

Le Bulletin

D'INFORMATION

DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DE TUNISIE

Editorial

Editorial

1. Nous avons reçu d'un citoyen la correspondance suivante :

إني الممضي أسفله..... أتشرف بأن أعرض على الجناب وأن الطرف الضد الدكتور..... سلمني شهادة طبية بها علما سيدي واني ليس لي أي مرض أو ضرر، وقد تعمدت أنا..... أخذ الشهادة المذكورة للإدلاء بها للسيد رئيس المحكمة الابتدائية ووقفت أنا شخصيا أمام السيد رئيس المحكمة يوم..... وذلك ليعرف جيدا ان الطرف الضد يقوم ببيع الشهادات الطبية (بالفلوس). كما سبق للطرف الضد أن سلم شهادة طبية لزوجتي.....بها 30 يوم (بالفلوس) وليس بها أي ضرر، وقد تسبب ذلك نشر قضية ضدي مما انجر عنه أنني حكمت أنا وابنتي.....ب3 أشهر سجن مع إيقاف التنفيذ غيابي.

Des démarches sont entreprises par l'Ordre pour vérifier le bien-fondé de ces accusations.

2. Un enfant de 7 ans, est présenté pour la deuxième fois consécutive, vers 21 heures au Dr qui l'avait consulté la veille pour une angine ; malgré le traitement, la fièvre persiste et les symptômes locaux auraient insuffisamment régressé. Pour des raisons mal élucidées, l'entretien « dégenère » : le père porte plainte à l'Ordre, accusant le médecin de « refus d'assistance à personne en danger ». Quant au médecin il dénonce le comportement « arrogant » de la famille ; il dément avoir refusé les soins, les parents ayant pris l'initiative de se retirer. Il porte à notre connaissance les « messages dérangeants » à son égard, publiées sur un site communautaire d'échange par le père de l'enfant.

Ces deux évènements témoignent que les temps changent ; la relation médecin/malade se dégrade. C'est aussi pour nous l'occasion de rappeler que l'exercice médical est une éthique ; il est fondé sur des rapports à l'autre – patient comme confrère - caractérisés par la bienveillance, la compassion, la « gentillesse », l'objectivité du témoignage basé sur des faits réels..., également les honoraires « justes » et la solidarité (dont une preuve à minima serait le respect, sans restriction pour les proches parents et les confrères, de l'article 44 du CDM). Chacun de leurs actes, de leurs paroles, de leurs écrits doit être pensé, vérifié, évalué car il a valeur d'engagement personnel ; malheureusement il est de plus en plus fréquemment invoqué comme preuve, tous les moyens (traditionnels ou modernes) sont utilisés pour médiatiser la « charge ».

S
O
M
M
A
I
R
É

EDITORIAL	1
MEDECINE ET CULTURE 1	2
MEDECINE ET CULTURE 2	3
MEDECINE ET CULTURE 3	3
ASSURANCES SOCIALES DU MÉDECIN LIBÉRAL 1	4
ASSURANCES SOCIALES DU MÉDECIN LIBÉRAL 2	5
ASSURANCE RCP	8
ASSURANCE RCP	8
CONVENTION	9
CONVENTION	10
MÉDECINE DU TRAVAIL RISQUE PROFESSIONNEL	11
MÉDECINE DU TRAVAIL RISQUE PROFESSIONNEL	11
MÉDECINE DU TRAVAIL RISQUE PROFESSIONNEL	13
FOURCHETTE DES HONORAIRES	13
CAS SUSPECT DE GRIPPE A(H.N.) EN PHASE PRÉ-ÉPIDÉMIQUE.....	16
CAS SUSPECT DE GRIPPE A(H.N.) EN PHASE ÉPIDÉMIQUE.....	17
COMMUNIQUE U.PHM	18
PRESCRIPTION MEDICALE	18
PRESCRIPTION MEDICALE	18
PRESCRIPTION MEDICALE	19
PRESCRIPTION MEDICALE	20
PRESCRIPTION MEDICALE	20
VIENT DE PARAITRE	21

Directeur de la publication

Dr. Taoufik NACEF

Comité de rédaction

Mohamed ALOULOU

Mohamed Féthi DEROUICHE

Mohamed JOUINI

Slim BEN SALAH

Nabil BEN ZINEB

Amen Allah MESSADI

Mohamed AYED

Lotfi BEN HASSINE

Abdelhamid BOUATTOUR

Mohamed Néjib CHAABOUNI

Najeh CHENITI

Rafik GHARBI

Rachid KAMOUN

Youssef LETAIEF

Mounir Youssef MAKNI

Collaborateurs

Mme Henda Zidi Chtioui

Mme Saliha Oubeidallah

LE BULLETIN - N° 30 - Août 2009 - CNOMT, 16, RUE DE TOURAINÉ - 1002 TUNIS

Tél: 216 71 792 736 - 216 71 799 041

Fax: 216 71 788 729

E-mail: cnom@planet.tn - Site: www.ordre-médecins.org.tn

بسم الله الرحمن الرحمان الرحمان الرحيم

أيها الجمع الكريم

إن موضوع ندوتنا اليوم هو الطب والثقافة

ويحتوي العنوان في طياته على علاقة الطب والطبيب بمختلف شعب الثقافة؟ غير الطبية طبعا- من أدب وشعر وموسيقى ورسم وغيرها من مسالك المعرفة والإبداع سواء كان بالاهتمام والإلمام أو المساهمة والإبداع.

وقد يظن البعض أن الطبيب بعيد كل البعد عن الميدان الثقافي وإن ثقافته تنحصر في حفظ أسماء الأمراض والأعراض بل إن بعضهم قد يتعجب إذا رأى طبيبا يتصفح كتاب تاريخ أو شعر ويندهش إذا علم أن ذلك الطبيب ساهم بكتاباته الأدبية في القصة أو الشعر أو أنه رسم لوحة أو إذا اهتم بالموسيقى وأبدع فيها.

