

Le Bulletin

D'INFORMATION

DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

Editorial

CINQUANTENAIRE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

« Le Président Zine El Abidine Ben Ali a reçu du Conseil national de l'Ordre des médecins un message à l'occasion de la célébration du cinquantenaire de sa création, dans lequel il lui exprime, au nom de tous les médecins tunisiens, ses sentiments de considération et de gratitude pour sa décision généreuse de consacrer un lot de terrain au projet de construction de la maison du médecin, une décision qui est venue confirmer, une nouvelle fois, l'attention majeure qu'il accorde au corps des médecins.

Le conseil y fait part également de la reconnaissance des médecins au Président de la République pour son souci de réunir tous les

facteurs de réussite et de rayonnement à la célébration de cet anniversaire. Ils réaffirment leur fierté de cet événement précieux qui reflète le patrimoine d'expérience authentique de la médecine en Tunisie et qui constitue une occasion propice pour remémorer les réalisations et réussites accumulées, un demi-siècle durant, ainsi que la mutation connue par le secteur de la médecine, depuis l'avènement du Changement, grâce à la volonté constante du Président Ben Ali d'aménager toutes les conditions appropriées pour être au diapason de la médecine évoluée et améliorer le rendement du dispositif sanitaire, toutes composantes confondues ».

S
O
M
M
A
I
R
E

EDITORIAL	1
LE CONSEIL (NATIONAL) DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE FETE LE CINQUANTIEME ANNIVERSAIRE DE SA CREATION	2
PROGRAMME DE LA CEREMONIE DE COMMEMORATION	2
AUDIENCIE DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE	3
AUDIENCIE DE MONSIEUR LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE ET DES TUNISIENS A L'ETRANGER	4
EVALUATION DE LA CONVENTION SECTORIELLE DES MEDECINS LIBERAUX	4
LETRE A MONSIEUR LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE ET DES TUNISIENS A L'ETRANGER	5
L'ARTICLE 65 DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE (CDM) ET L'AFFILIATION DES MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE A LA CONVENTION SECTORIELLE	5
AUDIENCIE DE MONSIEUR LE MINISTRE DES FINANCES ET DE MONSIEUR LE SECRETAIRE D'ETAT AUPRES DU MINISTRE DES FINANCES, CHARGE DE LA FISCALITE	6
CONTROLE FISCAL ET RESPECT DU SECRET MEDICAL	7
INSTALLATION DU CABINET AU DOMICILE	7
LES MEDECINS ET LES MEDIAS : REGARDS CROISES	8
LE POINT DE VUE DU JOURNALISTE - ETHIQUE JOURNALISTIQUE ET INFORMATION MEDICALE	8
L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE DOMAINE MEDICAL	9
REUNION DE COORDINATION : COMPTE RENDU DES DEBATS	11
PRESENCE DE L'ORDRE A DES COMITES SPECIALISES	11
QUATRIEMES ASSISES DE LA MEDECINE DU SPORT	12
COMMUNIQUE	12
LITIGES, PLAINTES, DISCIPLINE	13
IMPORTANT, URGENT	13
DEMOGRAPHIE MEDICALE 1	15
DEMOGRAPHIE MEDICALE 2	16
DEMOGRAPHIE MEDICALE 3	17
DEMOGRAPHIE MEDICALE 4	18
DEMOGRAPHIE MEDICALE 5	19
ANNONCES	20

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

Mme. Saliha Oubeidallah

LE BULLETIN - N° 29 - Décembre 2008 - 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 - Site: www.ordre-medecins.org.tn

Une cérémonie de commémoration du cinquantenaire de l'Ordre a été organisée dans un établissement de la capitale, le samedi 6 décembre 2008. L'assistance était nombreuse, l'ambiance chaleureuse et conviviale.

L'assemblée était un joyeux « melting-pot », cinq générations de médecins y étaient représentées. Le Président d'honneur de l'Ordre des médecins (membre en tant que Secrétaire Général ou Président au sein des bureaux qui se sont succédés de 1958 à 1984), le premier doyen d'une faculté de médecine tunisienne, des médecins responsables politiques et administratifs, des pionniers de l'enseignement médical (médecins, chirurgiens, fundamentalistes...), et tant d'autres qui ont œuvré à la mise en place et à la consolidation du système de soins y côtoyaient les jeunes.

Au cours de la cérémonie protocolaire présidée par Monsieur la Ministre de la Santé Publique, des médecins et des organisations humanitaires oeuvrant dans le secteur de santé ont été honorés ; la médaille du mérite ordinal, décernée par l'Ordre des médecins leur a été remise. Il s'agit de :

MAHREZI Mohamed Hadi, EL MEKKI Laroussi, KALLEL Zouhaier, JENAYAH Faouzi, BAHRI Hichem, DJILANI Habiba, BOUDJEMAA Slaheddine, FARHAT Mohamed, BOUZAKOURA Chadli, ZMERLI Saadeddine, DARGOUTH Moncef, BOUSSEN M'Hamed, BOURICHA Hedi, MEJERI Mohamed Ridha, MARRAKCHI Hassouna, BOUKER Tahar, SAIED Mohamed Hachmi, BOUZAYENE Ali, GHARBI Slaheddine, EL OUAHCHI Sadok, BEN FAYALA Mohamed, BEN MOUSSA Mohamed Moncef, JAZIRI Ammar, ZAOUI Ennouri, ENNABLI Ezzeddine, BEN ISMAIL Mohamed, GUEDICHE Ezzeddine, SELLAMI

Abdelhafidh, SLIMAN Nouredine, DAGHFOUS Jalloul, BOUKHRIS Rafik, MBAZZAA Abderraouf, TRIKI Ali, MEDDEB HAMROUNI Laroussi, HAFSIA Abou El Kacem Fathy, BEN LAMINE Mohamed Faouzi, JEDDI Mohsen, MZABI Mohamed Ridha, ZGAYA Mohamed, MEKNINI Béchir, MTIMET Sadok, BOUCARD MTIMET Brigitte, MEZIOU Mohamed Lamine, ZRIBI Ahmed, GHARBI Hassen, BEN HADJ SALAH Hedi, BEN RHOUMA Mohamed Tahar, JEDDI Essedik, NAGATI Khemais, GHARBI Slaheddine, BACHROUCH Ridha, EL GHARBI Taieb, AKEF Najib, HADDOUK Béchir, ALOULOU Mohamed Ahmed, HAMZA Radhi, LOUSSAIEF Mohamed Lassaad, HARBI Mohamed, FATTOUM Slaheddine, ACHOUR Habib, HALLEJ Nouredine, ZBIBA Mokhtar, KHALLADI Moncef, EL KAMEL Mahjoub, BOUSNINA Ali, LARABI Bechir, BEN FARHAT Mohamed Habib, DHAHRI Mohamed Allouche, ROMDHANI (MESSAI) Youssef, ANNABI Mohamed, ZLITNI Mohamed Mongi, HARBI Abdelhamid, AYOUB Ferid, EL MATERI Mohamed Aziz, DAUD Moncef, DEROUICHE Mohamed Fathi, BOUHLAKA BEN REJEB Saida, SAULA El Hedi, ESSOUSSI Ahmed Sahloul, HAMZA Mohamed Habib, BELKAHIA Chelbi Mohamed Habib, DAUD Abdelmajid, ZAHAF Abdelmajid, HORCHANI Ali, BAKIR Ali, BELHADJ BOUSNINA Souad, MAALEDJ Mohsen, ZOUARI Mohamed Bechir, LOUATI Abdeljalil, CHEBBI Mohamed Kamel, MECHMECHE Rachid, ZAUCHE Abdeljalil, BEN ROMDHANE Mohamed Mokhtar, ZBIDI Abdelkarim, SELLAMI Slaheddine, NAJEH Nabil, DJERIDI Mustapha, KAMMOUN Ridha et l'Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA (section de Tunis), le Croissant Rouge Tunisien, la Ligue Tunisienne contre la Tuberculose et les maladies respiratoires, Nadi El Bassar

PROGRAMME DE LA CEREMONIE DE COMMEMORATION

• TABLE RONDE

Présidents de séance : Messieurs les docteurs Brahim GHARBI, Mohamed GUEDICHE, Hédi MHENNI

14 h 30 – 15 h 45 : Médecine et culture

Panel animé par le docteur Mohsen MAALEJ avec la participation des docteurs Azza FILALI (romancière/essayiste), Moncef GUIGA (artiste-peintre), Mokhtar BEN ISMAIL (poète), Lotfi MRAIHI (musicologue/musicien).

16 h 00 – 18 h 00 : L'Ordre national des médecins : le passé, le présent, l'avenir

Exposés introductifs des docteurs Mohamed Ahmed ALOULOU (historique) et Mohamed Nejib CHAABOUNI (perspectives) suivi de panel sur le thème « quel avenir pour l'Ordre des médecins ? » avec la participation des docteurs

Ferid AYOUB, K. AYACHI, Mounir BEN SLAMA, Najah CHNITI, Fathi DEROUICHE, Mounir MAKNI, Fethi TEBOURBI, Taoufik NACEF.

