqués au juge pénal, au juge civil ou au plaignant, il en résulterait une violation flagrante des droits de la défense. Car une condamnation pénale ou une condamnation civile pourraient être fondées sur des déclarations que le médecin était obligé de faire au juge disciplinaire mais qu'il n'était pas tenu de faire au juge pénal ou au juge civil.

C'est pour cette raison, notamment, qu'il n'est pas possible de faire connaître officiellement au plaignant la sanction prononcée ou même le seul fait qu'une sanction a été prise. Le plaignant pourrait soutenir devant le juge civil que la sanction prononcée par l'Ordre prouve la faute du médecin, invoquée par exemple à l'appui d'une action en responsabilité.

Dans toutes les affaires disciplinaires, notamment en matière de discipline judiciaire ou policière, le plaignant est seulement avisé que sa plainte recevra ou a reçu la suite nécessaire. Dans des cas particulièrement pénibles, il peut être indiqué de donner quelques explications verbales au plaignant, de lui dire par exemple que l'on est intervenu avec la fermeté voulue, mais il n'est pas possible de faire plus.

#### **• Le secret professionnel :**

Le médecin qui comparaît devant ses pairs ne peut invoquer le secret professionnel, sauf en ce qui concerne les confidences du patient. Il peut au contraire l'invoquer devant le juge pénal ou le juge civil.

Cette règle, comme les règles de la preuve citées ci-dessus, est une raison supplémentaire et déterminante de ne pas communiquer le dossier, ni la décision au juge pénal, au juge civil ou au plaignant. Si cette communication avait lieu, elle entraînerait, dans certains cas au moins, la violation du secret professionnel et provoquerait dès lors la nullité des poursuites pénales ou du jugement civil.

Le conseil de discipline a eu à connaître récemment du cas de collègues, ayant fait l'objet de plaintes émanant de citoyens ou de confrères. Une brève synthèse en est dressée dans ce qui suit.

**Cas 1 et 2 :** non respect de la nomenclature et de la tarification pour un acte de chirurgie neurologique unique pratiquée par deux médecins hospitalo-universitaires sur une patiente dans une clinique; **verdict:** suspension d'activité de six mois.

**Cas 3 :** participation à une émission (unique) télévisée au cours de laquelle une démonstration d'actes de médecine esthétique a été faite (avec l'accord des intéressées) par un collègue de libre pratique dont le nom suivi d'une qualification non reconnue par l'Ordre est apparu (sans qu'il ait préalablement à l'émission été consulté) à différentes reprises sur l'écran; par ailleurs une estimation du coût de certaines interventions a été annoncée; **verdict:** avertissement.

**Cas 4 :** participation régulière à des émissions télévisées au cours desquelles des démonstrations d'actes à visée esthétique sont faites sur certaines patientes (avec leur accord); le nom du médecin est régulièrement mentionné sur l'écran; **verdict** (par défaut: la collègue ne s'est pas présentée à l'audience du conseil) suspension d'activité 1 mois.

**Cas 5 :** à la demande d'un parent travailleur à l'étranger, Z. médecin de libre pratique, dresse une facture pour des prestations en majorité fictives, multiples, effectuées à domicile; par ailleurs la nomenclature et la tarification ne sont pas respectées. La signalisation à l'ordre émane du représentant de l'organisme d'assurance étranger, invité à faire des vérifications (notamment auprès de l'Ordre) par ses mandants. Le confrère reconnaît sa faute et regrette ; **verdict:** un mois de suspension d'activité.

**Cas 6 :** expertise complexe, réalisée - à propos du cas d'un nourrisson décédé - à la demande de la justice, au vu d'un dossier médical (vraisemblablement incomplet) et après entretien avec le seul plaignant (parent de l'enfant); sans la consultation des experts concernés par le domaine, sans qu'un entretien avec les confrères mis en cause ait été réalisée; **verdict:** blâme.

**Cas 7 :** un médecin généraliste de libre pratique, pratique de façon répétée des actes inappropriés, manifestement en dehors de sa compétence (avec des effets secondaires importants constatées par un autre confrère) ; il hospitalise des patients dans des locaux situés à proximité de son cabinet et aménagés à cet effet. Enfin la tarification n'est pas conforme (en plus du partage des honoraires).

Par ailleurs, ce confrère a fait l'objet, outre la plainte de deux citoyens, d'une inspection réalisée par deux médecins faisant partie du corps des inspecteurs de la santé publique, dont il conteste les conclusions et les modalités de réalisation ; **verdict:** 6 mois de suspension d'activité.

**Cas 8:** pratiques à caractère commercial; exercice dans un cabinet secondaire (malgré rappels à l'ordre) ; **verdict :** suspension de 3 mois.

**Cas 9 :** dans le cadre d'un bilan de santé à un citoyen étranger âgé, abus de prescription d'examens ; la tarification n'est pas conforme aux règles prescrites par la nomenclature; **verdict:** blâme.

**Cas 10 :** insuffisance de l'interprétation (confirmée par des experts) d'examens échographiques pratiqués dans le cadre de la surveillance d'une grossesse dont l'issue a été un enfant polymalformé, porteur d'un handicap majeur, mais sans risque vital; **verdict:** un mois de suspension d'activité.

**Cas 11 et 12 :** délivrance de certificats médicaux de complaisance avec arrêt prolongé à des personnes ayant déclaré avoir été victimes d'une agression ; l'enquête infirme la réalité des violences ; **verdict:** suspension d'activité de 1 mois.

**Cas 13 :** délivrance d'un certificat à l'épouse d'un homme emprisonné (le couple a des relations amicales avec le médecin) prescrivant à ce dernier un arrêt de travail de plusieurs jours; **verdict:** suspension d'activité: 12 mois.

**Cas 14 :** libellé de la plaque non conforme, car faisant état de qualifications non reconnues par l'Ordre. Au cours d'une précédente procédure le confrère s'était engagé à se conformer au règlement, preuve (une plaque réglementaire) à l'appui; **verdict:** suspension d'activité d'un mois.