والحقيقة أنه لا غرابة في الأمر

فالتبيب هو قبل كل شئ إنسان بعقله وذكائه وشعوره فهو لا يختلف في شئ عن الآخرين في ما يمن به عليه الله من مواهب وملكات

صحيح أن هذا الإنسان سيمر بطريق الدراسة ثم العمل ولا أريد أن اصف لكم هذه الطريق فانتهم تعرفونها كما اعرفها

هذه الطريق التي تتزاحم فيها المعلومات العلمية الجافة المليئة بالنظريات والمعادلات والصيغ والتي لا تترك مجالاً لغيرها

لقد كانت دراسة الطب فيما قبل تشتمل على التبحر في مختلف العلوم، فكان الطبيب حكيما يجمع مع طبه الفلسفة وعلم الفلك والشعر والنثر والفقه والموسيقى، إلا أنه مع انفجار المعلومات العلمية عامة والطبية خاصة تقلصت دائرة المعارف للطبيب فأصبح دكتورا في الطب مختصا في أمراض جهاز أو عضو من الجسم ولربما اختص في عرض أو اضطراب ما وكل يوم تأتيه من النشريات والمجلات العلمية والطبية ما لا سبيل للاطلاع على محتواها بأكملها، فكيف لهذا الطبيب الذي يجب أن يكون مطلعاً على أحدث الاكتشافات أن يجد حيزاً من الوقت لقراءة قصيدة شعرية أو الاستماع إلى معزوفة موسيقية، أليس مثل صناعة الطب كمثال العشيقة الغيورة التي إذا نسيتها يوماً نسيتهك إلى الأبد

ولكن هذه المهنة نفسها تتيح للطبيب إن يشاهد عن قرب العديد من النماذج البشرية وهي تعاني آلام المرض أو تصارع سكرات الموت؟ فيتفاعل مع مشاعرها وأحاسيسها ويشاطرها أحزانها وربما أفرحها و بذلك تصقل أحاسيسه ويرهف شعوره فيستلطف كتاب أدب يقرأه أو نقمة موسيقية يسمعه لعله يحدث توازناً نفسياً يستهدف تخفيف الضغط المتولد من الأجواء المهنية وربما تخلى ذلك الحد إلى الإنتاج والإبداع أي من الاستهلاك إلى الإنتاج.

وإذا نظرنا إلى الساحة الثقافية نجدها تزخر بالعديد من كبار الأطباء مشرقاً ومغرباً.

وما حضوركم اليوم بهذا العدد في ليلة عيد الأضحى إلا برهان عن الحس الفني عند الأطباء .

فمن ابن سينا الذي كان طبيباً وفيلسوفاً وشاعراً إلى الرازي الذي ترك لنا أكثر من مائتي مؤلف منها ما يتعلق بالطب ومعظمها تنطرق إلى شتى العلوم والفنون.

وهذا ابن زهر الحفيد الذي خلد لنا شعره أجمل الموشحات الأندلسية، وغيرهم كثير.

وفي الغرب نذكر البعض منهم ك رابلي وسيلين وكريشتمن مؤلف ومخرج فيلم جيرسك بارك والذي وفاه الأجل في شهر نوفمبر الماضي.

أما على الساحة التونسية فهذا أستاذنا سعيد المستيري الذي قضى السنوات العديدة في قاعة العمليات يبهرننا بإنتاج أعمال أدبية وتاريخية رائعة نذكر منها المنصف باي؟ أبو قسيس وطبيب الحى الذي دون فيه من الحكمة والتجربة والذكريات الشيء الكثير.

أما أستاذنا عمر الشاذلي أول عميد لكلية الطب بتونس (والذي نحى حضوره بيننا) فقد اختار طريق الترجمة للتعريف بترائنا العلمي فترجم من أعمال ابن النفيس: مختصر القانون لابن سينا؟ التعليق على التشريح في كتاب القانون

ونذكر الأستاذ محمد الفوراتي الذي بعد حملته سراج جراحة القلب على مدى أربعين سنة ببلادنا دون لنا مسيرته وتجربته لأول عملية زرع قلب يقوم بها.

ونذكر المرحوم سليم عمار بإنتاجه الوفير نثراً وشعراً والدكتور حسن فرزة في مجال الموسيقى.

أما من الجيل الأصغر سناً فإن الساحة الثقافية مليئة بأسماء الأطباء والمبدعين سواء في القصة أو الشعر أو الرسم أو الموسيقى أو حتى في تصميم الأزياء.

ونظراً لضيق الوقت فأني أعتذر عن ذكر أسمائهم وسأقتصر على ذكر الزميلات والزملاء الذين سيشاركون بمدخلاتهم في هذه الجلسة.

فالأستاذة عزة الفيلاي رئيسة قسم أمراض الجهاز الهضمي بمستشفى الرابطة والتي صدر لها العديد من المصنفات القصصية باللغة الفرنسية والدكتور مختار بن إسماعيل المختص في أمراض الجهاز الهضمي وقد صدر له ديوانان من الشعر ونحن في انتظار الديوان الثالث إن شاء الله والدكتور محمد لطفي المرابي المختص في أمراض الجهاز التنفسي الذي أبدع في مجال الموسيقى إبداعاً أنساب إلى نجليه إلى أن بلغا مستوى العالمية كما كتب عن علي بن غداهم وأمين والدكتور منصف قيقية الذي تجاوزت موهبته ميدان تجميل الحسنات إلى رسم لوحات فنية رائعة

سيداتي سادتي

كل هذه النماذج من الإبداع الفني إنما تعكس بصدق كل ما يعتمل في صدر الطبيب الفنان و صدور الآخرين من مشاعر وأحاسيس تشكل تالفاً بين الطب والفن والثقافة وما كان الطب والثقافة والفن على اختلاف أبدأ

Les deux mots côte à côte, interpellent. Longtemps unies, médecine et culture, arpentent-elles, désormais des chemins séparés ? Réfléchir sur la médecine n'étant pas le propos de ce texte, c'est à une réflexion sur la culture qu'il est préférable de se livrer. Certains mots, amples et équivoques appellent la méfiance; la culture est de ces mots-là, elle a si souvent abrité des significations éloignées voire contraires. Laquelle de ces significations pourrait, dans la culture, cheminer aux côtés de la médecine? Parmi tout ce qu'on classe sous le vocable de culture, on pourrait élire deux concepts, celui d'attitude et celui d'acquisition.