• Parallèlement **UNE EXPOSITION D'ŒUVRES DE MEDECINS** était organisée dans une salle attenante de celle où les débats avaient lieu (à partir de 14 h 00). **Les artistes peintres et photographes d'art** exposant sont : Anouar ABDELKEFI, Raja ANENE, Ferid AYOUB, Hichem BELGUTH, Thouraya BEN ABLA, Abdelmajid BEN HAMIDA, Moncef BEN MOUSSA, Samir BOUASSIDA, Amina BOUJENAH, Samir BOUKTHIR, Lilia BOURAOU, Kais BOUSSEN, Ouarda CHAOUCH, YEDES, Leila DOUIK GHARBI, Bassam DRISS, Nadia GHARBI, Nabiha GUEDDANA, Moncef GUIGA, Monia HADDAD, Nouredine HADJ SASSI, Khelil HAMZA, Wahid HASSINE, Ali HORCHANI, Chiraz JAAFORA

MAKNI, E. JAMOSSI, Emna KHALFAOUI, Ghaliya LAKHDAR GHATTAS Lilia MAHJOUR, Mounir Youssef MAKNI, Nadia MHIRI, Samia MHIRI, Hedi RZIGUA, Amira YACOUBI. Quant aux écrivains dont les ouvrages ont été présentés, il s'agissait de : Sleim AMMAR, Taoufik BACHTA, Mohamed Salah BEN AMMAR, Mokhtar BEN ISMAIL, Azza FILALI, Amor CHADLI, Mohamed Hédi MEHERZI, Hédi MHENNI, Mohamed NACEF, Moncef ZITOUNA.

• **ALLOCUTION de Monsieur Mondher Zenaidi, Ministre de la Santé Publique à 17 H 50**

• **REMISE DE LA MEDAILLE du mérite Ordinal à partir de 18H15.**

• **CONCERT de Musique Classique Arabe** par la troupe de la Faculté de Médecine de Tunis de 19H00 à 20 H 00 : L'Orchestre était composée de : Béchir GHARIANI, Youssef HLAWI, Molka SEBAI, (OUD) ; Syrine ABID, Lotfi ABIDI, Housseem BEN AYED, Amine FELFEL, Tarek BEN YAKHLEF (VIOLON) ; Lamia FEKIH (KANOUN), Samir BEN REHOUMA (CONTREBASSE); Achraf BEN YAKHLEF (PERCUSSION), Sami BAHROUN (NAY)

La Chorale était composée de : Maamoun BEN CHEIKH, Mohieddine BOULARES, Imene KSONTINI, Hend KHOUBINI, Samia BEN ZINEB, Rym MHAJOUR, Tahar KHALFALLAH, Narjess KHALFALLAH, Sarra BEN JILANI, Sejl ITIMED, Riadh REKIK, Khalef CHERIF, Amira ZANGHAR, Rym HAMROUNI, Najla BESBES.

• **RECEPTION à partir de 20 H 00**

AUDIENCES

AUDIENCE DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

La rencontre de Monsieur Le Ministre de la Santé Publique avec le Conseil national de l'Ordre des médecins a eu lieu le 21/10/2008 à partir de 15 h 30. Cette audience fait suite à l'entretien du Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins avec Monsieur le Ministre de la Santé Publique en date du 16/10/2008. Outre le suivi des résolutions prises lors de la précédente rencontre (octobre 2007), cette réunion avait pour objectifs de passer en revue des sujets d'actualité sur lesquels l'attention de l'Ordre a été attirée par des membres de la profession. Les sujets à l'ordre du jour ont été notamment :

- les conditions de la collecte des impôts auprès des médecins libéraux ainsi que la légitimité de la taxe sur les plaques ; le principe de l'institution de cette taxe laisserait à penser que la pratique médicale libérale est implicitement assimilée à une activité commerciale sans que toutefois l'octroi de certains avantages, tels que le droit au maintien, liés à cette activité soient octroyés ;
- le suivi de la réforme de l'assurance maladie, notamment les difficultés rencontrés par les médecins non conventionnés (et leurs clients), ainsi que l'absence de perspective concernant les solutions pouvant être envisagées pour la « sortie de cette crise » ;
- la poursuite de la révision de certains chapitres de la nomenclature des actes professionnels ;
- les problèmes, particulièrement déontologiques, générés par les activités « d'exportation des services médicaux » ;
- les attaques répétées, souvent grossières et calomnieuses, portés contre les médecins – malheureusement avec parfois la « complicité » de confrères – dans les médias écrits et audio-visuels ;
- les placards publicitaires outrageusement mensongers (vantant les méthodes utilisées par des guérisseurs) dont l'insertion est tolérée par certains médias, en dépit des règles déontologiques et éthiques énoncées par le code de la presse;
- la révision de la liste des compétences médicales (à la

lumière notamment du développement des spécialités et de la démographie médicale galopante) et la mise en conformité des enseignements dispensés dans les facultés avec la pratique professionnelle ; l'Ordre a rappelé les analyses qu'il avait faites et dont il a informé le Ministère;

- la remise à l'ordre du jour de l'organisation et de la mise en place de la Formation Médicale Continue ; certaines études datent de la fin des années 1980, une ébauche d'organisation avait même été mise en place ;
- la politique de prévention (vaccination, lutte contre les fléaux, protection maternelle et infantile) à la lumière de la réforme de l'assurance-maladie, (instituant notamment des filières indépendantes et un plafond de dépenses) et de la politique de libéralisation ; l'objectif est au moins de maintenir les acquis, voire d'améliorer les niveaux des indicateurs de santé. L'expérience démontre que les « choix » auxquels pourraient être amenés les particuliers se feront en premier lieu aux dépens des actes en rapport avec la prévention ;
- le projet de construction de la « Maison du médecin ».

Divers autres sujets ont été soulevés par des membres du Conseil de l'Ordre (stationnement urbain, expertise médico-judiciaire, habilitation des experts, APC).

La réunion s'est tenue en présence de Madame le Secrétaire d'Etat et de hauts responsables du Département (dont le Directeur Général de la Santé). Monsieur le Ministre nous a informé :

- des programmes du Ministère de la Santé Publique et des initiatives prises par le département dans les divers domaines en rapport avec sa mission ;
- de son intervention auprès du Ministère des Finances pour que - concernant leur imposition - les médecins soient traités avec équité et en fonction des réalités de leur pratique tout en signalant que la contribution fiscale est un devoir de tout citoyen ;

- de son intervention auprès des responsables de la communication et de certains organes de presse pour que s'instaure une collaboration basée sur l'estime réciproque entre la presse et les médecins, et que les débats que peut susciter l'exercice médical soient traités avec objectivité, sérénité et dans un esprit constructif ;
- de son intervention auprès des responsables du Ministère de l'Intérieur et du Développement Rural pour que la situation créée par le prélèvement de la taxe sur les plaques soit clarifiée.

L'Ordre a assuré Monsieur le Ministre de sa volonté à œuvrer à la mise en œuvre des réformes : consolidation de l'activité préventive ; mise à niveau du secteur public, institution d'une « agence » de promotion de l'exportation des services chargée de veiller à la qualité des services et au respect des règles éthiques et déontologiques par les prestataires ; encadrement de la Formation Médicale Continue.... L'entrevue s'est déroulée dans une ambiance « studieuse » et cordiale.

AUDIENCES

AUDIENCE DE MONSIEUR LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE ET DES TUNISIENS A L'ETRANGER

Au cours de l'audience accordée aux membres du Conseil National de l'Ordre des Médecins par Monsieur le Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger, le 29/10/2008 au siège du département, Monsieur le Ministre nous a informé des développements de la réforme de l'Assurance Maladie, à travers un exposé exhaustif des étapes franchies et des difficultés surmontées depuis l'initiation du projet jusqu'à la phase actuelle. Ainsi les textes réglementant le fonctionnement du système, son organisation et son financement ont été promulgués en veillant à la cohérence de ces textes les uns avec les autres et avec la législation en vigueur. L'appel à adhérer à la convention lancée aux médecins a abouti à des résultats appréciables ; quant à l'enregistrement dans les divers régimes de l'assurance maladie des affiliés à la Caisse, la procédure suit son cours. En ce qui concerne les formalités accompagnant la prise en charge et le remboursement des prestations effectuées par les professionnels de santé, des efforts sont faits pour en améliorer l'efficacité ; des réglages restent à faire pour lever les goulots d'étranglement notamment dans les grands centres urbains où le niveau de la demande est

élevé. Compte tenu du recul (quelques mois), les résultats semblent prometteurs.

Concernant l'adhésion des médecins, Monsieur le Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger a indiqué qu'il est difficilement concevable de déroger à la règle établie par la convention sectorielle – d'autant qu'elle en est au tout début de son application ; il exprime le souhait que l'ensemble du corps médical œuvre à la réussite du projet et prenne une part active dans la réussite de la réforme et dans le processus d'évaluation de ses progrès.

Préalablement à la rencontre, le Conseil National de l'Ordre des médecins a adressé à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger, un document recensant les difficultés relatives à des aspects techniques de la réforme et à l'application de certains textes réglementaires ; il a demandé à ce que ces questions soient mises à l'étude, notamment dans le cadre de la procédure d'évaluation de la réforme programmée pour un avenir proche.

EVALUATION DE LA CONVENTION SECTORIELLE DES MEDECINS LIBERAUX

Dans le cadre de l'évaluation qui sera faite de la convention sectorielle des médecins libéraux, l'Ordre propose que les sujets suivants soient débattus.

- 1. La discipline :** comment concilier entre les dispositions et les procédures édictées par
 - la loi 91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin (particulièrement les chapitres V et II) ;
 - le Code de Déontologie Médicale ;
 - le décret 2005-3031 du 21 novembre 2005 relatif au contrôle médical (Article 10) ;
 - le décret 2005-3154 du 6 décembre 2005 relatif aux modalités et procédures d'adhésion (Article 21, le titre IV notamment) ;
 - la convention sectorielle ;

voire même la loi 2004-71 portant institution d'un régime d'assurance maladie (Titre VI : article 25) ou le Code de Travail.

- 2. la forfaitisation de certaines prestations** (chirurgie) par la CNAM et la conformité de cette mesure avec l'article 45 (paragraphe 1 et 2) du Code de Déontologie Médicale. Par ailleurs ce forfait englobe-t-il les honoraires de "l'aide" ? Corollaires à la question précédente : comment appliquer l'article 47 du Code de Déontologie Médicale ? Comment préserver l'intérêt du citoyen et de l'aide opératoire ?
Article 45 : le forfait d'honoraires pour la durée d'un traitement est interdit sauf pour les cas prévus par la législation et la réglementation en vigueur.
Le forfait pour l'efficacité d'un traitement est interdit en toutes circonstances.