## RAPPEL CONCERNANT LES CERTIFICATS MEDICAUX D'INDISPONIBILITE

Le conseil national, tout en étant conscient de la complexité des situations auxquelles les praticiens sont confrontés ainsi que de la multiplicité et de l'intrication des facteurs qui les génèrent, appelle les médecins à faire preuve de mesure et de discernement. Il les incite à s'en tenir à leur domaine spécifique de compétence : l'opportunité de l'arrêt du travail et sa durée doivent être appréciées uniquement sur des critères médicaux.

**Quant au certificat, délivré en "mains propres de l'intéressé" préalablement identifié, (avec la précision et les "preuves" de cette identité nécessaires, surtout si le demandeur n'est pas connu du médecin) ; il comporte la relation fidèle, si possible en ses propres termes, des dires du patient.**

Y seront également consignées les données pertinentes et détaillées de l'examen et de la prise en charge (données cliniques, résultats d'examens complémentaires, traitement, arrêt du travail).

Il est rappelé qu'en cas de déclaration mensongère avérée, fût-elle "vertueuse", le praticien s'expose à des sanctions non seulement de la juridiction ordinaire, mais aussi des tribunaux, (amendes et même emprisonnement pour une durée de cinq ans s'il est prouvé que l'acte est mué par des raisons mercantiles, un don, une promesse...) sans compter qu'un comportement "systématiquement laxiste" vaut généralement à son auteur sarcasmes et réprobation, y compris de la part de certains "bénéficiaires". Il peut même arriver que ces derniers mis en difficulté, arguent de la "complicité active du médecin".

## OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES EN CHIRURGIE ESTHETIQUE

Depuis des siècles, l'homme cherche le "chemin" de l'éternelle jeunesse : baignade dans la fontaine de jouvence (dont une représentation moderne serait l'hydrothérapie), cosmétiques, chirurgie esthétique de remodelage de traits physique en attendant peut-être le décodage du gène responsable du processus de vieillissement.

Ce rêve de paraître et/ou de rester jeune, cette obsession de vouloir à tout prix échapper à notre inéluctable destin a fait développer en marge de la chirurgie plastique réparatrice une activité de convenance à visée purement esthétique. Elle a pour finalité explicite la modification de l'apparence corporelle d'une personne, sans visée thérapeutique ou reconstructrice. S'inscrivent dans cette même logique les pratiques dites de « médecine esthétique », telles que l'utilisation de la toxine botulique ou l'injection de matériaux résorbables ou d'autres substances, notamment pour le comblement des rides.

Certes la légitimité thérapeutique fait souvent défaut dans ce cas particulier de contrat de soin, mais la définition de la santé énoncée dans le préambule de la constitution de l'OMS incite le médecin à contribuer au bien être physique, mental et social du patient en le faisant bénéficier, entre autres, de la contraception, de l'IVG, de l'AsMP et pourquoi pas des soins à visée esthétique ?

Bien que les patients consultent avant tout pour des raisons de « confort » et non pour de réels problèmes de santé physique, l'exercice de la chirurgie esthétique demeure encadré par des obligations déontologiques afin d'assurer aux usagers la compétence des chirurgiens et la sécurité sanitaire due pour toute intervention chirurgicale, et ceci, dans le cadre « d'une confiance qui rejoint librement une conscience » comme l'a si bien exprimé Louis Portes.

Les principales obligations déontologiques sont :

**L'obligation de compétence :** L'Ordre des médecins est chargé, de part la loi, de vérifier l'authenticité des diplômes et des qualifications. La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" ; il doit être au courant des progrès de la médecine. La compétence médicale est la première exigence de la morale professionnelle

**L'obligation d'information :** Le chirurgien doit donner au patient une information préalable, complète, loyale et intelligible ; il doit décrire l'intervention projetée, ses risques, même les plus exceptionnels, y compris et surtout le risque d'échec. Il doit également donner une information complète sur le coût de l'intervention et des soins post opératoires. Ce sont là les conditions indispensables au consentement éclairé du patient.

**L'obligation de moyens « renforcée » :** Dans tout exercice médical, le médecin est tenu de dispenser des soins : consciencieux, attentifs, conformes aux données acquises de la science, avec mise en œuvre de tous les moyens humains et techniques nécessaires et disponibles. Le médecin ne peut pas, et ne doit pas, garantir directement ou indirectement la guérison. Il n'y a pas d'obligation de résultat, mais l'exigence du respect des règles préventives, diagnostiques et thérapeutiques validées et communément admises.

Sachant que l'intervention de chirurgie esthétique ne correspond ni à une urgence vitale, ni même à une nécessité thérapeutique, la déontologie est particulièrement exigeante sur les moyens utilisés : elle soumet donc le médecin à une obligation de moyens qui est renforcée. Cette protection est

d'autant plus attendue que les risques encourus par la personne concernée ne sont pas la contrepartie d'un geste nécessaire à sa santé.

**L'obligation d'indépendance** : L'indépendance professionnelle est acquise quand chacun des actes (soulager, guérir, prévenir) sont déterminés seulement par le jugement de la conscience du médecin et en référence à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade. Elle s'exerce :

- ▶▶ Vis-à-vis de ses propres intérêts : aucun avantage personnel ne doit déterminer la décision d'un acte opératoire.
  - ▶▶ Vis-à-vis de son patient : refuser d'opérer si le patient attend des résultats inaccessibles
  - ▶▶ Vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique qui cherche la fidélisation des prescriptions
  - ▶▶ Vis-à-vis des réseaux (?) de recrutement de « clients »
- L'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient. Son corollaire est la responsabilité personnelle du médecin.