La culture est acquisition des grands objets de la création humaine, ces traces dispersées là où des hommes ont pensé et fabriqué à coup de désir et d'effort. Les œuvres d'art, de pensée, la musique, sont autant de réponses aux questions essentielles, que de tout temps, les hommes se sont posés et auxquelles ils ont tenté de répondre, réponses indéfiniment changeantes. L'acquisition n'est ni achat ni appropriation ; seule compte l'appropriation par l'esprit.

L'acquisition est de tous les âges, seul compte le désir d'apprendre ; or celui-ci n'a pas d'âge. Les Athéniens du quatrième siècle avant Jésus-Christ, défendaient la «Paideia», acquisition à tout âge des grands objets de la connaissance.

L'autre concept à inclure obligatoirement dans le mot culture est certainement l'attitude de travail sur soi qu'une telle acquisition suppose. Cette attitude réunit un certain nombre de façons d'être au monde : privilégier la contemplation, le silence, choisir un texte plutôt que de consulter une multitude de références, refuser la dispersion que confère l'information tyrannique, se ramasser et tenter avec justesse et honnêteté de répondre aux questions essentielles, réponses aussi difficiles que personnelles. Cette attitude est ainsi une relecture, une

reprise à soi des normes afin de les tenir à distance et de les reconsidérer. La contingence des normes est un constat inévitable qui incite à les reconsidérer, se reconsidérer aussi.

En définitive, à travers les concepts esquissés ici, la culture apparaît comme un travail sur soi, travail auquel l'acquisition confère les bons outils. Que devient cette culture face à la médecine contemporaine, ce réseau de techniques aussi complexes qu'enchevêtrées ? En médecine, savoir et savoir-faire sont désormais si pléthoriques qu'il n'y a plus de temps pour le savoir-être. Celui-ci est en définitive livré aux tempéraments de chacun et à l'air du temps. Faire plus, faire vite, faire tout en même temps.

Mais le médecin est sauvé par son constant humanisme. Notre corps de métier est plus sensible qu'un autre aux problèmes existentiels du fait de sa proximité avec la souffrance et la mort. Cela lui confère une morale de bienveillance; l'habitude forcée de la compassion, tout cela est diversement sollicité par le médecin selon les étapes de sa carrière et de sa vie. Cet humanisme n'est toutefois pas assimilable à la culture car imposé par les circonstances du métier, il se transmet à un médecin qui ne l'a pas choisi, et n'y est donc pas acteur.

De ces considérations, faut-il conclure que médecine et culture cheminent désormais côte à côte, en parfaite extériorité avec quelques passerelles par lesquelles transite l'humanisme induit par la pratique ? Nous devons croire que ces passerelles imposées par la pratique, peuvent constituer des portes que le médecin peut pousser un jour, s'il en éprouve le besoin pour aller au-delà et, ne ménageant ni son désir ni son effort, faire que culture et médecine se retrouvent.

Nous sommes tous poètes de nature. Nous incarnons cet instinct poétique dès la naissance ; les cris de joie ou de souffrance que nous manifestons lors de notre arrivée au monde en témoignent. Une fois réunis les facteurs favorables à son épanouissement, la pulsion naturelle se concrétise et devient vocation.

Très tôt, je me suis trouvé hanté par une envie pressante de m'exprimer par le verbe. Je composais des essais sous forme de poèmes que je montrais timidement à mes enseignants. L'expérience soutenue, l'ambition devient défi et cherche à venir à bout des difficultés que présente le maniement de la langue mère.

La langue arabe, passionnante, m'a séduit par la richesse de son vocabulaire, l'ampleur de sa grammaire et la cadence de son rythme syllabique qui se mêle au style lyrique de son expression. Mes origines andalouses et le talent de mon père

en matière du Malouf m'ont bien aidé. J'ai jeté tout mon dévolu sur la poésie. Ultérieurement, l'exercice de l'art médical a contribué largement au développement de mes sentiments et à l'épanouissement de mes idées. La fécondité de la médecine et de la littérature m'est apparue comme évidente. Mon analyse de cette dialectique de l'échange entre médecine et littérature est venue consolider mon attachement à la poésie.

Le terme Docteur est attribué aux ayants droit dans toute discipline, alors que le qualificatif de « Hakim » n'était autrefois décerné qu'au médecin, considéré comme étant le seul sage de la cité, disposant d'un savoir qui ne se limitait pas aux prestations de soins. Le « Hakim » était à la fois médecin, philosophe, sociologue, astronome, mathématicien et homme de lettres. L'histoire de la littérature ne nous montre-elle pas que les médecins poètes sont légion?

Citons, entre autres, et des plus célèbres: Ibn Ettelmidh, Averroès, Avicenne, Ibn Ennakib, Ibn Zohr, Abouchedi et Ibrahim Néji.

En réalisant mes trois recueils de poèmes, « Les inspirations de la route » édité fin 2006, « Les recommandations de la lune », édité en 2008 et « A l'ombre des jasmins », en cours d'édition, je me suis rendu compte de ce que la littérature et plus particulièrement la poésie, m'ont apporté en tant que médecin, et je vous communique en toute naïveté, l'approche adéquate et les sensations vraies dont j'avais besoin pour mieux pratiquer ma profession.