Article 47 : *le chirurgien a le droit de choisir son ou ses aides opératoires. Les honoraires de ceux-ci peuvent, soit être réclamés par eux directement à l'opéré, soit figurer sur la note que le chirurgien remet à l'opéré. Toutefois, lorsque le chirurgien croit devoir confier les fonctions d'aide opératoire au médecin traitant, celui-ci doit présenter ses honoraires directement à l'opéré.*

3. la « communication » préalable à l'Ordre (Conseil Régional) du « contrat » d'adhésion individuelle du médecin à la convention sectorielle pour vérification de sa «conformité» avec les règles édictées dans le Code de Déontologie Médicale (article 65).

4. le « Statut » du médecin adhérent à la convention sectorielle est à préciser : doit-on le considérer comme salarié (avec les avantages sociaux découlant de ce statut) ? ou comme un libéral ayant signé une convention (d'exclusivité ?) avec la CNAM ?

5. la participation de l'Ordre à la mise au point du « dossier santé » ainsi qu'à l'organisation de la formation continue.

6. la prise en charge des actes de prévention ; c'est ainsi que le suivi pré et post-natal, la surveillance du nourrisson, la vaccination pourraient bénéficier du régime des « APCI ». L'objectif est de maintenir le cap voire d'améliorer les acquis en matière de couverture vaccinale des nourrissons ou du taux d'accouchement en milieu protégé... Il est en effet à craindre que les « choix » auxquels pourraient être amenés les particuliers, (soumis au plafonnement de leur dépense, ainsi qu'au choix d'une filière à l'exclusion d'autres), se feront en premier lieu aux dépens des actes en rapport avec la prévention.

Pour terminer, l'Ordre souhaiterait qu'il soit procédé à une révision de l'ensemble des textes législatifs et réglementaires (loi 91-21, code de déontologie médicale, lois et décret en rapport avec la réforme de l'assurance maladie, code du travail), régissant les divers modes de l'exercice médical – particulièrement la pratique libérale -, notamment pour leur mise en harmonie les uns avec les autres et leur « mise à jour ».

LETTE A MONSIEUR LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE ET DES TUNISIENS A L'ETRANGER

Objet : désignation des représentants de l'Ordre à des commissions de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)

Monsieur le Ministre,

Suite à votre correspondance du 31 octobre 2008, j'ai l'honneur de vous informer que l'Ordre des médecins a désigné ses représentants :

- à la commission nationale du contrôle médical (décret 3031/2005), Dr Mohamed Fethi Derouiche ;
- à la commission sectorielle des médecins de libre pratique (décret 3154/2005), Dr Mohamed Jouini.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre l'expression de mes sentiments respectueux.

L'ARTICLE 65 DU CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE (CDM) ET L'AFFILIATION DES MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE A LA CONVENTION SECTORIELLE

1. Que dit l'article 65 du Code de Déontologie Médicale (CDM) ?

L'Article 65 du CDM stipule : « L'exercice habituel de la médecine sous quelque forme que ce soit au service d'organismes soumis au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit sauf pour les médecins placés sous régime d'un statut fixé par l'autorité publique.

Tout projet de convention ou renouvellement, en vue de l'exercice de la médecine, doit être préalablement communiqué au conseil régional de l'ordre des médecins. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code, avec les clauses des contrats-types établis par le conseil national de l'ordre et les collectivités ou institutions et avec les dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au conseil régional de l'ordre une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre lettre relative au contrat soumis à l'examen du conseil ».

2. Quelle lecture peut-on faire de cet article ? dans quelles situations et pour quelles catégories de médecins doit-il être appliqué?

2.1. Les dispositions de cet article s'appliquent :

- à toute forme d'exercice de la médecine
- à tous les médecins exerçant la médecine, à l'exception des médecins placés sous régime d'un statut fixé par l'autorité publique.

En principe, la catégorie des « médecins placés sous régime d'un statut fixé par l'autorité » non concernée par l'article 65 est constituée des médecins régis par le statut de la fonction publique c'est-à-dire accomplissant leur mission dans des services à caractère administratif (fonctionnaires) et de médecins régis par le statut des agents des services à caractère industriel ou commercial (agents des entreprises publiques, des établissements publics à caractère industriel ou commercial « EPIC », des établissements publics non administratifs « EPNA »).

Quant aux autres catégories de médecins elles sont soumises aux dispositions de l'article 65 précité; c'est le cas notamment pour les médecins de libre pratique.

2.2. L'article 65 du code de déontologie médicale s'applique-t-il aux conventions passées par les médecins de libre pratique avec la C.N.A.M. ? Pour répondre à cette interrogation, il faut au préalable poser le problème du «statut» de la CNAM

La C.N.A.M. est-elle un organisme soumis au droit privé* ? Les textes de référence sont notamment la loi 2004-71 du 2 août 2004 et le décret 2005-321 du 16 Février 2005. Ainsi, la loi 71 de 2004 portant institution d'un régime d'assurance maladie a qualifié la CNAM d'établissement public à caractère non administratif (article 7) c'est-à-dire non soumis au droit public. Quant au décret 321 de 2005 portant organisation administrative et financière et définissant les modalités de fonctionnement de la caisse d'assurance maladie, il a donné à la CNAM des structures d'organisme privé et la soumet à la comptabilité commerciale.

* Il faut souligner de prime abord que l'article 65 désigne un organisme soumis au droit privé et non un organisme de droit privé

On peut déduire de ces deux textes que la CNAM est un organisme soumis au droit privé, du moins dans sa gestion et ses rapports avec le personnel.

Il faut noter au passage que la CNAM pourrait être soumise - par référence aux organismes similaires - aux règles de droit administratif concernant les relations avec les adhérents et d'une façon générale toutes les actions qualifiées d'actes de puissance publique.

2.3. Quid des relations de la CNAM avec les médecins de libre pratique ?

Les « contrats » passés par les médecins de libre pratique avec la CNAM sont des contrats passés par des personnes privées avec un établissement public non administratif (EPNA) donc des contrats entre des personnes privées, c'est-à-dire des contrats de droit privé (sous réserve de décisions jurisprudentielles ultérieures). Il s'agit en effet de l'exercice de la médecine par un médecin non régi par un statut fixé par une autorité publique (libre pratique) au service d'un organisme soumis au droit privé.

3. Conclusion : les « conventions » passées par les médecins de libre pratique avec la CNAM sont régies par les dispositions de l'article 65 du CDM; au demeurant, elles doivent être communiquées au conseil national de l'Ordre des médecins, « partenaire de la convention cadre » pour être validées. Il est à rappeler que l'article 6 du décret 2005-3154 du 6 décembre 2005 portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins, a soumis la convention cadre à l'avis de l'Ordre des médecins.

Au cours de l'entrevue que Monsieur le Ministre des Finances et Monsieur le Secrétaire d'Etat auprès du ministre des Finances Chargé de la Fiscalité ont accordé le 31/10/2008 aux représentants du Conseil National de l'Ordre (M. Ben Slama et T. Nacef), ces derniers ont rapporté à leurs interlocuteurs les informations qui leur ont été communiqués par des collègues exerçant dans le secteur libéral concernant notamment les barèmes adoptés par les agents des finances pour le calcul des impôts (qui surestiment largement l'activité de la majorité des praticiens) et le « ciblage » dont seraient l'objet les professionnels de la santé médecins libéraux.

Il leur ont également rappelé que parmi les 5000 praticiens du secteur libéral, de 40 à 50 % ont débuté leur exercice depuis 5 ans et moins. Leur installation s'est faite dans un contexte difficile du fait notamment de l'augmentation des diplômés ; du niveau de recrutement, faible dans la fonction publique, ainsi que des frais de plus en plus élevés générés par l'installation et le fonctionnement des cabinets.

En réponse, Monsieur le Ministre a démenti formellement que des instructions ont été données aux services régionaux des finances pour que les médecins soient l'objet d'une

«attention particulière». Ces services procèdent régulièrement à des contrôles ; au besoin des vérifications approfondies sont réalisées, le choix des contribuables se faisant en fonction de l'analyse des informations fournies par une «base de données». Quant aux critères de calcul de l'impôt («barème»), ils sont fixés en fonction d'observations de terrain et d'enquêtes, ils sont donnés à titre indicatif. A ce propos le corps médical libéral est sollicité de faire des propositions de critères pertinents permettant un calcul équitable, transparent de leur imposition.

Le Ministre a rappelé que acquitter ses impôts est un devoir patriotique et un acte de civisme. La fiscalité est une source de financement importante des dépenses de l'Etat, un moyen de maîtrise de l'endettement et d'assurance de notre indépendance. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins souscrit à ces nobles objectifs ; il invite les confrères à réserver aux fonctionnaires des services fiscaux un accueil courtois tout en ne renonçant pas à la défense de leurs intérêts légitimes et en veillant au respect des impératifs de la réglementation relative à la fiscalité et de la déontologie médicale.

Certains confrères font actuellement l'objet d'un contrôle fiscal approfondi. Il s'agit d'une procédure routinière n'ayant aucun caractère arbitraire ou discriminatoire vis à vis de la profession. Dans le cadre de cette procédure, les agents du contrôle fiscal faisant valoir les pouvoirs que leur attribuent l'article 16 du Code des Procédures Fiscales, demandent à consulter les registres opératoires des cliniques où exercent les médecins concernés par cette vérification

Le Conseil de l'Ordre a attiré l'attention du Ministre de la

Santé Publique sur les risques qui peuvent résulter d'une telle procédure, notamment la divulgation d'informations concernant la vie privée et la santé des patients. Il lui a demandé d'intervenir auprès des autorités compétentes du ministère des finances pour que ces dernières prennent les dispositions permettant de concilier entre l'obligation du respect du secret médical faite au praticien et équité fiscale. Il est à rappeler que le secret professionnel auquel serait tenu le contrôleur fiscal s'applique seulement aux informations concernant le patrimoine d'un contribuable.