**L'interdit de tous les procédés directs ou indirects de publicité** : la chirurgie esthétique ne doit pas être pratiquée comme un commerce. La santé n'est pas un bien marchand. L'acte médical ne peut pas être considéré comme une denrée,

une marchandise échangée pour une contrepartie financière. Le médecin ne "vend" pas des ordonnances ou des soins, ou des certificats. La médecine est un service. Le "contrat de soins" qui est à la base de la responsabilité médicale n'est pas une convention commerciale, ni un marché. C'est un contrat tacite, où ce qu'apporte l'un n'est pas l'équivalent de ce qu'apporte l'autre. Le médecin s'engage à donner les soins adéquats qui ne sont pas définis par avance et qui diffèrent selon les circonstances.

Par ailleurs, le médecin doit veiller à ce que le rapport avec les médias (licite en soi) ne se transforme pas en audience publicitaire pour se présenter au public et faire la publicité pour les structures dans lesquelles il exerce (cabinet, centre médical) et /ou présenter ce qu'il sait faire « ses exploits » et/ou prodiguer des promesses irréalistes qui abusent les patients.

Informé le public ne signifie pas racoler et susciter la demande ; ainsi sont interdites toutes manifestations radiophoniques ou télévisées dont le but n'est pas purement scientifique ou en faveur d'une cause d'intérêt général. De même, la distribution de plaquettes ou de cartes de visite dans les salons de coiffure ou chez les esthéticiennes est parfaitement condamnable. Une demande de chirurgie esthétique ne doit pas être suscitée par la publicité.

## DEONTOLOGIE DE LA COMMUNICATION MEDICALE DESTINEE AU PUBLIC

Une information médicale ciblée à des effets bénéfiques sur la qualité de vie. Elle peut réduire l'anxiété et la détresse émotionnelle, accroître la compliance aux traitements, rendre les « attentes » plus réalistes et générer des sentiments de sécurité et de réassurance.

Les professionnels sont la première source d'information dans le domaine de la santé. C'est ainsi que les médecins sont de plus en plus sollicités par les médias pour des prestations de vulgarisation médicale ou d'éducation sanitaire destinés à :

- présenter des mesures préventives générales, destinées à améliorer l'environnement, ou à éviter les carences, ou à accroître la résistance aux maladies ...
- informer la population des risques générés par des comportements inappropriés ;
- mettre en garde contre de nouvelles maladies ;
- présenter de nouvelles techniques (ex : assistance médicale à la procréation), de nouvelles thérapeutiques.

Il convient de distinguer de prime abord l'information donnée par un médecin à un patient, à sa famille ou à son entourage à l'occasion d'une consultation, ou au cours d'un entretien individuel. Il s'agit d'un droit du malade à être informé sur son état de santé. Cette information doit être claire, intelligible, loyale et appropriée aux circonstances. Elle contribue à établir une relation de confiance entre soignant et soigné et permet au patient de prendre la décision qu'impose son état de santé.

Quant à l'information médicale destinée au **grand public**,

elle impose au moins trois précautions :

1/ ne faire état que de données scientifiques confirmées et validées et non pas d'hypothèses, plus ou moins personnelles.

2/ faire preuve de prudence à la fois sur le fond et sur la forme et adapter le message à l'auditoire. Le choix du langage (verbal et non verbal) et des images est essentiel ; il faut éviter les propos alarmistes.

3/ se garder de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur de structures où l'on exerce et/ou en faveur d'autres centres de « pouvoirs ».

Toute attitude publicitaire (directe ou indirecte) est formellement interdite par le code de déontologie médicale ; les procédés de propagande et de publicité sont à proscrire. Ainsi et à titre d'exemple dans le cadre d'une émission Radio ou TV, le nom du médecin ne sera cité qu'une seule fois au début et à la fin de l'émission ; on évitera de présenter des images de cabinets médicaux ou de patients. Quant au texte d'une interview, le médecin veillera à ce qu'il lui soit soumis avant publication dans un délai pouvant lui permettre d'y apporter des rectifications.

L'accent doit être porté sur les aspects éducatifs du message ; la prestation du médecin ne doit pas être instrumentalisée pour donner des précisions sur son exercice ; en plus le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations.

Par ailleurs, rappelons que la distribution de tracts publicitaires et les annonces non motivées dans les journaux sont interdites. Quant à la signalisation des locaux elle est réglementée ; normalement le médecin peut avoir deux plaques professionnelles, l'une apposée à l'entrée de l'immeuble et l'autre à la porte du cabinet. Enfin, le libellé des plaques ainsi que celui des ordonnances est également codifié pour éviter l'usage de titres non autorisés, qui risquent de tromper ou induire en erreur. Les mêmes précautions sont valables pour les annuaires.

### **Pourquoi la publicité est elle interdite ?**

*La publicité fait usage d'annonces destinées à promouvoir la vente de biens ou de services ; elle cherche à exercer une action psychologique à des fins commerciales. Elle s'intègre dans une logique commerciale. Or la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce ; le "contrat de soins" qui est à la base de la responsabilité médicale n'est pas une convention commerciale, ni un marché. C'est un contrat tacite, où l'apport de l'un des partenaires n'est pas « équivalent » à ce qu'apporte l'autre : le médecin s'engage à donner les soins adéquats qui ne sont pas définis d'avance et qui diffèrent selon les circonstances.*

*Le fait que l'exercice de la médecine ne peut être assimilé à une activité commerciale a une grande importance et de nombreuses conséquences réglementaires. S'il n'est pas immoral que le gain soit le moteur d'une entreprise commerciale, la rentabilité ne peut être l'objectif principal du médecin.*

*Le code de déontologie a multiplié les mesures réglementaires contre une pratique commerciale de la*

*médecine. Ainsi, la cession d'un cabinet médical à un successeur par un médecin qui cesse d'exercer ou qui change de résidence professionnelle doit s'effectuer selon des règles strictes ; elle n'est pas comparable à la cession d'un fonds de commerce. La clientèle du médecin n'est pas en effet un "objet de commerce", le médecin ne peut en disposer, on ne "vend" pas une clientèle médicale. La jurisprudence reconnaît une valeur patrimoniale au cabinet médical mais seuls peuvent être cédés les droits corporels (local, meubles, instruments...) et les droits incorporels (présentation à la clientèle, droit au bail, engagement de ne pas se réinstaller...).*

*Le partage d'honoraires, le compéragé, le détournement de clientèle, les ristournes, commissions, et autres avantages sont interdits. Il en est de même pour l'exercice dans des locaux commerciaux.*

Pour terminer, il est à rappeler que les médias ont – pour des raisons qui tiennent à leur pratique propre et dont le médecin doit se prémunir - leur part de responsabilité dans les dérives et abus de la communication « médicale » : inflation de titres et d'images chocs ; recherche systématique du sensationnel, de l'insolite ; appel à l'émotion plus qu'à la réflexion, à la dérision plus qu'à la pédagogie ; exacerbation du voyeurisme.