L'affinement des sens du médecin le rend, à mon humble avis, plus sensible aux manifestations cliniques relatées par les patients : les cris, le sourire, le gémissement, le rire acquièrent d'autres significations.

Les comportements face aux souffrances gagnent en souplesse. La communication « le dialogue » avec le patient, quelque soit son langage et son parler, est facilitée.

L'état de stress et d'angoisse que génère notre lourde responsabilité (essentiellement morale) est tout simplement annihilé.

Le monde de l'imaginaire est élargi, tissant de nouvelles conceptions relatives aux différents organes ainsi qu'à leurs fonctions physiologiques. Le cœur devient l'amour, le foie l'être bien aimé, les yeux une autre variante de l'être aimé, les battements du cœur acquièrent d'autres significations...

En même temps, l'apport de la médecine assure au poète d'autres ouvertures et un plus grand élan. Pour le poète

médecin, les gènes pourraient se décrire comme les médiateurs de la souffrance, le cœur comme le centre de l'amour, etc. ... Le médecin poète humanise davantage la médecine, la rend plus proche, plus sensible, plus parnassienne. L'engagement sacerdotal du médecin visant le respect de la vie et de la personne humaine, invite le poète à appréhender le corps ou à s'en détacher avec une conscience accrue et des sens aiguisés.

Ainsi l'interaction paraît bien claire entre l'exercice médical et la vocation poétique et se résume en une complémentarité harmonieuse fondée sur leur appartenance au domaine artistique d'une part et sur leur attribution humanitaire d'autre part. Cette complémentarité est appelée à se renforcer, du fait que la poésie, art complet, rassemblant la pertinence romanesque, la virtualité de l'image et la cadence lyrique des vers, est en mesure de se doter de vertus thérapeutiques.

Les interactions de la littérature et des sciences ne sont plus à démontrer. Leur décloisonnement est en plein renouvellement et leurs perspectives d'avenir méritent une analyse plus approfondie.

Pour finir j'acquiesce à l'adage qui affirme que science sans conscience est la ruine de l'âme, et à l'aphorisme de Aboulkaçem Echebbi : « la vie ne tient qu'avec la réflexion et la sensibilité associées, sans lesquelles elle n'aurait pas de sens ». Je voudrais ajouter, qu'à mon humble avis, une médecine sans sensibilité et tendresse ne saurait réaliser ses objectifs.

Assurances sociales
du médecin libéral

LA COUVERTURE SOCIALE DES MEDECINS LIBERAUX ETAT ACTUEL, INSUFFISANCES, PERSPECTIVES (Table ronde organisée par le CROM de Sfax le 12/3/2009)

SYNTHESE DES EXPOSES : (Dr Gdoura, Dr Abdelkafi, Dr Baccar, Mrs Kachouri et Ben Fraj)

Le médecin cohabite quotidiennement avec la maladie, mais il a tendance à omettre la notion de prévention pour lui-même. Il faut dire que jusqu'aux années 90, le niveau de vie des médecins faisait que les médecins de libre pratique étaient réticents à souscrire des assurances ou même à s'inscrire à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) préférant gérer le problème par des placements surtout fonciers. Depuis que l'affiliation à la CNSS est devenue obligatoire cela a certainement résolu une part des problèmes surtout ceux relatifs à la retraite et à l'invalidité permanente (IPP). Mais en pratique, la couverture s'avère bien souvent, insuffisante ; de plus les problèmes en rapport avec les critères d'adhésion, les droits de l'affilié et l'exercice de ces droits sont mal maîtrisés par la majorité d'entre nous.

RAPPEL :

Les services délivrés par les Caisses d'Assurances **aux salariés** (y compris les médecins) sont les suivants :

- prestations familiales (allocations familiales, congés de

maternité etc...) ;

- indemnité de décès (de l'affilié ou du conjoint) ;
- retraite (à terme, anticipées, invalidité permanente etc...)
- retraite calculée sur la base des trois dernières années...
- pension alimentaire ;
- prêts.

Quant aux services délivrés par la CNAM à ces mêmes salariés, il s'agit de :

- indemnité de congés de maladie ;
- indemnité d'accident de travail ;
- et bien entendu, assurance maladie...

En ce qui concerne le **médecin de libre pratique**, il cotise à la CNSS, pendant 2 ou 3 décennies ; à titre d'exemple un spécialiste paye plus de 3000 dinars / an.

Cela lui donne droit à un certain nombre d'avantages qui pourraient sembler dérisoires pour les uns, mais qui n'en sont pas moins bienvenus pour une large frange des jeunes confrères (voir article du Dr Bouzaouche dans ce même numéro)

Il n'est pas inutile de rappeler que la population connaît un **vieillessement accru** et ceci ne va pas s'arranger dans les années à venir ; La cause principale étant la hausse de l'espérance de vie et la diminution de la natalité... Ceci aura pour conséquence qu'il y a de plus en plus de retraités et que le nombre des actifs qui cotisent, même s'il évolue, n'augmentera pas dans la même proportion.

Selon les prévisions, les personnes retraitées représenteront en 2030 près du tiers du total des personnes âgées entre 20 et 59 ans, c'est-à-dire présumées actives.

PERSPECTIVES

Face à la démographie médicale galopante et à la multiplication des « situations critiques » et pour maintenir l'ensemble de nos confrères dans la dignité, il est impérieux de : pallier les insuffisances du système d'assurance maladie (par l'institution d'assurances complémentaires par ex., à un tarif intéressant si le nombre d'affiliés est important...) et pour faire face aux imprévus, de mettre en place des mécanismes d'entraide. Il est à rappeler que le conseil de l'Ordre est intervenu à plusieurs reprises pour venir en aide à des confrères en situation critique, mais la multiplication de ces situations nous incite à envisager d'organiser nos interventions dans un cadre formalisé.