CONSULTATION
JURIDIQUE

INSTALLATION DU CABINET AU DOMICILE

Il est utile, avant d'aborder le fond du problème, de préciser le sens du terme « domicile ». Au sens usuel le terme domicile désigne le logement, le lieu d'habitation, alors qu'au sens juridique le domicile est l'adresse où une personne reçoit notification des actes civils ou signification des actes juridiques.

I. Le domicile lieu d'habitation

En premier lieu, il est nécessaire de présenter les caractéristiques du domicile lieu d'habitation et de voir si elles sont compatibles avec celles du cabinet médical.

Ce que dit la législation à ce sujet :

La loi définit le domicile comme un endroit privé et privatif, ouvert seulement à ses propriétaires ou à ses possesseurs et, le cas échéant, aux personnes autorisées par ces derniers. Dans la presque totalité des cas, l'autorisation est limitée quant au temps ou quant à l'espace.

La loi protège le domicile de toute atteinte. Elle considère l'accès de force au domicile c'est-à-dire la violation comme un crime, l'effraction est punie par la loi pénale etc... Donc la loi octroie au domicile une situation privilégiée et protégée.

Quant aux usages, ils entourent le domicile d'un halo de prestige et de respect.

Ils voient dans le domicile l'instrument de la protection de la vie privée. Ils condamnent les violations du logement et les considèrent comme une atteinte à la morale, aux bonnes mœurs et aux règles du "savoir vivre".

Ces règles, édictées par le droit ou les usages, pourraient elles se concilier avec les exigences du cabinet médical, lieu d'exercice?

II. Compatibilité du cabinet médical avec les caractéristiques du domicile

1. La comparaison des exigences du cabinet médical avec les caractéristiques du domicile fait apparaître des incompatibilités.

Ainsi ,

- le domicile est un lieu privé, le cabinet médical est ouvert au public;
- les visiteurs du domicile répondent à une invitation ou à une autorisation qu'ils ont suscitée. Ils sont donc soumis au bon vouloir du propriétaire ou possesseur du domicile, qui peut revenir sur son invitation ou son autorisation. Par ailleurs, le possesseur du domicile peut interdire à toute personne (à moins d'une réquisition d'un juge) l'accès à son domicile.

Les visiteurs du cabinet médical exécutent quant à eux leur action à la suite d'une initiative personnelle. Dans tel cas, le médecin est tenu de répondre à leur demande, sinon il s'exposerait à des sanctions.

2. **Quid** des agents du fisc, ou de l'inspection du travail, lorsque le cabinet est installé dans le domicile ? **Quid** également du client qui accède à une partie de l'immeuble destinée à l'habitation ? L'un ou l'autre peut-il être poursuivi pour violation de domicile ?

Pour le client la réponse est affirmative. Pour les agents indiqués précédemment il ne peut y avoir de poursuites ; la loi leur permet de relever les infractions, dans un endroit qu'ils soupçonnent comme dépendant du lieu de travail et ce tant qu'il n'y a pas de frontières franchises du lieu de travail.

C'est pour cette raison que des dispositions légales interdisent l'installation du lieu de travail dans le lieu d'habitation et ce pour éviter la fraude fiscale ou la violation des règles de droit du travail ou de sécurité sociale ou le cas échéant les règles de sécurité générale imposées par la loi à certaines professions telles que les cabinets de médecins.

3. Par ailleurs, le législateur soumet le domicile à la taxe sur les immeubles bâtis, alors qu'il soumet le lieu de travail à la taxe sur les établissements industriels ou commerciaux ou professionnels (TCL). La première taxe est calculée en fonction de la surface de l'immeuble alors que la deuxième est établie en fonction du chiffre d'affaires.

Quelle taxe faut-il payer en cas de cumul ? Le problème se poserait, lorsque le domicile est destiné à jouer le rôle de lieu d'habitation et de lieu de travail sachant que le taux de l'impôt prévu par la loi pour chaque cas n'est pas le même. En outre la valeur ajoutée (TVA) n'est pas prévue pour l'achat de logement du moins pour la première fois. Ce sont des échantillons des difficultés qui se poseraient pour

un médecin en cas d'installation de son cabinet médical dans son domicile. En conséquence, **il est conseillé au médecin «acculé» à utiliser une partie de son domicile comme cabinet de séparer matériellement le lieu d'habitation du lieu de travail sans communication entre les deux et d'appliquer les règles de droit propres à chaque partie ou destination.**

LE POINT DE VUE DU MEDECIN : DR MOHAMED NEJIB CHAABOUNI

Le médecin peut participer à des reportages publics dans la presse, à la radio ou à la télévision dans la mesure où ils servent à informer la population en matière de santé.

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 alors ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Le médecin doit s'abstenir de faire état de méthodes n'ayant pas encore fait leurs preuves dans les publications s'adressant au public.

Il doit également se garder de toute attitude publicitaire personnelle ou en faveur d'une institution. Un médecin ne doit ni contribuer à, ni tolérer la publication de reportages à caractère publicitaire le concernant dans la presse, à la radio ou à la télévision ou par tout autre moyen. Le médecin ne doit

pas non plus tolérer que les organismes publics ou privés dans lesquels il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent son nom ou son activité professionnelle à des fins publicitaires.

Il est recommandé à tout médecin de veiller, lors d'émissions de radio ou de télévision ainsi que lors de publications dans la presse écrite à ne pas se référer à sa propre activité ni à ses méthodes personnelles, à ce que son nom ne soit cité qu'une seule fois au début et à la fin de l'émission, à n'utiliser des photographies et images de cabinets médicaux ou services hospitaliers qu'avec la plus grande discrétion et ne permettant aucun lien précis avec un praticien ou une institution.

Le médecin doit veiller à ce que les textes des interviews lui soient soumis dans un délai pouvant lui permettre d'y apporter des rectifications avant toute publication.

LE POINT DE VUE DU JOURNALISTE MR. ALI BAKLOUTI

L'information en matière médicale et de santé est - à l'instar de bien d'autres secteurs - fort recherchée par les divers organes de presse. La santé étant par essence, le bien le plus précieux pour chaque individu, toute information à son propos est perçue comme étant un droit, une nécessité.

Ainsi, la radio, la télévision et les journaux, pour ne citer que les supports classiques de l'information, réservent-ils une large place aux questions de santé, afin de répondre aux attentes de leurs auditeurs, téléspectateurs ou lecteurs, toujours avides d'être mis au courant des dernières découvertes en la matière, des prouesses réussies par des praticiens innovants dans des spécialités aussi pointues que la transplantation d'organes, la neurochirurgie, la médecine nucléaire.

L'information en matière de santé est aujourd'hui abondante, riche et variée, mais aussi accessible et disponible à souhait, notamment grâce aux NTIC qui accomplissent des progrès aussi fulgurants que spectaculaires.

Toutefois, ce flot d'informations comporte un risque latent de dérives et de déviations, pour peu qu'il transgresse les règles de la déontologie ou celles du Code de la Presse.

Ainsi, l'article 49 du Code de la Presse tel que paru au J.O en 1975, stipule que la publication, la diffusion ou la reproduction par quelque moyen que ce soit, de nouvelles fausses, de pièces

fabriquées, falsifiées, attribuées à des tiers, lorsque faites de mauvaise foi, elles auront troublé l'ordre public ou auront été susceptibles de le troubler, seront punies d'un emprisonnement de deux mois à trois ans et d'une amende de 100 D à 2000 D ou de l'une de ces deux peines seulement.

Les médias sont donc tenus de s'assurer du bien fondé de leurs informations et de l'opportunité de les livrer au public, comme ils doivent se garder de conférer à ces dernières un caractère de propagande qui cadrerait mal avec l'objectif essentiel : celui d'informer.

Mêmes précautions à observer dans le cas d'une rencontre de presse avec un ou plusieurs médecins, ces derniers devant être présentés de manière sommaire : nom, qualité, spécialité, sans autres détails supplémentaires ou superflus, pouvant porter préjudice à l'éthique professionnelle d'une partie comme de l'autre.

Tout au long de sa carrière, notre journal local - aujourd'hui vieux d'une trentaine d'années - s'est assigné une ligne de conduite rigoureuse en matière d'information médicale, prenant soin de puiser cette dernière directement à la source, auprès des médecins ou des institutions concernées. Je voudrais me féliciter à ce propos de la bonne entente qui préside à nos rapports avec le Conseil de l'Ordre et l'ensemble des médecins de Sfax.

Mohamed Hsairi, Heger Ben Gobrane, Noureddine Achour, Taoufik Nacef

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle médicale en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée, elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention, dans le respect des règles déontologiques.

Cette démarche, est inspirée du formative assessment des anglo-saxons. L'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci.

METHODES DE L'EPP

Il existe quatre approches d'évaluation des pratiques professionnelles :

- l'approche par comparaison
- l'approche par processus
- l'approche par problème
- l'approche par indicateurs

1- L'approche par comparaison

Il s'agit de comparer la situation à évaluer par rapport à un référentiel. L'Audit clinique constitue l'exemple type de cette approche.

1.1- L'audit clinique (AC) consiste à mesurer les écarts entre la pratique observée et la pratique attendue (généralement exprimée dans les recommandations professionnelles).

Le référentiel doit être finalisé à partir de données récentes, validées et tenir compte de la réglementation.

L'Audit clinique s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING.