### **Conclusion :**

Lorsque le médecin participe à une action d'information du public à caractère éducatif et sanitaire, quel que soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public.

Il doit s'abstenir de faire à cette occasion de la publicité pour sa propre activité.

## **LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE : LE SUIVI**

*Lettre adressée à Messieurs les Ministres de la Santé Publique, des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'étranger et à Monsieur le Ministre Conseiller auprès de Monsieur le Président de la République Tunisienne.*

Concernant les développements récents du programme de réforme de l'assurance maladie, permettez-moi d'attirer votre attention sur les points suivants :

**1.** La liberté de prescription, ainsi que le secret professionnel et le respect de la dignité et de la pudeur du patient sont à la base de la relation soignant soigné ; ces principes risquent d'être détournés par la loi sur la « substitution ».

Une autre conséquence de cette « nouvelle modalité de prescription » est que la responsabilité « médico-judiciaire », devient de plus en plus « partagée ». Le moment paraît également propice à une réflexion approfondie sur la notion de « responsabilité sans faute ».

**2.** L'Ordre est favorable à la prescription par génériques – qui serait une mesure parmi bien d'autres, de maîtrise des coûts et de promotion de « bonnes pratiques de prescription » – à condition que :

- les remboursements se fassent non sur la base du générique « le moins cher », mais sur la base d'une « moyenne » des prix des différentes génériques mis sur le marché ; ce qui en outre favorisera la concurrence (ainsi que l'emploi des cadres) et garantira la « qualité » du produit ;
- l'approvisionnement du marché soit régulier et ne subisse pas des fluctuations importantes.

A propos du « formulaire », les difficultés (notamment au niveau du financement et de l'édition) entravant sa parution régulière doivent être résolus.

**3.** L'Ordre des médecins vous prie d'intervenir auprès de la CNAM pour qu'il soit mis fin à certaines pratiques de « marketing » utilisées par cet organisme en vue « d'orienter » les patients vers des médecins conventionnés (dont les listes sont affichées dans ses locaux ou diffusées dans des organes

de presse) ; voire vers « certains » médecins conventionnés à l'exclusion d'autres; ou même dans certaines situations vers des «médecins conventionnés» de spécialités «apparentées» (?) à celle pour laquelle il n'existe pas de médecin conventionné proche; un confrère a même été pour les besoins de la cause, « requalifié » par la CNAM dans une spécialité qui ne lui est reconnue, ni par l'Ordre, ni par l'université. Ces pratiques sont à condamner, surtout si – comme cela nous a été rapporté – des médecins-conseils en sont les acteurs. Du fait de son appartenance au secteur de la santé, la CNAM est tenue au respect de la règle déontologique et d'une éthique.

A long terme, les objectifs de la réforme de l'assurance-maladie, y compris le pilotage des équilibres financiers, ne peuvent être atteints sans le partenariat et l'adhésion – obtenue par la négociation - des médecins : la marginalisation (de groupes particuliers), le dénigrement, l'affrontement ne sont pas la solution, même si pour un temps ils peuvent faire partie d'une stratégie.

4. Pour les médecins qui refuseraient encore le conventionnement, une solution est à imaginer afin que les patients cotisant à l'assurance-maladie qui continueraient à les consulter – « en connaissance de cause » – bénéficient de remboursements sur une base à définir (dans une charte).

Image du  
Médecin

## LE MEDECIN DE LIBRE PRATIQUE TEL QU'IL SE PERÇOIT

L'enquête dont les résultats sont présentés ci-après a été réalisée en juin 2007, par l'Ordre des Médecins et l'Institut National de la Santé Publique (Hajer Ben Gobrane, M. Hsairi), auprès d'un échantillon représentatif de 108 médecins libéraux, par auto-questionnaire qui leur a été adressé par voie postale ; 76 ont répondu (31 généralistes, 25 appartenant à des spécialités médicales et 20 à des spécialités chirurgicales). Le questionnaire explore certaines dimensions de l'exercice et du vécu du médecin.

### Résultats

#### 1. Vie quotidienne

##### • Place du médecin dans la société :

- 72 % jugent le "rang" qu'ils occupent dans la société (standing) satisfaisant ;
- Pour 89 % l'image du médecin dans la société est bonne; Cependant 40 % auraient choisi un autre métier (enseignant universitaire, dans le commerce...) s'ils avaient su !...

##### • Qualité des rapports (notée sur une échelle allant de 1: très mauvaise à 10 : excellente) avec

- les confrères : score moyen 6,5 ± 1,9 ;
- les patients : score moyen de 7,8 ± 1,2

##### • Consommation : Répartition de la "dépendance moyenne du ménage de médecin(s)"

Les besoins	Part en % des dépenses
Dépenses professionnelles	22,5±15%
Formation médicale	6,4 +9,6%
Nourriture	24,5+10%
Loisirs et vacances	9,7+8,1%
Logement	15,7+12,1%
Entretien véhicule	9,6+9,2%
Autres charges	11,6+9,1%

##### • Locaux professionnels, habitation

31% sont propriétaires de leur cabinet. Ceux qui sont locataires ont souvent des rapports difficiles avec le propriétaire du local (60%) dont les raisons sont les hausses intempestives, sans concertation, du loyer, le chantage au départ et les prix excessifs (40%).