Au lieu d'interventions ponctuelles, il serait donc souhaitable de créer un mécanisme d'entraide permanent (en conformité avec l'article 49 du Code de Déontologie Médicale et article 11 du Règlement Intérieur) avec un conseiller dans chaque CROM et une commission nationale.

Le financement de cette Caisse serait essentiellement lié à la cotisation au Conseil National de l'Ordre des Médecins (dont une partie serait réservée à cet effet) et aussi par des dons et autres.

LES DEBATS (animés par Dr Aloulou) : SYNTHESE

Question 1 :

Pour le régime complémentaire, qui est censé couvrir ce qui n'est pas couvert par le régime de base de la CNAM et ce qui n'est pas remboursé en cas de dépassement du plafond, il existe un champ d'action très large pour les assureurs privés; je pose les questions à la CNAM et aux assureurs : Est-ce que ce régime complémentaire est pris uniquement par les assureurs privés ou par la CNAM aussi ?

Réponse

Pour l'assurance complémentaire même si la CNAM est autorisée à la proposer, il semble que ce sont les assureurs qui s'en chargent en priorité ;

- Après le démarrage de la CNAM, il faut attendre au moins trois ans pour connaître le champ d'action de l'assurance maladie complémentaire ;
- Pour l'assurance complémentaire, il existe aussi des contrats individuels.

Question 2 :

Pour ceux qui ont exercé dans la fonction publique (stages d'internat, résidanat etc..) et sont couverts maintenant par la CNSS est-ce que les années de cotisation à la CNRPS sont comptabilisées ?

Réponse

Si vous avez un état détaillé vous pouvez exiger la prise en compte de ces premières années d'exercice ; Pour la retraite il faut cotiser pendant 15 ans sinon on ne peut prétendre qu'à la pension vieillesse.

Assurances sociales
du médecin libéral

LA COUVERTURE SOCIALE DU MEDECIN INSTALLE EN LIBRE PRATIQUE

Foued Bouzaouache – CROM Soussse

Le médecin libéral est tenu de s'affilier à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, selon le régime des travailleurs non salariés dans les secteurs non agricoles. La gamme des prestations du régime obligatoire fait l'objet du présent article. Mais comme on le verra, les montants des différentes allocations sont le plus souvent insuffisants, un complément est nécessaire ; il est fortement recommandé de recourir à une assurance complémentaire privée type Assurance Vie afin de maintenir, à la retraite ou en cas de maladie ou suite à un aléa de la vie, un niveau de vie «digne», qui ne soit pas en rupture avec le vécu antérieur.

I- RÉGIME OBLIGATOIRE DE LA COTISATION

I.1. Assiette des cotisations

Les cotisations sont assises sur un revenu forfaitaire affecté du coefficient multiplicateur correspondant à la classe à laquelle appartient l'assuré. Le revenu forfaitaire est déterminé par référence au SMIG afférent au régime de 48 heures par semaine rapporté à une durée d'occupation de 2.400 heures par an.

I.2. Taux de cotisation

Le taux des cotisations est fixé comme suit :

Période	01/07/07 au 30/06/08	01/07/08 au 30/06/09	01/07/09 au 30/06/10	A partir du 01/07/10
Taux de cotisation	11.93%	12.86%	13.79%	14.71%

I.3. Montant des cotisations des médecins à partir du 3ème trimestre 2008

Classe de revenu	coefficient du SMIG	Assiette trimestrielle de cotisation (TND)	Montant de la cotisation trimestrielle (au 3 ^{ème} T 2008 (TND))
Généralistes : 5	X 4	2 906,400	373,764
Spécialistes : 7	X 9	6 539,400	840,969

I.4. Validation des services antérieurs : Cette opération permet à l'assuré social ayant exercé une activité assujettie à la sécurité sociale sans qu'elle donne lieu à déclaration ou à cotisation déclarée à temps, de la racheter pour qu'elle puisse être validée et prise en considération au moment de la liquidation des droits à la pension.

Conditions pour en bénéficier :

Avoir effectivement exercé une activité professionnelle assujettie sans être déclaré à la sécurité sociale.

- Dépôt de la demande dans un délai ne dépassant pas un an à partir de la date d'ouverture de droit à la pension.
- Dépôt de la demande dans un délai ne dépassant pas 2 ans à partir de la date de la fin des périodes à valider.

II-DROITS DE L'ASSURÉ : INVALIDITÉ, RETRAITE, DÉCÈS

Il est à noter que le montant des pensions est revalorisé automatiquement à chaque augmentation du SMIG. Est pris en considération pour le calcul des prestations le SMIG à compter du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel a été décidée la majoration du salaire minimum.

Les prestations auxquelles l'affilié peut prétendre sont selon le cas les suivantes :

II.1. RETRAITE

II.1.1. La pension de vieillesse est une prestation servie mensuellement à l'âge de la mise à la retraite et après cessation définitive de toute activité professionnelle assujettie à la sécurité sociale.

Conditions pour en bénéficier :

- Avoir atteint l'âge de 65 ans (ou 60 ans avec une réduction de 0,5 % pour chaque trimestre séparant l'âge de l'assuré à la date du dépôt de la demande de l'âge légal de mise à la retraite)
- Avoir totalisé 40 trimestres de cotisations au moins.
- Avoir payé toutes ses cotisations à la caisse.

Montant de la prestation : 30% du revenu moyen au titre des 40 premiers trimestres de cotisation majorés de 0,5% pour chaque trimestre supplémentaire, sans dépasser 80% dudit salaire, après 35 ans de cotisations validées.

Le taux obtenu est multiplié par le revenu annuel moyen de référence qui est égal à la moyenne pondérée des coefficients multiplicateurs correspondant aux classes auxquelles l'assuré a adhéré, rapporté selon le secteur au SMIG en vigueur au moment de l'ouverture de droit .

II.1.2. Le Versement unique est un versement unique accordé à l'âge de mise à la retraite, aux affiliés ne remplissant pas les conditions de « stage » exigé.