Ce modèle, souvent appelé « roue de DEMING » ou « roue de la qualité », comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment, Planifier, Faire, Analyser, Améliorer (en anglais Plan, Do, Check and Act, d'où son appellation anglo-saxonne de modèle PDCA)

• **Planifier (ou Programmer)** : c'est l'étape de **définition** de la démarche d'évaluation traduite dans le référentiel, puis d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes ;

• **Faire** : c'est l'étape de la **mesure** de la pratique au regard du référentiel (au cours de laquelle les données sont recueillies) ;

• **Analyser** : c'est l'étape de comparaison entre la pratique constatée et la pratique attendue. L'analyse des résultats est centrée sur l'identification des **points forts** et des **écarts** par rapport au référentiel

• **Améliorer** : c'est l'étape **essentielle**, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à **réduire les écarts** observés à l'étape précédente.

Le choix de la pathologie ou du problème de santé s'appuie sur les critères suivants : fréquence, dysfonctionnement, impact potentiel en terme de santé publique, amélioration possible, faisabilité du projet, pathologie transversale ou mono disciplinaire

1.2-Evaluation de la pertinence

Cette méthode est basée sur l'évaluation de l'adéquation des soins au besoin des patients. Elle peut porter sur les indications, l'initiation ou la poursuite des soins (ex de domaine d'application : la pertinence des admissions dans les établissements de soins, celle des journées d'hospitalisation etc).

Elle a pour objectifs :

- de s'interroger sur les bénéfices / risques ou la pertinence économique d'un acte, d'une pratique, d'un soin, d'une prescription médicamenteuse,
- d'évaluer la pertinence de l'acte ou de l'intervention, en se basant sur des grilles critérisées et sur l'avis du médecin
- d'évaluer la justification de l'acte ou de l'intervention

Sur plan méthodologique, on procède de la façon suivante :

- Elaboration d'une arborescence de décision, avec à chaque orientation possible la définition de critères de pertinence puis de justifications,
- Choix des critères (choix d'une grille),
- Etape de mesure (recueil des données),
- Analyse des résultats,
- Plan d'amélioration et de suivi.

2- Approche par processus

Il s'agit d'optimiser ou d'améliorer une prise en charge et de maîtriser les risques. Le chemin clinique (CC) est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Il décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. Cette méthode repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente. Le CC peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou

dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux. Le CC se traduit au minimum comme une liste des actes à réaliser ou comme un document à intégrer au dossier du patient.

Dans ce cas, il se présente sous forme d'un dossier papier ou informatisé. Il est documenté au fur et à mesure de la prise en charge du patient. Chaque acte doit être signé par la personne qui l'a réalisé, permettant ainsi d'assurer la traçabilité.

Un CC est élaboré pour des pathologies fréquemment prises en charge dans l'établissement ou en pratique ambulatoire et permettant une prise en charge homogène. On choisira préférentiellement une pathologie pour laquelle des variabilités de prise en charge sont importantes et des recommandations professionnelles accessibles

3- Approche par problèmes

Elle est adaptée à un groupe de professionnels au sein d'un secteur d'activité, par exemple un service clinique : analyse de la mortalité évitable, analyse de la survenue des infections nosocomiales, analyse de la survenue d'infections des plaies opératoires.

La revue de morbi-mortalité (RMM) est un moment d'analyse collective des cas dont la prise en charge a été marquée par un événement imprévu et indésirable ayant entraîné des complications, voire le décès du patient. La revue de morbi-mortalité consiste à examiner et étudier ces événements afin d'en comprendre le mécanisme et d'en identifier les facteurs favorisants, sans rechercher à culpabiliser un individu ou une équipe. L'objectif est de mettre en place des actions correctrices préventives au niveau des protocoles, de la formation, de l'organisation, etc. C'est une méthode de gestion des risques.

4- Approche par indicateurs

Cette approche permet de surveiller un phénomène important et d'agir en fonction du résultat, (exemple : le tableau de bord des infections nosocomiales). Elle a pour objectifs d'identifier des points de défaillance, et/ou de suivre des actions d'amélioration programmées

On distingue des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats. Il existe deux types d'indicateurs de processus.

- Les premiers mesurent le taux de conformité à un standard (exemple : prescription d'un anti-agrégant plaquettaire après un infarctus du myocarde). Ils s'appuient sur des recommandations qui définissent une pratique idéale.
- Les seconds mesurent les niveaux de recours à certaines procédures (exemple : taux de césariennes chez les primipares).

Les indicateurs de résultat évaluent l'impact des soins sur la santé des patients, ce qui les rend très attractifs dans une démarche de qualité. Cependant, le résultat d'un processus de soins dépend non seulement des procédures appliquées, mais

également de l'état de santé préalable du patient (âge, comorbidités), de son observance.

La tendance actuelle est de considérer que les deux types d'indicateurs sont nécessaires : les indicateurs de bonnes pratiques sont des indicateurs de processus ; un indicateur de résultat leur est associé dans la plupart des situations cliniques.

MISE EN ŒUVRE

On peut identifier deux approches différentes qui peuvent se compléter :

1- Intégrer l'évaluation dans la pratique quotidienne (Staffs organisés, réunions de service, revues de dossiers, transmissions ciblées...)

Ecrire le résultat d'une action, c'est entrer dans la logique de l'évaluation des pratiques. Au cours d'une transmission, les événements indésirables peuvent être identifiés et tracés afin de mettre en place une démarche de prévention et de gestion des risques. On peut également s'assurer que les soins et les actes nécessaires ont été dispensés, que les résultats des examens demandés ont été pris en compte et que les choix du patient ont été respectés.

2- Analyser une prise en charge a posteriori pour l'améliorer

Plusieurs professions et professionnels interviennent au cours d'une prise en charge. Il est parfois utile de s'assurer que les intervenants se coordonnent afin d'ajuster au mieux les prises en charge.

Dans ce cas, on procède comme suit :

- identifier une prise en charge que les professionnels souhaitent améliorer,
- choisir la méthode la plus adaptée eu égard à l'objectif d'amélioration poursuivi,
- analyser la pratique réelle en regard des références professionnelles en équipe pluriprofessionnelle,
- mettre en place les actions d'amélioration,
- mesurer le niveau de qualité atteint.

C'est la démarche conduite par les professionnels de santé pour la mise en œuvre de toute démarche qualité et notamment dans le cadre de la certification des établissements de santé.

CONCLUSION

Pour être qualifiée d'EPP, une action devra satisfaire plusieurs conditions:

- Méthode structurée et explicite,
- enjeu d'amélioration de la qualité,
- analyse d'une pratique ou d'une prise en charge,
- prise en compte de références validées,
- mise en œuvre d'un plan d'amélioration, d'une mesure et d'un suivi des résultats

L'EPP ne consiste pas à évaluer pour évaluer ; sa finalité est d'évaluer pour améliorer.

• Gardes médicales dans les cliniques :

Les médecins chargés de ce service doivent être liés par contrat avec les cliniques (réf. : cahier de charges art 35). En conséquence, les CROM doivent dans un premier temps sensibiliser les directeurs de clinique à la question et faire le recensement de celles qui se conforment à la loi.

• Ouverture d'un centre de santé :

La règle est la suivante : démarche initiale auprès de la direction régionale de la santé ; respect des clauses du cahier des charges ; un centre de santé par médecin, au lieu d'installation de ce dernier.

• Assurance professionnelle du médecin :

En l'état actuel de la législation, l'Ordre ne peut exiger des médecins inscrits au tableau qui demandent l'autorisation de s'installer, une attestation de couverture par une assurance professionnelle. On peut tout au plus les sensibiliser au problème du risque professionnel, notamment ceux exerçant dans les spécialités « exposées ».

Le Docteur HAMMAMI, est chargé d'approfondir l'étude qu'il a faite sur le sujet et de présenter ses conclusions à l'occasion de la prochaine coordination.

• Compétence :

Pour un médecin non spécialiste détenteur d'une compétence, les inscriptions portées sur sa plaque et sur ses ordonnances doivent être conformes à la législation en vigueur.

Par ailleurs, une réunion a été tenue au siège du CNOM (présents : Drs Nabil BEN SALAH (MSP), Mohamed JOUINI et Taoufik NACEF) le lundi 7/7/2008 pour rappeler les propositions de l'Ordre concernant :

- La révision de l'arrêté relatif aux compétences et spécialités ;

- L'exercice de la chirurgie plastique et esthétique (qui fait ? quoi ?) ; notamment les conséquences de l'institution en 2000 de la spécialité ;
- L'encadrement et la coordination de la formation continue médicale.

Ces sujets feront l'objet de réunions avec les parties intéressées (doyens, sociétés scientifiques, ordre).

• Médecine Touristique

Dans le cadre du suivi des décisions prises lors des précédentes réunions de coordination, il est décidé ce qui suit:

- Les prestations médicales aux touristes doivent s'effectuer dans le cadre de conventions (visées par l'Ordre, dont le libellé s'inspire du modèle proposé par ce dernier) liant l'hôtelier au médecin et fixant les obligations de chaque partie ; le médecin est tenu de respecter la déontologie professionnelle, y compris pour ce qui concerne les honoraires ;

- L'objectif de 80% au moins d'unités hôtelières « couvertes » doit être atteint à l'échéance fin 2008 ;
- Mettre en place (avec les responsables locaux du MSP et du tourisme) des mécanismes de suivi et d'évaluation ;
- Faire des propositions à la prochaine coordination concernant la mise en place d'unités de « régulation » et de coordination entre médecins (« service de garde ») pour les zones touristiques : statuts, organisation, financement ;
- Procéder au recensement des médecins (nécessairement des généralistes) intéressés par l'activité touristique (par questionnaire adressé aux praticiens de la région à retourner dans un délai d'un mois par exemple) ;
- Proposer alors une norme lits/médecin permettant une bonne couverture : 1000 lits/médecin est la norme convenue; sa révision doit être justifiée par des raisons opérationnelles.