Pour financer leur installation, les médecins ont fréquemment recours au prêt. Ce prêt étant contracté auprès du fond d'aide « FONAPRA » pour 51,1%, de la Banque de solidarité « BTS » (28%), ou d'une autre banque (15%) ; il s'agit rarement d'un prêt leasing (4,3%).

(76,7%) sont propriétaires de leur logement, les plus âgés (40 ans et au-delà) à plus de 80%, les plus jeunes (moins de 40 ans) dans une proportion de 44%.

77,7% possèdent un ordinateur, 64,1% sont abonnés au réseau internet.

		Propriétaire cabinet (%)	Propriétaire logement (%)
Selon le sexe	Masculin	32,4	78,6
	Féminin	20,0	60,0
Selon la catégorie d'âge	<40	NS	NS
	>40	11,1	44,4
		34,3	82
Selon la qualification	Généraliste	NS	p=0,023 S
	Spécialiste	30,4	65,2
		32,1	81,1
Selon le lieu d'exercice		NS	NS
	Ville universitaire	30,4	78,6
	Autre	31,6	70,0
Ensemble		NS	NS
	%	31,1	76,7

#### 2. Opinion sur les prestations qui leur sont fournies en tant qu'affiliés à une caisse d'assurance sociale.

- Le niveau de la cotisation est jugée excessif par 62%;
- Les prestations d'assurance maladie : 80% d'insatisfaits ;
- Les prestations de retraites : 80% d'insatisfaits.

### 3. Effets attendus de la réforme de l'assurance maladie sur:

- Leurs conditions d'exercice : 80% aucune amélioration ;
- Leur situation matérielle : effet négatif pour 2/3 (en raison de l'augmentation des « charges » et de la diminution des honoraires) ; toutefois il existe des différences entre généralistes et spécialistes (appréciation positive pour 44% des premiers et pour 22% des spécialistes) ;
- La relation médecin-malade : 50% aucun effet ; 50% effet positif ;

### 4. Les médecins et le Conseil de l'Ordre

- Participation aux élections : 40% régulier ; 42% épisodique ; 18% nulle ;
- Lecture du Bulletin : 48% régulière ; 49% intermittente/partielle ; 3% nulle ;
- Attentes vis-à-vis de l'Ordre : plus d'engagement dans la défense des intérêts matériels et moraux (50%) ; action plus soutenue en matière de respect de la déontologie (9%)

### 5. Promotion de l'image du médecin : propositions d'actions visant :

- au respect scrupuleux de la déontologie par tous (27%) ;
- à l'amélioration du pouvoir d'achat (16%) ;
- à la maîtrise de la démographie médicale, notamment par la diminution des effectifs d'étudiants (7%) ;
- au renforcement de la Formation médicale continue (11%)

### Commentaires

La dégradation de l'image du médecin, la méconnaissance par le corps social des difficultés d'exercice de la médecine font que les praticiens sont de moins en moins satisfaits de leur profession et de leurs conditions matérielles; selon une étude récente, réalisée en Lituanie plus de 3/4 des médecins

auraient un même avis que leurs collègues tunisiens, concernant l'avenir et leur choix de carrière.

La majorité des médecins sont propriétaires de leur logement; la part du budget que le « médecin moyen » consacre aux loisirs, quoique modérée, est supérieure à celle de la population générale tunisienne alors que celle réservée à l'alimentation, est comparable à celle d'un « cadre » tunisien ou d'un européen "moyen". Toutefois le sentiment de la dégradation de leur situation sur le plan matériel et social est compensé par la satisfaction du devoir accompli et la reconnaissance des patients.

Quant à la réforme de l'assurance maladie en cours de finalisation, elle suscite de nombreuses interrogations et des inquiétudes en raison de son manque de transparence, des difficultés administratives (paperasserie, lourdeurs du système de remboursement) et de la détérioration des rapports inter professionnels, notamment entre généralistes et spécialistes, qui risquent d'en découler.

En France, selon une enquête menée deux ans après l'instauration du nouveau régime des soins, 51% des médecins interrogés (49% des généralistes et 53% des spécialistes) pensent que celui-ci irait à l'encontre de la fluidité et de l'efficacité des prestations. Toutefois la majorité des médecins généralistes anticipent une amélioration de leurs conditions d'exercice et de leur situation matérielle grâce à la réforme.

Enfin, il ressort de notre enquête que les médecins de libre pratique ont une perception « floue » du conseil de l'Ordre des médecins, il serait éloigné de leurs préoccupations et insuffisamment ferme dans les situations où la déontologie est bafouée. Cette « distance » entre l'action de l'Ordre et les préoccupations de ses affiliés est notée dans l'étude réalisée par le CNOM français en 2006 où les « bonnes opinions » représentent 59 % des réponses.

Enquête réalisée en 1997 par questionnaire administré à leur domicile à 289 citoyens résidant dans le district de Tunis, par une étudiante en médecine. Le questionnaire comporte cinq rubriques (voir ci-dessous, résultats).

### RESULTATS :

#### 1. Critères de réussite professionnelle d'un médecin :

Deux critères émergent : un critère d'efficacité technique (aptitude à guérir les malades) et un critère relationnel. Les autres critères sont moins souvent cités. Le souci de l'efficacité technique est confirmé par les réponses à une deuxième question posée sous cette rubrique.

#### Critères de réussite professionnelle d'un médecin, selon les enquêtés\*

Critères de réussite (n = 281)	n	%
- Il est apte à guérir les malades.	102	36.3
- Il a de bonnes relations avec ses malades.	87	31
- Il est renommé.		
- Il est honnête.	43	15.3
- Il est habile sur le plan technique.	26	9.2
- Il a un nombre important de clients.	25	8.9
- Il a des diplômes élevés.	18	6.4
- Il est membre d'associations scientifiques	14	5

- Il a un beau cabinet.	6	2.1
- Il publie des travaux de recherche.		
- Autres :		
• Organisé dans son travail.	1	0.3
• Aime sa profession.	1	0.3
• Examine bien le malade.	12	4.3
• Interroge bien le malade.		