Conditions pour en bénéficier :

- Etre âgé de 65 ans.
- Ne pas avoir réalisé 40 trimestres de cotisations effectives.

Montant de la prestation : Il est égal aux retenues effectuées sur salaires au titre des cotisations salariales au régime de pension.

II.2. DECES

II.2.1 : La pension de conjoint survivant d'un assuré social décédé en activité est une prestation servie au conjoint d'un assuré social décédé en activité ; elle ouvre droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse au moment de son décès.

Conditions pour en bénéficier :

- Avoir accompli un stage de 20 trimestres de cotisations validées.
- Conditions générales : Sans condition de stage au cas où le décès est dû à un accident non professionnel.
- Conditions concernant le conjoint survivant : Existence des liens du mariage au moment du décès ; Non remariage avant l'âge de 55 ans

Montant de la prestation : Le conjoint d'un assuré social décédé perçoit une pension de réversion dont le taux est fixé comme suit :

- conjoint survivant sans orphelin : 75% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.
- conjoint survivant avec un orphelin : 70% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.
- conjoint survivant avec 2 orphelins et plus : 50% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.

II.2.2. : Pension d'orphelins d'un assuré social décédé en activité : C'est une prestation servie aux orphelins d'un assuré social, décédé en activité et ouvrant droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse au moment de son décès.

Conditions pour en bénéficier :

Conditions propres à l'assuré social : Avoir accompli un stage de 20 trimestres de cotisations validés.

Condition générale : Sans condition de stage au cas où le décès est dû à un accident non professionnel.

Conditions propres aux orphelins :

- Jusqu' à l'âge de 16 ans sans justification.
- Jusqu' à l'âge de 21 ans au cas où l'orphelin poursuit un enseignement secondaire ou supérieur.
- Jusqu' à l'âge de 25 ans pour l'étudiant non boursier.
- Sans limite d'âge pour l'orphelin atteint d'une incapacité permanente l'empêchant de s'adonner à une activité et ce après accord du contrôle médical.
- Sans limite d'âge pour la fille qui, à la date du décès de l'ascendant ouvrant droit à une pension de vieillesse ou d'invalidité au moment de son décès, ne dispose pas de ressources ou dont l'obligation alimentaire n'incombe pas à son époux.

Montant de la prestation

En présence d'un conjoint survivant :

- 1 orphelin : 30% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.
- 2 orphelins et plus : 50% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.

En l'absence d'un conjoint survivant :

- 1 orphelin : 30% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.
- 2 orphelins : 60% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.
- 3 orphelins : 90% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.
- 4 orphelins : 100% de la pension dont aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès.

II.2.3. Indemnité de décès : Une indemnité de décès est accordée à l'assuré, en cas de décès de son conjoint ou de l'un de ses enfants à charge.

Conditions pour en bénéficier :

Conditions générales

- Le décès ne doit pas résulter d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- Le travailleur doit être immatriculé ou affilié à la Caisse.
- La demande doit être formulée un an au plus tard à compter de la date de décès.

- Condition de stage

- Avoir cotisé au moins durant les deux trimestres précédant la date du décès.
- Avoir payé toutes ses cotisations depuis son affiliation à la Caisse.
- Le décès doit être survenu lors d'un séjour en Tunisie pour les travailleurs tunisiens à l'étranger.

Montant de la prestation :

Le montant de l'indemnité de décès est égal au montant de l'indemnité journalière de maladie (2/3 du salaire journalier moyen), multiplié par :

- 90 : en cas de décès du conjoint ou d'un enfant âgé de plus de 16 ans.
- 45 : en cas de décès d'un enfant de plus de 6 ans et n'ayant pas dépassé 16 ans.
- 30 : en cas de décès d'un enfant âgé de plus de 2 ans et n'ayant pas dépassé 6 ans.
- 10 : en cas de décès d'un enfant n'ayant pas dépassé 2 ans.

II.2.4. Capital décès : En cas de décès de l'assuré social, une indemnité dite "capital décès" est servie à son conjoint et à ses enfants mineurs à charge.

Conditions pour en bénéficier

- Etre immatriculé à la CNSS.
- Sans condition de stage, si le décès est dû à un accident.
- La demande doit être formulée au plus tard 5 ans à compter de la date du décès.
- Avoir réalisé 2 trimestres de cotisations effectives pendant les quatre trimestres précédant celui au cours duquel est survenu le décès.
- Avoir payé toutes ses cotisations depuis son affiliation à la Caisse.

Montant de la prestation

Si l'assuré est en activité : Le montant du capital décès est égal à un revenu annuel, majoré d'un mois de revenu, pour

chaque année de cotisation, sans que cette majoration ne dépasse 18 mois de revenus. Le montant ainsi obtenu est majoré de 10 % par enfant à charge.

Le revenu de référence est égal à la moyenne pondérée des coefficients correspondant aux classes auxquelles l'affilié a adhéré, rapporté au SMIG de 48 h correspondant à une durée de travail de 2.400h/an. Lesdits revenus ne sont pris en compte pour une année déterminée que dans la limite de **six fois le SMIG**, rapporté à une durée d'occupation annuelle de 2.400h/an.

Si l'assuré est titulaire de pension : pour les ayants-droits des assurés bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité, le montant du capital décès est déterminé en fonction de l'âge du défunt (retraité ou invalide). Il est réduit à :

- 50 %, si l'assuré est invalide ou retraité âgé de moins de 70 ans.
- 40 %, si l'assuré est décédé après l'âge de 70 ans.
- 30 %, lorsque le décès survient après l'âge de 75 ans.
- 20 %, lorsque le décès survient après l'âge de 80 ans.

II.3. INVALIDITÉ : C'est une pension accordée mensuellement à l'assuré social reconnu invalide par la commission médicale de la CNSS, à condition que l'invalidité soit d'origine non professionnelle.