PRESENCE DE L'ORDRE A DES COMITES SPECIALISES

1- COMITE NATIONAL DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES

Le comité national a pour mission de statuer sur les demandes formulées par des établissements sanitaires privés en équipements lourds.

Durant les années 2007 et 2008, le comité s'est réuni à cinq reprises sous la présidence de Monsieur le Directeur Général de la Santé et a donné un avis concernant :

- des renouvellements d'équipements tombés en obsolescence ;
- des demandes d'acquisition de scanners muti-barrettes
- des demandes d'acquisition d'IRM
- des renouvellements de salle d'exploration cardio-vasculaire.

Les décisions sont prises en tenant compte de la carte sanitaire et de l'ancienneté de la demande pour les

acquisitions nouvelles, de l'âge du matériel et de l'évolution technologique quand il s'agit de renouvellement.

Le comité a aussi statué sur les demandes de prolongation d'autorisation de matériel octroyé et dont les délais d'exécution ont été dépassés.

2- COMITE NATIONAL DE BIOLOGIE MEDICALE

Le comité national de biologie médicale s'est réuni six fois durant les années 2007 – 2008. Il a statué sur les demandes d'ouverture de laboratoire de biologie dans le secteur libéral formulées par des biologistes (médecins et pharmaciens) en vérifiant la conformité des dossiers aux normes instituées par les textes légaux. Il a également donné son avis sur l'évolution des textes régissant les modalités de contrôle des analyses médicales humaines.

Compte rendu du Dr Monia Belkhiria

Au cours des quatrièmes assises qui se sont déroulées comme prévu les 14 et 15 mars 2008 à la maison des fédérations, «l'exercice de la médecine du sport en Tunisie» était le sujet à l'ordre du jour. Les principales recommandations figurent ci-après :

1. Formation des médecins du sport

- Solliciter les facultés de médecine pour uniformiser le contenu du mastère et l'adapter aux bonnes pratiques de la médecine du sport ;
- Tenir compte du profil des candidats et de leurs motivations pour la sélection des « étudiants » du mastère ;
- Définir le profil du médecin du sport ; faut-il se contenter de l'actuelle compétence (mastère) ou faut-t-il la transformer en spécialité à part entière ?
- Organiser la formation continue des médecins du sport.

2. L'exercice de la médecine sportive doit être réglementé. Le médecin peut exercer dans l'un des cadres suivants, outre les centres médicaux (national et régionaux) de référence.

- **Pour l'élite nationale** : chaque fédération est engagée à recruter un médecin fédéral à plein temps qui assumera des tâches d'organisation, de planification et de contrôle ; ainsi que des médecins de terrain conventionnés qui seraient obligatoirement titulaires d'un diplôme de médecine du sport.
- **Pour les clubs surtout de nationale A et B**, recrutement d'un médecin compétent en médecine du sport (au moins à mi-temps).

Les médecins doivent être liés aux structures les employant par

un contrat visé par le conseil national de l'Ordre des médecins. Les tâches dévolues au médecin sont :

- la planification, l'organisation et le contrôle de la mise en place du programme de couverture médicale et de suivi des sportifs ;
- L'accompagnement du sportif dans la mise en œuvre de ce suivi dans ses différents aspects :
 - Participation avec le staff technique à l'exécution et à l'interprétation des tests d'exploration fonctionnelle en vue de l'amélioration de la performance ;
 - Education dans les domaines de la nutrition, de l'hygiène de vie et du soutien psychologique. ... ;
 - Prise en charge des différentes pathologies, notamment celles relevant de la traumatologie avec possibilité de demander avis auprès des spécialistes.

3. Concernant l'information relative à l'état de santé des athlètes, le secret médical doit être préservé. Toutefois quant il s'agit de protéger la santé du sportif, ce secret peut être partagé ; la personne mise dans la confiance doit être informée qu'elle y est astreinte. Seul le sportif est habilité à divulguer sa pathologie aux medias s'il le désire.

4. Il serait pertinent de créer une commission nationale composée de représentants du Ministère de la Jeunesse des Sports et de l'Education Physique, du Ministère de la Santé Publique, du Conseil National de l'Ordre des Médecins, des Facultés de Médecine et du Comité National Olympique Tunisien pour coordonner l'action dans le domaine de la médecine du sport.

COMMUNIQUE

La Direction des Soins de Santé de Base (DSSB) / Ministère de la Santé Publique se propose de mettre en place un système de surveillance sentinelle des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et de l'infection au VIH auprès des Médecins Généralistes et spécialistes de libre pratique (Dermatologues, Gynécologues et Urologues) du district de Tunis. Les médecins Généralistes et spécialistes de libre pratique (Dermatologues, Gynécologues et Urologues) installés dans le district de Tunis sont sollicités de participer à ce système de surveillance.

Pour plus d'informations, s'adresser à Docteur Faouzi ABID, Direction des Soins de Santé de Base ; 31, Rue Khartoum, le belvédère 1002 Tunis ; Téléphone 71789679.

LITIGES, PLAINTES, DISCIPLINE

Au cours de la période allant du 1/1/2007 au 30/11/2008, 180 plaintes sont parvenues à l'Ordre. Les médecins concernés sont majoritairement de sexe masculin (85,5%), il exercent dans le secteur de libre pratique (70%), dans le territoire dépendant du Conseil Régional de Tunis (soit Nabeul/Zaghuan/Bizerte/District de Tunis) pour près des 2/3 ; 60% sont des spécialistes, les spécialités les plus « exposées » sont celles dites chirurgicales avec au premier rang la gynécologie obstétrique. Les plaignants sont principalement des confrères (50%) ou des citoyens (30%). Les raisons de leur démarche auprès de l'Ordre peuvent être regroupés comme suit :

- Manquement (supposé) aux « devoirs généraux » du médecin (Article 8 : secret ; Article 16 : publicité ; article 23/24 : libellé des ordonnances et plaques ; article 27/28 : certificats médicaux) : 48% ;
- Relations conflictuelles entre confrères (article 49) : 22% ;
- Devoirs envers le malade (supposés) non assumés ; qualité des soins défailante (article 31 à 43) : 23% ;
- Exercice (supposé) insatisfaisant de la médecine d'expertise et de contrôle : 4% ;
- Divers : 3%.

Beaucoup de plaintes résultent de la frustration née d'une «communication» médecin-malade qui ne satisfait pas ce dernier. A titre anecdotique, trois des plaintes que nous avons eu à instruire émanaient de citoyens (relayés par l'organisation de défense des consommateurs) dont l'attente au cabinet du médecin s'est prolongée bien au delà de l'heure du rendez-vous convenu, ce qui avait gravement perturbé la planification de leur journée.

Les suites données après audition(s) des intéressés et présentation du dossier en séance(s) plénière(s) du conseil sont : le classement dans 95% des cas, l'objet du litige ayant été corrigé (ex : correction du libellé d'une ordonnance, suppression d'une plaque supplémentaire...) ou bien parce qu'en dernière analyse l'accusation a été jugée infondée (ex: la partialité d'une expertise, d'un contrôle médical) ; huit plaintes (4,5%) feront l'objet d'un complément d'examen dans le cadre de la procédure dite du « huis clos ».

IMPORTANT, URGENT

Des clients indécents continuent à se présenter au cabinet du médecin pour, arguant de symptômes simulés, demander un congé de maladie. Plus grave, certains font cette démarche à la place et au nom d'un ami, d'un parent dont ils « usurpent (à sa demande) » l'identité.

Encore plus grave : il arrive de plus en plus souvent – le mal prend des proportions inquiétantes - que ce «parent» soit détenu pour des faits délictueux et en voie de jugement par les tribunaux.

L'Ordre des médecins est saisi de tels faits par les employeurs et par la justice. Une fois de plus, il appelle les confrères à se prémunir contre les agissements des individus qui tentent d'abuser de leur confiance notamment en vérifiant de la manière, qu'ils jugeront appropriée, l'identité de tout demandeur d'un certificat, auquel ils délivreront «en mains propres» des attestations véridiques rédigées selon les règles de l'art et les recommandations des experts.

Vient de paraître

« HYDATID DISEASE : IMAGING FEATURES », ouvrage richement illustré et didactique dont les auteurs sont
M. H. Bouhaouala et Lotfi Hendaoui.

ملفات الأطباء المحالين على مجلس التأديب سنة 2007 و 2008

الإسم واللقب	المخالفات	قرار المجلس
الدكتور م - م " القيروان "	الفصول 11-16-17-22-28-32 و 49	التحجير لممارسة الطب لمدة ثلاثة أشهر مع النفاذ العاجل
الدكتور س - خ " تونس "	الفصول 23-42-43 و *46	التوبيخ مع الترسيم بالملف
الدكتور م - ج " تونس "	الفصول 8-12-13-16-19-22-27 و *32	الإنذار
الدكتور ع - ص " المهدية "	الفصول 17-22 و * 43	تحجير ممارسة المهنة لمدة شهر واحد
الدكتور م - أ " كندار "	الفصول 13-16-42 و * 43	تحجير ممارسة المهنة لمدة ستة أشهر
الدكتور م - ر " تونس "	الفصول 72 و 74 *	التوبيخ مع الترسيم بالملف
الدكتورة م - ر " تونس "	الفصل 16 *	الإنذار
الدكتور ن - ج " تونس "	الفصول 16 و 23 *	الإنذار
الدكتور ع - س " بتونس "	الفصول 42 و 43 *	تحجير ممارسة المهنة لمدة ستة أشهر مع التنفيذ الفوري
الدكتور أ - ع " بتونس "	الفصول 42 و 43 *	تحجير ممارسة المهنة لمدة ستة أشهر مع التنفيذ الفوري
الدكتور م - ع " مدنين "	الفصول 16-20-22-28 و *86	تحجير ممارسة المهنة لمدة ثلاثة أشهر مع التنفيذ الفوري
الدكتور ط - ش " صفاقس "	الفصول 33-42-43 و * 49	التوبيخ مع الترسيم بالملف
الدكتور ف - ق " كندار "	الفصول 22 و 28 *	تحجير ممارسة المهنة لمدة شهر مع التنفيذ الفوري
الدكتور ر - ق " نابل "	الفصول 13 و 32 *	تحجير ممارسة المهنة لمدة شهر مع التنفيذ الفوري
الدكتور ر - د " الفوشانة "	الفصول 22 و 28 *	تحجير ممارسة المهنة لمدة شهر مع التنفيذ الفوري
الدكتور ت - ب " تونس "	الفصول 23 *	تحجير ممارسة المهنة لمدة شهر مع التنفيذ الفوري
الدكتور ع - ح " تونس "	الفصول 28 و 112 *	تحجير ممارسة المهنة لمدة سنة مع التنفيذ الفوري "غيابيا"
الدكتور ح - ع " سوسة "	الفصل 11 من قانون تنظيم ممارسة مهنة الطب الفصول: 15-22-49*	التوبيخ مع الترسيم بالملف
الدكتورة ن - د " سوسة "	الفصول: 4-12-32-85 *	التوبيخ مع التسجيل بالملف
الدكتور ف - س " سوسة "	الفصول: 22 و 28 *	الإنذار
الدكتور أ - ط " تونس "	الفصول: 22 و 28 *	الإنذار