\* Le nombre des réponses est supérieur au nombre des enquêtés car il y a souvent plus d'une réponse par enquêté : (Total des réponses = 281 ; Total des % = 119, 1 %.)

#### 2. Comparaison entre médecin généraliste et médecin spécialiste

Cinq éléments ont été choisis pour procéder à cette comparaison. Comme nous le relevons, le généraliste et le spécialiste sont classés à égalité pour le respect de la probité dans l'exercice de la profession, dans l'écoute et la

communication avec le patient et dans la prise en compte de l'état psychique des malades. Le généraliste est, semble-t-il, plus apte à assurer la continuité des soins (tenue des dossiers médicaux). Le spécialiste, à l'inverse, serait plus apte à prendre des décisions appropriées.

#### 4. Attentes par rapport au médecin

Le premier point à souligner est que la majorité des enquêtés (87,5 %) estiment qu'il est important d'avoir un médecin personnel, et invoquent les raisons suivantes : connaissance des antécédents, continuité des soins, disponibilité, confidentialité et aptitude à donner des conseils et enfin rôle dans la prévention.

#### Comparaison entre médecin généraliste et médecin spécialiste (n = 287)

Critères de comparaison	Généraliste		Spécialiste		p
	n	%	n	%	
- Prendre des décisions appropriées	59	20.5	115	40	< 0.001
- Tenir des dossiers médicaux	103	35.9	55	19.1	< 0,001
- Ecouter un patient et communiquer avec lui	68	23.7	82	28.6	NS
- Prendre en compte les éléments émotionnels.	80	27.9	99	34.5	NS
- Faire preuve de probité dans l'exercice de sa profession	54	18.8	51	17.7	NS

#### 3. Attitudes à l'égard du médecin généraliste.

Pour évaluer la perception que les enquêtés ont du médecin généraliste, nous leur avons demandé de se prononcer sur cinq affirmations, en nuancant leur opinion de 1 (accord total) à 5 (désaccord total). Le profil du généraliste, tel qu'il se dégage des réponses aux cinq questions, est le suivant : le médecin généraliste est le médecin de l'individu dans sa globalité, il est en partie médecin des "dépannages" et des "petites maladies", médecin des pauvres, conseiller et confident des familles et un point de passage vers le spécialiste. A la question " quand vous avez la possibilité de choisir, préférez-vous recourir en premier lieu à un médecin généraliste ou à un médecin spécialiste ", la majorité (55,5%) des enquêtés répondent " à un médecin généraliste " et 39,6% " à un médecin spécialiste ". Dans le même ordre d'idée, 58% des répondants seraient favorables de faire du généraliste un passage obligé vers le spécialiste, contre 42% d'avis contraire. Au total, les attitudes favorables à l'égard du médecin généraliste l'emportent nettement sur les attitudes défavorables.

Par contre, 49,1% des enquêtés seulement consultent régulièrement le même médecin, le plus souvent un médecin généraliste (28,3%), moins fréquemment un médecin spécialiste (18,7%) ; rarement (2,1%), deux médecins sont consultés régulièrement un généraliste et un spécialiste. Les trois quarts des répondants (74,7%) n'ont pas de préférence pour un médecin de sexe déterminé. Le quart qui préfère consulter un médecin d'un sexe déterminé souhaiterait que ce soit plutôt un homme (15,6%) qu'une femme (9,7%). De même, la majorité (65,1%) ne manifeste pas de préférence pour un médecin plutôt âgé ou plutôt jeune. Mais ceux qui préféreraient un médecin d'un âge donné penchent pour un médecin âgé (26,6%).

Concernant les attentes que les enquêtés déclarent à propos de leur médecin, elles sont pour la plupart de nature technique et non pas relationnelle. La majorité attend qu'il donne un traitement efficace (55 %), 35 % souhaitent qu'il examine correctement ses malades et 8,6 % parmi eux attendent qu'il prescrive des examens complémentaires.

<sup>1</sup> Le résultat de cette enquête dont les auteurs sont M. K. Chahed, Maghazaoua, A. Ben Hamida, B. Zouari (Faculté de Médecine de Tunis) ont été publiés dans la Tunisie Médicale en 2001.

## A PROPOS DU « DROIT A LA SUBSTITUTION DES MEDICAMENTS »

Le CNOM a été invité par la Commission des Affaires Sociales et de la Santé du Parlement pour donner son avis sur le projet de loi autorisant le pharmacien à délivrer au patient un médicament différent de celui prescrit par le médecin mais ayant la même dénomination commune internationale (D.C.I) La séance a eu lieu le 11/2/2008 au Bardo, les débats ont été dirigés par la présidente de la commission qui a demandé aux invités, représentant les Ordres des médecins, des dentistes et des pharmaciens ainsi que le syndicat des fabricants de médicaments, de donner leur avis sur ce projet et de répondre aux demandes d'éclaircissement de mesdames et messieurs les députés, membres de la commission.

La position de l'Ordre des médecins qui a été développée devant la commission, est la suivante :

1. Un médicament (original ou générique) qui a obtenu l'A.M.M. Tunisienne est censé répondre aux normes qui garantissent les spécificités du produit et le descriptif fourni par le fabricant.
2. A efficacité égale, le médecin a pour obligation de prescrire les thérapeutiques les moins onéreuses. La prescription par génériques est réputée contribuer à la réduction des coûts des prestations de santé. La maîtrise des dépenses de santé est un objectif auquel le conseil de l'Ordre adhère pleinement. Pour autant, autoriser le pharmacien – qui plus est par acte de loi – à exercer un contrôle – « de qualité ? » – sur l'ordonnance du médecin et à en modifier le contenu, sera perçue par la majorité des patients comme un acte de défiance vis-à-vis du corps

médical. La relation entre le médecin et « son » patient en sera d'autant plus affectée que la réforme de l'organisation des soins vise à mettre en place la médecine familiale. De surcroît, la « substitution » exacerbera les susceptibilités ce qui générera des conflits interpersonnels et exacerbera les corporatismes. Dans certaines situations extrêmes - par exemple la survenue d'effets secondaires attribués à un produit « substitué » -, elle risque d'engendrer un contentieux difficile à dénouer par l'autorité (sanitaire, voire judiciaire) devant laquelle le litige est porté.