Conditions pour en bénéficier :

- Etre atteint d'une invalidité d'origine non professionnelle et dont le taux est égal à 66,66% au moins.
- Avoir l'accord de la commission médicale.
- Avoir cessé définitivement toute activité professionnelle.
- Etre âgé de moins de 65 ans.
- Avoir totalisé 20 trimestres de cotisations au moins.
- Avoir payé toutes vos cotisations à la Caisse.

N.B : Aucune condition de stage n'est exigée en cas d'accident non professionnel qui justifie de l'antériorité de son immatriculation à la sécurité sociale.

Montant de la prestation

30 % du revenu mensuel moyen au titre des 40 premiers trimestres majorés de 0,5 % pour chaque trimestre supplémentaire, sans dépasser 80 % du même salaire.

Le taux obtenu est multiplié par le revenu annuel moyen de référence qui est égal à la moyenne pondérée des coefficients multiplicateurs correspondant aux classes auxquelles l'assuré a adhéré, rapporté selon le secteur au **SMIG en vigueur** au moment de l'ouverture de droit .

Remarques :

- Le montant de la pension d'invalidité est majoré de 20 % si nécessité de l'assistance d'une tierce personne et ce, après accord de la commission médicale de la CNSS.
- La pension d'invalidité est convertie en une pension de vieillesse à l'âge légal de la mise à la retraite tout en bénéficiant de la majoration.

III - PRESTATIONS ASSURÉES PAR LA CNAM : MALADIE, ACCOUCHEMENT, MALADIES EN RAPPORT AVEC LA PROFESSION

III. 1. Arrêt de travail pour maladie ordinaire et accouchement :

Accouchement : la prime est versée durant un mois, avec prolongation possible à 2 fois 15 jours.

Maladie non professionnelle : à partir du 6^e jour jusqu'au 180^e jour puis jusqu'à la fin de la troisième année, à partir de laquelle la prime est diminuée de 50%.

Le montant de la prime journalière est équivalent aux 2/3

du salaire journalier moyen (par exemple, pour fin 2008, un médecin en arrêt de travail pour maladie ou accouchement a droit à 9,884 TND par jour)

III. 2. Maladies professionnelles et accidents du travail :

Pour les médecins libéraux, l'affiliation au régime des réparations des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles est facultative (art. 9 et 10 de la loi 28-94 du 21/2/1994)

L'indemnité journalière ou la rente due sont calculées sur la base des montants déclarés par l'assuré social

IV- LES ASSURANCES PRIVÉES : L'ASSURANCE VIE

Souscrire une assurance vie est certainement un complément avantageux au régime obligatoire. Les différentes assurances proposent des produits variés et personnalisés permettant, par exemple, une rente viagère ou temporaire, voire un capital versé à l'âge de la retraite ou, si décès, aux ayants-droits. Selon les contrats, il est aussi possible d'avoir un capital versé en cas d'incapacité ou d'invalidité. Les avantages fiscaux ne sont pas non plus négligeables. Ne pas oublier de

bien lire le contrat même (surtout) ce qui est écrit en petits caractères !

REFERENCES LEGISLATIVES :

- Loi n° 60-30 du 14 Décembre 1960 instituant un régime d'invalidité de vieillesse et de survie et un régime d'allocation de vieillesse et de survie dans le secteur non agricole.
- Décret n° 95-1166 du 3 juillet 1995 tel que modifié par le décret n° 2002-3018 du 19 Novembre 2002. Art 1; 16; 17; 18; 19; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30; 31
- Loi n° 94-28 du 21 février 1994, portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles. (Art. 9 & 10)
- Loi n° 71-04 du 2 août 2004 portant institution d'un régime d'assurance maladie

Sites Internet utiles : vous y trouverez toutes les informations nécessaires, les textes législatifs etc.

<http://www.cnss.nat.tn> : Site officiel de la CNSS

<http://www.cnam.nat.tn> : Site officiel de la CNAM

<http://iort.gov.tn> : Site officiel de l'Imprimerie Officielle. Tout y est ou presque. Le JORT y est consultable et très régulièrement mis à jour.

Assurance RCP

ASSURANCE CONTRE LE RISQUE CIVIL ET PROFESSIONNEL (CROM- TUNIS)

A travers notre activité au sein du CROM de Tunis, en particulier celle se rapportant à l'instruction des plaintes adressées par des citoyens à l'encontre de confrères, il nous a été donné de constater que bon nombre de médecins, n'avait pas contracté d'assurance couvrant le « risque civil et professionnel » (RCP). Un pourcentage non négligeable encourt le risque d'être condamné par les tribunaux à verser des sommes importantes à des clients pour les dédommager du préjudice subi. L'assurance RCP est **une sécurité**

indéniable pour les praticiens notamment ceux exerçant des spécialités « à risque » tels que : anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, obstétriciens, radiologues ; elle constitue une garantie et **un droit du patient** (à être dédommagé en cas de complication) ou de sa famille en cas de décès.

L'évolution des mentalités et la profusion des informations relatives à des erreurs médicales rapportées par les médias font qu'il est du devoir de l'Ordre de sensibiliser les confrères à ce problème et de les encourager à se prémunir.

Assurance RCP

LES ASSURANCES DU MEDECIN LIBERAL : CAS DE LA FRANCE

(D'après le Dr Patrice Marie)

Un médecin doit souscrire des assurances afin de couvrir toutes les facettes de son activité. Certaines sont obligatoires, d'autres sont à choisir en fonction du degré de couverture souhaité.

Les Assurances sont déductibles du revenu professionnel, excepté :

- les assurances destinées à garantir un revenu journalier pour accident ou maladie ;
- les assurances décès ;
- les assurances-vie.

« **Article L 1142-2** : Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de

cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Les contrats d'assurance souscrits en application de l'alinéa précédent peuvent prévoir des plafonds de garantie. (...) »

La responsabilité civile professionnelle garantit les conséquences pécuniaires d'un dommage causé à un tiers par un acte médical.