* مجلة واجبات الطبيب

**INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MÉDECINS
AU COURS DE LA PÉRIODE ALLANT DU 1/1/2007 AU 30/11/2008**

	26-29			30-34			35-39			40-50			>50 an s			Total				
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total					
MSP Médecins exerçant dans le secteur public et para-public	MCA												5	1	6	1	1	7		
	AHU				39	34	73	11	9	20		1						0	94	
	Généraliste	1	2	3	7	6	13	2	2	4					0	1	1	2	22	
	Spécialiste			0	9	7	16	2	4	6								1	23	
	Médecin Militaire		1	1	6	4	10	3	1	4		1						0	16	
	Résident	37	50	87	52	60	112	3	1	4								0	203	
	Médecin Conseil			0		2	2	1		1								0	3	
	Médecin salarié	1		1	1		1	1		1								0	3	
	Délégué Médical		2	2	5	2	7	4	1	5	2								0	16
	Contractuel		1	1	2	2	4		1	1									0	6
Médecins exerçant dans le secteur privé: • salariés et assimilés • Médecins exerçant dans le cadre de cabinets individuels	Spécialiste			0	36	38	74	11	9	20								0	99	
	Généraliste	5	7	12	21	19	40	12	13	25								2	85	
	Sans activité	41	139	180	143	156	299	29	19	48								3	537	
Autres catégories	Spécialiste		1	1	42	61	103	13	4	17								0	124	
	Médecin en stage à l'étranger	1	5	6	35	16	51	15		15								0	72	
	Retraité																	1	1	
Totaux	86	208	294	398	407	805	107	64	171	20	11	31	7	3	10	1311				

Parmi les 1311 inscrits, 693 soit 52% sont de sexe féminin; 661 ne sont pas encore installés dans la vie active, 203 sont en formation (résidents). Quant à l'âge, la plupart (90%) ont moins de 35 ans, la catégorie la plus représentée est celle de 30-34 ans. Pour près de 200 médecins, l'inscription pourrait être qualifiée de tardive, jusqu'à 50 ans et au delà : la raison en serait le rattrapage d'un «oubli» (?), la nécessité (révélée au cours de l'accomplissement d'une formalité administrative tels que recrutement, obtention d'un visa...) et pour certains le retour au pays après des années d'exercice à l'étranger.

**VALIDATION DES DIPLÔMES DE SPÉCIALITÉS AU COURS
DE LA PÉRIODE ALLANT DU 1/1/2007/AU 30/11/2008**

(Répartition par spécialité et par sexe)

Spécialités	Dossiers validés 2007			Dossiers validés 2008			Total 2007-2008
	M.	F.	Total	M	F	Total	
Anatomo Cyto Pathologie	1	7	8		3	3	11
Anesthésie Réanimation	27	1	28	15		15	43
Biologie Médicale "Biochimie"	2	3	5	1	6	7	12
Biologie Clinique (Hématologie)	1	1	2		1	1	3
Médecine nucléaire	1		1		1	1	2
Cardiologie	10	5	15	10	11	21	36
Chirurgie Neurologique	5		5	1	1	2	7
Chirurgie Carcinologique	1		1	1		1	2
Chirurgie Cardio Vasculaire	3		3	2		2	5
Chirurgie Générale	10		10	11		11	21
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique	13	2	15	23		23	38
Chirurgie Pédiatrique	1	1	2	2		2	4
Chirurgie Plastique et Réparatrice	1	1	2	1		1	3
Chirurgie Vasculaire Périphérique		2	2		1	1	3
Dermatologie	3	6	9		6	6	15
Endocrinologie		6	6	1	11	12	18
Gastro Entérologie	2	7	9	5	11	16	25
Pharmacologie			0		1	1	1
Gynécologie Obstétrique	15	12	27	19	9	28	55
Hématologie clinique	1	2	3	1	1	2	5
Imagerie Médicale (Radiologie)	13	6	19	1	17	18	37
Immunologie	2		2	8	1	9	11
Maladies infectieuses			0		1	1	1
Médecine du Travail		2	2	1		1	3
Médecine Interne	1	1	2	3	2	5	7
Médecine Légale.			0	2	1	3	3
Médecine Physique et rééducation fonctionnelle	3	2	5	4	1	5	10
Médecine Préventive et Sociale & communautaire		1	1	1		1	2
Microbiologie	1	3	4	2	5	7	11
Néphrologie		8	8	2	6	8	16
Neurologie	1	1	2	2	1	3	5
Nutrition			0		2	2	2
O R L	5	6	11	5	1	6	17
Ophthalmologie	9	8	17	9	11	20	37
Pédiatrie	3	14	17	8	19	27	44
Pneumologie	3	9	12	3	8	11	23
Pédo-psychiatrie		1	1		1	1	2
Psychiatrie + Neuro-psychiatrie	4	2	6	2	5	7	13
Physiologie et exploration fonctionnelle	1		1		1	1	2
Radiothérapie		2	2		1	1	3
Réanimation Médicale	4		4	3		3	7
Rhumatologie		5	5		8	8	13
Stomatologie Chirurgie Maxillo Faciale	1	3	4	2	2	4	8
Urologie + chirurgie Urologique	7		7	15		15	22
Histo-embryologie			0	1	1	2	2
Biophysique et Médecine Nucléaire			0			0	0
Carcinologie médicale	1		1	1	3	4	5
Total	156	130	286	168	161	329	615

Au total, 615 diplômes ont été validés dans 47 spécialités. Le "top-ten" (55% du total) des spécialités comprend dans l'ordre: la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie réanimation, l'orthopédie, l'imagerie médicale et l'ophtalmologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, la pneumologie, l'urologie. On peut conclure qu'il existe une adéquation entre le besoin des services de santé et la demande de services d'une part, le choix des étudiants et la formation de l'autre côté.

**VALIDATION DE COMPÉTENCES AU COURS
DE LA PÉRIODE ALLANT DU 1/1/2007 AU 30/11/2008**

Nombre de diplômes agréés par compétence / par sexe

Compétences	Compétences: 2007(du 1/1 au 31/12/2007)						Compétences : 2008 (du 1/1 au 30/11/2008)						Total Général		
	Spécialistes			Généralistes			T. 2007	Spécialistes			Généralistes			T. 2008	
	M.	F.	Total	M.	F.	Total		M.	F.	Total	M.	F.			Total
Acupuncture				6	1	7	7					3	3	3	10
Allergologie	1	5	6	5	1	6	12		5	5	1		1	6	18
Angiologie			0			0	0			0	1	1	2	2	2
Echo-cardiographie	2	1	3			0	3		3	3			0	3	6
Gériatrie		1	1	14	11	25	26	2	3	5	7	9	16	21	47
Handicap et réhabilitation des Handicapés			0	1		1	1		1	1		2	2	3	4
Hémodialyse			0	3	2	5	5			0	1		1	1	6
Maladies professionnelles				8	8	16	16			0	11	8	19	19	35
Médecine appliquée au sport	8	1	9	1	2	3	12	8	6	14	9		9	23	35
Prise en charge des urgences			0	9	3	12	12			0	7	4	11	11	23
Médecine sub aquatique et hyperbare										0	1		1	1	1
Proctologie	1		1			0	1		1	1			0	1	2
Réparation juridique du dommage corporel	14	3	17	13	9	22	39	17	4	21	1	1	2	23	62
Sexologie	2		2	1		1	3	2		2			0	2	5
Hygiène hospitalière			0		1	1	1			0		1	1	1	2
Andrologie	1		1				1							0	1
Homéopathie	1		1	5	2	7	8		1	1	1		1	2	10
Médecine aéronautique	1		1			0	1			0			0	0	1
Phytothérapie	1		1	1		1	2		1	1	4	2	6	7	9
Toxicologie		1	1	1	1	2	3		1	1	1	1	2	3	6
Total	32	12	44	68	41	109	153	29	26	55	45	32	77	132	285

285 diplômes de compétences ont été validés par la commission des «qualifications» instituée à l'effet de statuer sur la validité des demandes présentées par les candidats désireux d'exercer en tant que "spécialiste" et/ou "compétent dont la présidence et le secrétariat sont assurés par le conseil national de l'Ordre des médecins. Les "compétences" les plus représentées (près des deux tiers du total) sont dans l'ordre : "réparation juridique et corporelle", "gériatrie", "maladies professionnelles", "médecine appliquée au sport". La répartition entre spécialistes et généralistes est globalement de un tiers pour les spécialistes / deux tiers pour les généralistes(exceptions: la "réparation juridique et la médecine appliquée au sport où les proportions sont inverses).