3. Pour un patient souffrant d'une maladie chronique, il est préférable que la substitution par un générique du produit qui lui est familier depuis plusieurs années soit introduite et longuement commentée par son médecin traitant, dans le cadre - respectueux du secret médical, de l'intimité et de la

pudeur du patient - du cabinet médical et non devant « témoins », au comptoir.

4. L'Ordre des médecins tout en affirmant sa confiance dans l'efficacité des génériques dont la vente est autorisée par les autorités sanitaires (A.M.M.), estime que l'appréhension du public vis-à-vis de ces produits ne pourra être surmontée que si leur introduction dans les traitements est longuement argumentée par le médecin.

5. L'information - aussi actualisée que possible - sur les génériques disponibles sur le marché tunisien et sur leurs spécificités (efficacité, biodisponibilité, recommandations des sociétés savantes, coûts) doit cibler en priorité les médecins et leur parvenir dans les meilleurs délais ; les fluctuations de l'approvisionnement du marché doivent être maîtrisées.

## A PROPOS DES ETUDES DE BIOEQUIVALENCE

Les études de bioéquivalence ne sont pas requises et les produits sont reconnus équivalents sans besoin de produire des études dans les situations suivantes:

1. Produits administrés par voie parentérale en solution aqueuse, contenant le même Produit actif (P.A) avec les mêmes excipients ou des excipients similaires à des concentrations comparables

Certains excipients (anti-oxydants, conservateurs, tampons) peuvent être différents s'il n'ont pas d'impact sur la sécurité et l'efficacité du produit.

2. Quand les produits pharmaceutiques sont des solutions pour usage oral (ex : sirops, élixirs, teintures) et contiennent des PA aux mêmes concentrations molaires et des excipients essentiellement comparables sur le plan concentration. Les excipients connus comme modifiant le transit ou la perméabilité gastro-intestinale ou qui affectent l'absorption ou la stabilité du PA dans le tube digestif doivent être étudiés de manière critique.

3. Quand les produits équivalents pharmaceutiques sont des poudres à reconstituer sous forme de solution en respectant les critères 1 et 2 ci-dessus.

4. Quand les équivalents pharmaceutiques sont sous forme de gaz

5. Quand les produits équivalents pharmaceutiques sont des préparations oculaires ou auriculaires sous forme de solution aqueuse et contiennent les mêmes excipients aux mêmes concentrations molaires et essentiellement les mêmes excipients à des concentrations comparables. Certains excipients conservateurs, tampons, "iso tonicité" peuvent être différents si leur usage n'affecte pas la sécurité ou l'efficacité du produit

6. Quant les équivalents pharmaceutiques sont des produits topiques préparés en solution aqueuse et contiennent les mêmes PA aux mêmes concentrations et des excipients essentiellement similaires à des concentrations comparables.

7. Quant les produits équivalents pharmaceutiques sont des solutions aqueuses : nébuliseurs ou spray nasal administrés avec des dispositifs essentiellement similaires et contenant les mêmes PA. aux mêmes concentrations et des excipients essentiellement similaires à des concentrations comparables.

Des excipients différents peuvent être intégrés s'il n'y a pas d'effet sur la sécurité et sur l'efficacité du produit.

D'après:  
WHO EXPERT COMMITTEE ON SPECIFICATIONS  
FOR PHARMACEUTICAL PREPARATIONS:  
WHO Tech. Rep 937/2006  
WHO Tech. Rep 943/2007  
[www.who.int/medicines](http://www.who.int/medicines)  
Rubrique Publications

## COMPOSITION DES BUREAUX DES CONSEILS REGIONAUX DE L'ORDRE

Suite aux élections pour le renouvellement de la moitié des membres des conseils régionaux de Béja, Tunis, Sousse, Sfax et Gabès et aux élections des membres du bureau du nouveau conseil régional de Gafsa qui se sont déroulées le 12 janvier 2008, la composition des bureaux est comme suit :

<b>GAFSA</b>	<b>NOMS et PRENOMS</b>	<b>FONCTION</b>
	Zine Elabidine MISSAOUI	Président
	Noureddine RABHI	Vice Président
	Noonem EL ACHKHAM	Secrétaire Général
	Imed BRAHMI	Secrétaire Général Adjoint
	Sabeur GHERIBI	Trésorier
	Rim EL ACHKHAM	Membre
	Othman KHALDI	Membre
Abdelghani CHAABANI	Membre	
<b>TUNIS</b>	<b>NOMS et PRENOMS</b>	<b>FONCTION</b>
	Fayçal BEN SALAH	Président
	Emna MENIF	Vice Président
	Hatem JABBES	Secrétaire Général
	Sadok EL HAMMAMI	Secrétaire Général Adjoint
	Samir CHTOUROU	Trésorier
	Taieb BASSOUMI	Membre
	Jalel BOUBAKER	Membre
Samy ALLAGUI	Membre	
<b>SOUSSE</b>	<b>NOMS et PRENOMS</b>	<b>FONCTION</b>
	Faouzi BOUGUERRA	Président
	Med Fathi B. ALAYA	Vice Président
	Foued BOUZAOUECHE	Secrétaire Général
	Mohamed LIOUANE	Secrétaire Général Adjoint
	Riadh B. HAMIDA	Trésorier
	Lazhar CHAMLI	Membre
	Sahbi DIMASSI	Membre
<b>SFAX</b>	<b>NOMS et PRENOMS</b>	<b>FONCTION</b>
	Abdeljalil GDOURA	Président
	Awatef ZOUARI-TURKI	Vice Président
	Hassen TURKI	Secrétaire Général
	Samy KAMMOUN	Secrétaire Général Adjoint
	Anouar ABDELKAFI	Trésorier
	Amine GHORBEL	Membre
	Adlene ABDELHEDI	Membre
Mohamed HAMMAMI	Membre	
<b>BEJA</b>	<b>NOMS et PRENOMS</b>	<b>FONCTION</b>
	Ameur HASNAOUI	Président
	Fadhel BEDHIEFI	Vice Président
	Ridha CHAOUKI	Secrétaire Général
	Abdellatif TOUJANI	Secrétaire Général Adjoint
	Azouz AMDOUNI	Trésorier
	Med Ali DJELASSI	Membre
	Féthi REZGUI	Membre
Kamel AMAMOU	Membre	
<b>GABES</b>	<b>NOMS et PRENOMS</b>	<b>FONCTION</b>
	Hédi SAULA	Président
	Abdelhakim KORCHID	Vice Président
	Med Mongi BOUKHCHINA	Secrétaire Général
	Sami KRIMI	Secrétaire Général Adjoint
	Mohamed DZIRI	Trésorier
	Taoufik HAMMAMI	Membre
	Abdelhamid BEN H'MED	Membre

## PARTICIPATION AUX ELECTIONS DE L'ORDRE BREVE RETROSPECTIVE

Le degré de participation des médecins aux élections en vue du renouvellement des bureaux de l'Ordre, est dans l'ensemble faible : le taux de participation a culminé à 42% lors du scrutin organisé en 1965 (les médecins se comptaient alors par dizaines, la majorité exerçant à Tunis) ; il est compris entre 11 et 24% entre 1970 et 1990, la plupart des votes ayant été effectués par correspondance. Les scrutins organisés en 2000 et au cours des années suivantes confirment l'intérêt très relatif des praticiens pour les votes (tableau). Les motivations de cette désaffection paraissent en première analyse complexes : le manque de « visibilité » de

l'institution en est-il la cause? Ou bien est-ce la manifestation de la défiance vis-à-vis de l'Ordre, vécu comme "rouage" destiné à surveiller la profession et à faire régner la "discipline" ? Ou s'agit-il au contraire d'une marque de confiance (en quelque sorte un chèque en blanc) manifestée à ceux qui se portent volontaires à la fonction de conseiller et qui consacrent, à titre bénévole et de façon totalement désintéressée, une partie de leur temps à gérer de façon efficace et respectueuse de la confraternité, les nombreuses tâches déléguées à l'Ordre par l'autorité publique ? Cette problématique mériterait une analyse approfondie...

**Tableau : Participation aux élections**

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

## REUNION DU CONSEIL NATIONAL AVEC LES SYNDICATS DE MEDECINS LIBERAUX

Le conseil national a tenu des réunions de travail avec les deux syndicats représentatifs des médecins libéraux. Au cours de ces réunions, le principal sujet d'échanges a été « le suivi de la réforme de l'assurance maladie », particulièrement certaines dispositions de la convention sectorielle.

En vue du rapprochement des points de vue et de la concertation, l'organisation d'une table ronde regroupant les divers partenaires est envisagée.

L'autre sujet évoqué a été la fourchette des honoraires dont la révision par la commission ordino-syndicale est envisagée au cours des prochaines semaines.

Enfin divers sujets intéressants notamment la vie de l'Ordre (élections), et la profession (respect et actualités de la déontologie), ont été passés en revue.

## ANNONCES

Vient de paraître (en langue Arabe) une excellente mise au point :

### مقدمة إلى الأخلاقيات الطبية

(391 pages), lexique, riche bibliographie, (6 parties traitant des aspects éthiques dans les divers domaines de la pratique médicale) ; L'auteur, le professeur Mohamed Salah Ben Ammar est un homme d'expérience, passionné par les problèmes éthiques. Procurez-vous cet ouvrage.

### L'Ordre publiera prochainement :

- Le tableau ainsi qu'un annuaire des médecins de Tunisie
- Un ouvrage relatant l'histoire de l'Ordre depuis sa création à ce jour ;

Les derniers préparatifs, avant édition, arrivent à leur terme.

## ACTUALISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS FIGURANT AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MÉDECINS

**Rappel de l'engagement signé par le médecin au moment de son inscription au Tableau de l'Ordre des médecins (extraits)**

« ... Je m'engage à répondre à toute demande de renseignements faite par l'Ordre. J'autorise toutes vérifications et je m'engage à envoyer au Conseil de l'Ordre des Médecins un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes.. ».

En conséquence et pour des raisons multiples – outre cet engagement - si vous avez changé de

- Identité (par ex, en cas de mariage / divorce / ou par un jugement).

et/ou

- Adresse professionnelle, numéro (s) de téléphone (s) fixe (s) ou portable(s).

et/ou

- Statut professionnel (par ex: de AHU à MCA; chef de service...)

et/ou

- Mode d'exercice (par ex: de médecin de la santé publique à médecin de libre pratique, de " sans activité " à MSP ou MLP...)

et/ou

- De spécialité ou de compétence validé(é)(s) par le conseil national de l'Ordre des médecins,

Vous êtes prié de compléter le formulaire (détachable selon le pointillé) ci-dessous et de l'envoyer par email (cnom@planet.tn) ou courrier au Conseil Régional ou au Conseil national de l'Ordre des Médecins : 16, Rue de Touraine, Tunis



	Nouveau	Ancien
<b>Nom Prénom</b>		
<b>Adresse professionnelle</b>		
<b>Tél: fixe/Portable Adresse électronique</b>		
<b>Spécialité Compétence(s)</b>		
<b>Statut professionnel</b>		
<b>Mode d'exercice</b>		
<b>Autre</b>		