SOUS PRESSE, l'annuaire (tableau de l'Ordre) des médecins de Tunisie, classés selon la qualification, le mode et le lieu d'exercice.

Répartition des médecins inscrits au TOM, par secteur d'activité, sexe et catégorie d'âge

Secteur d'activité	Type d'activité	25-40			41-50			51-60			> 60 ans			Total Masculin	Total Féminin	Total général
		M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total			
Secteur public : Ministère de la Santé Publique	Professeur	1		1	70	21	91	165	54	219	40	9	49	276	84	360
	MCA	49	45	94	224	113	337	62	18	80	8	3	11	343	179	522
	AHU	285	327	612	74	50	124	11	4	15				370	381	751
	Médecin Hôpitaux		3	3	13	9	22	13	9	22				26	21	47
	Généraliste	266	400	666	748	642	1390	607	288	895	15	5	20	1636	1335	2971
	Spécialiste	148	209	357	157	172	329	100	50	150	8	9	17	413	440	853
	M. administratif		1	1	3	1	4	42	7	49	4		4	49	9	58
	Résident	119	132	251	1	1	2							120	133	253
	Total	868	1117	1985	1290	1009	2299	1000	430	1430	75	26	101	3233	2582	5815
Secteur public (autre que le MSP)	Militaire Médecins-conseil (CNAM)	39	14	53	62	9	71	29	1	30	4		4	134	24	158
		20	27	47	31	24	55	15	2	17				66	53	119
	Total	59	41	100	93	33	126	44	3	47	4	0	4	200	77	277
Secteur privé Exercice salarié de la médecine	M. Contractuel	10	25	35	3	3	6		1	1				13	29	42
	M. Salarié	12	24	36	41	59	100	40	44	84	2	4	6	95	131	226
	M. Travail	15	24	39	21	15	36	11	5	16				47	44	91
	Délégué Médical	46	25	71	46	9	55							92	34	126
	Total	83	98	181	111	86	197	51	50	101	2	4	6	247	238	485
Secteur Privé Exercice libéral en cabinet)	Généraliste	492	364	856	621	199	820	626	52	678	147	11	158	1886	626	2512
	Spécialiste	412	290	702	866	187	1053	645	69	714	331	17	348	2254	563	2817
	Total	904	654	1558	1487	386	1873	1271	121	1392	478	28	506	4140	1189	5329
Sans activité (déclarée à l'Ordre)		715	1110	1825	184	133	317	69	21	90	10	2	12	978	1266	2244
Divers	Retraités							3	2	5	98	38	136	101	40	141
	A l'étranger	99	54	153	74	22	96	51	16	67	17	2	19	241	94	335
		99	54	153	74	22	96	54	18	72	115	40	155	342	134	476
TOTAUX		2728	3074	5802	3239	1669	4908	2489	643	3132	684	100	784	9140	5486	14626

Au 30/11/2008, le nombre des inscrits au tableau tenu par le Conseil National de l'ordre est de 14626.

Répartition selon l'activité: 6451 exercent dans le secteur public et parapublic, dont 91% dans des structures dépendant du Ministère de la Santé Publique; 44 % (soit près de 2800) sont des spécialistes dont un peu moins de la moitié ont un statut hospitalo-universitaire. 5455 sont installés dans le cadre de la libre pratique, quasi également réparties entre spécialistes (51%) et généralistes. 2244 (soit près de 15% du total), en majorité âgés de moins de 40 ans seraient "sans activité" selon leur déclaration à l'Ordre; 335 sont à l'étranger. Le total des médecins classés par l'Ordre des médecins dans la catégorie dite des actifs seraient de 12000 environ.

Répartition selon l'âge: Près de 73% ont un âge ≤ 50 ans; la moyenne est de 43,25, la médiane autour de 45 ans.

Répartition par sexe: la tendance à la féminisation de la profession s'accroît; la proportion des femmes est de 13% pour les plus anciens (plus de 60 ans), elle passe à 20,5 (entre 51 et 60 ans) puis à 34% catégorie des âges compris entre 41 et 50 ans) enfin à 53% pour les "promotions les plus jeunes (moins de 40 ans). Au total, la répartition est de 37% pour le sexe féminin, contre 63% pour les hommes.

**RÉPARTITION DES MÉDECINS EN ACTIVITÉ PAR CROM,
PAR GOUVERNORAT AU 31/12/2008**

CROM	GOUVERNORAT	SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PARAPUBLIC		MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE		DELEGUES MEDICAUX	AUTRES	Total médecins	Ratio habitant par médecin
		Généralistes	Spécialistes	Généralistes	Spécialistes	Généralistes	Spécialistes				
TUNIS	Ariana	129	82	6	1	167	180	2	6	573	826
	Ben Arous	119	45	7		214	149	7	8	549	1012
	Bizerte	139	79	7	1	125	100		21	472	1142
	Manouba	115	72	3		95	31		5	321	1117
	Tunis	777	919	119	67	422	968	66	108	3446	288
	Zaghwan	73	28	3		27	11	4	1	147	1137
	Nabeul	166	78	9		192	182		8	635	1155
TOTAL		1518	1303	154	69	1242	1621	79	157	6143	622
SOUSSE	Sousse	305	264	31		181	232	12	27	1052	561
	Monastir	180	154	16		125	80		4	559	885
	Mahdia	121	60	3		83	37	1	5	310	1258
	Kairouan	130	41	1		72	45		3	292	1896
	TOTAL		736	519	51	0	461	394	13	39	2213
SFAX	Sfax	241	294	38	3	351	477	42	40	1486	609
	Sidi Bouzid	87	24	2		45	15	1		174	2333
TOTAL		328	318	40	3	396	492	43	40	1660	790
BEJA	Béjà	87	36	3		39	40		2	207	1470
	Sillana	78	15	2		26	4		2	127	1836
	Le Kef	71	18	4		36	29		2	160	1604
	Jendouba	78	24	9		49	27		1	188	2237
	TOTAL		314	93	18		150	100		7	682
GABES	Gabès	89	24	17	2	58	66		4	260	1363
	Médenine	98	32			104	102		10	346	1293
	Tataouine	45	12	1		14	8			80	1809
	TOTAL		232	68	18	2	176	176		14	686
GAFSA	Gafsa	101	25	6		32	31		11	206	1614
	Kasserine	109	12	1		38	22		1	183	2322
	Kébili	53	4	1		15	10		1	84	1760
	Tozeur	56	12	1		10	2			81	1250
	TOTAL		319	53	9		95	65		13	554
TOTAL		3447	2354	290	74	2520	2848	135	270	11938	865

Sur près de 15599 médecins inscrits au tableau de l'Ordre, près de 12000 déclarent exercer une activité en Tunisie, dont 45% sont spécialistes. Le ratio habitant par médecin "actif" est de 865. Une analyse détaillée de la démographie médicale sera publiée dans le prochain numéro du bulletin; en attendant les confrères, notamment les jeunes à la recherche du lieu de leur installation, peuvent écrire/adresser des mails à l'Ordre qui leur fournira le complément d'information demandé.

VIENT DE PARAITRE....

« Un ouvrage (intitulé : « L'Ordre des médecins – 1958 – 2008 ; le bilan) retraçant l'histoire de l'Ordre des médecins de Tunisie.

Extraits de l'introduction :

« ... Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif, trans-générationnel...»

Pour le réaliser, il nous a fallu d'abord rassembler des archives : publications, rapports d'assemblées générales, actes des séances des conseils, correspondances, supports informatiques, contrats... ; pour ensuite en analyser les contenus et procéder à la nécessaire confrontation entre informations de provenances diverses. In fine, les recoupements avec des entretiens réalisés auprès d'anciens des conseils de l'Ordre nous ont permis de mieux préciser certains faits et parfois leur succession. En complément de leur parole, nous leur avons demandé des témoignages écrits sur leurs expériences, qui sont publiés à la fin de l'ouvrage, dans leur intégralité ...

Les données collectées auprès des différentes sources ont été regroupées en sept chapitres, outre les témoignages. Dans le premier chapitre (historique) un inventaire est dressé des événements importants qui ont marqué la vie de l'Ordre depuis sa création.

Le deuxième chapitre est consacré au Code de déontologie – dont les deux versions, publiées respectivement en 1973 et 1992 sont comparées -, texte fondamental qui donne leur légitimité aux actions entreprises par les instances ordinales. Dans le troisième chapitre, la liste des membres des bureaux est dressée.

Les deux chapitres suivants traitent de la manière dont deux activités de base ont été abordés par les conseils qui ont présidé aux destinées de l'Ordre : en matière de reconnaissance de compétences et de mise à jour du « tableau » d'une part, de résolution des litiges et de discipline d'autre part.

Au chapitre VI est rapportée la chronique des événements et des faits anecdotiques qui ont fait le quotidien de l'organisation. Enfin l'activité des médecins étant un déterminant essentiel de la santé, son impact peut être évalué par le biais des indicateurs usuels de moyens et de résultats (chapitre VII).

Pour terminer nous lançons un appel à ceux – médecins, membres de leurs familles... - qui disposeraient de documents ou d'« informations » puisés à bonne source, de nous les faire connaître. Nous pourrions ainsi corriger, compléter le contenu de cet ouvrage... dans une édition suivante ».

Taoufik Nacef

TRÈS IMPORTANT

ELECTIONS

Les élections en vue du renouvellement de la moitié des membres du bureau de l'Ordre national auront lieu le samedi 11/1/2009. Un appel à candidature dont l'échéance est fixée au 30 décembre 2008 a été adressé à chaque médecin inscrit au tableau de l'Ordre, à l'adresse qu'il aura fait connaître à l'Ordre. Tous les médecins seront avisés du lieu du scrutin par courrier individuel.