En cas d'activité mixte (salarisée et libérale), l'exercice libéral, aussi réduit soit-il, impose la conclusion d'une garantie d'assurance de responsabilité. L'obligation d'assurance concerne, bien entendu, les remplaçants.

Enfin il est recommandé à l'assuré de :

- Lire avec attention son contrat ;
- Bien définir l'activité à garantir, en en discutant avec l'assureur ; tout en sachant que ce contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle ne garantira jamais pour tous les cas de figure, donc avoir conscience de ses limites ;
- Déclarer immédiatement toutes réclamations d'un tiers à l'assureur.

(CROM Gabès et Béja)

Selon l'article 23 de la Loi 91-21 les modalités d'exercice de la médecine peuvent être regroupées en trois catégories :

1. La médecine libérale : dans le cadre de cabinets individuels ou de groupe, de centres de diagnostic, de sociétés civiles professionnelles, de cliniques privées ...

2. La médecine salariée qui concerne les médecins placés sous le régime d'un statut fixé par l'autorité publique, recrutés par les institutions et établissements de l'état (établissements hospitaliers et sanitaires publics, administrations, collectivités ou entreprises publiques etc....).

3. La médecine salariée contractuelle: médecine du travail, centres de thalassothérapie etc....

Ces modes d'exercice, malgré leur diversité, sont tous concernés par le conventionnement...

En effet, mises à part les restrictions au nombre de conventions et de vacations auxquelles sont soumises certaines catégories de praticiens (art.2 de l'arrêté des Ministres, des Finances et de la Santé Publique du 14-03-1992) le médecin peut conclure librement des conventions dont le Conseil Régional de l'Ordre vérifie la conformité des clauses aux règles édictées par le Code de Déontologie Médicale (art.22).

- Peut être conventionné tout médecin inscrit régulièrement au tableau de l'ordre, et exerçant effectivement sa profession à la date de la conclusion de la convention (arrêté du 14.03.1992).

Les activités médicales, objet d'un conventionnement, peuvent être de nature curative ou concerner la médecine préventive/médecine du travail ou la médecine de contrôle.

- Le médecin peut contracter une convention avec :

Un **Ministère** : de la Justice et Droits de l'Homme, de l'Intérieur et du Développement Local, de la Défense, de la Santé Publique, de l'Enseignement et de la Formation, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, de l'Agriculture, des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger.

Un **Etablissement public ou un office**: CNAM, STEG, SONEDE, TUNIS-AIR, OPAT, OPNT...

Un **établissement privé** : soit un Centre d'Hémodialyse, ou de Radiologie, ou de Thalassothérapie, soit une clinique privée, soit une crèche, soit une garde, un jardin d'enfants.

Un **organisme d'assurances** (contrôle, conseil).

- Tenant compte des principes de la liberté contractuelle, les conventions peuvent être conclues librement sans autorisation préalable, à condition de ne pas contrevenir à l'ordre public. Par conséquent le contenu étant déterminé librement par les parties signataires, il y a obligation d'en respecter les stipulations.

- **Le libellé de la convention** précise les obligations respectives des deux parties : nature de l'activité, indépendance professionnelle, respect du secret professionnel ; horaires et honoraires ; modalités du remplacement, du règlement des litiges, du renouvellement ; délai de communication (quand?), clauses de conditions d'entrée en vigueur et de résiliation ainsi que les moyens (locaux, matériel) mis à la disposition du praticien pour exercer son activité.

- Les Conventions doivent être **communiquées pour visa à l'Ordre Régional des Médecins**. Conformément aux stipulations de l'article 18 de la Loi 91-21, c'est au médecin qu'incombe cette tâche, dans les mois qui suivent la conclusion de la convention ; le Code de Déontologie Médicale, dans son article 65 stipule "tout projet de convention ou renouvellement de convention, doit être préalablement communiqué au conseil..."

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins territorialement compétent (art.18 de la Loi 91-21), procède à la vérification de la conformité des clauses du projet de convention, avec les prescriptions du Code de Déontologie Médicale (art. 65 du CDM).

En effet, l'Ordre qui a pour mission au terme de l'article 11 - alinéa 1 de la Loi 91-2 1, de «veiller au respect, par tous ses membres, des devoirs professionnels», exerce sur ces conventions (contrats et avenants), non seulement un simple droit de regard mais également et surtout un droit de contrôle. Cette obligation de lui communiquer toute convention (art.65 du CDM), donne à l'Ordre une possibilité d'intervention, permettant la conciliation dans la mesure du possible entre la «liberté» contractuelle et les impératifs du contrôle déontologique.

Toutefois, ni la Loi 91-21, ni le CDM, ne limitent les délais d'examen ou de vérification des conventions, contrats et avenants qui sont communiqués à l'Ordre.

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, communique son avis motivé au médecin (article 19 de la Loi 91-2 1).

Il est à signaler que le consentement, ou le maintien de clauses non conformes aux stipulations du code de déontologie expose le praticien à des sanctions prévues dans l'article 33 de la Loi 91-21 ; il en est de même pour le défaut de communication. Rappelons que le Code de Déontologie n'est pas opposable aux tiers qui sont impliqués dans une activité médicale ; c'est seulement au médecin qu'on pourra reprocher de se lier par une convention non conforme aux prescriptions de ce code, et c'est seulement le médecin qui est susceptible d'être traduit devant la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

QUELS SONT LES PROBLEMES POSES PAR LES CONVENTIONS ?

En plus de la diversité des formes et des formules contractuelles existantes, se posent de multiples problèmes, qui sont difficiles à gérer, mais auxquelles l'Ordre doit répondre. Le silence ou l'absence de position claire et motivée

de la part de l'Ordre, ne sont pas acceptables. Parmi les problèmes auxquels l'Ordre est confronté, citons :

- *Les honoraires, le plus souvent en deçà des normes proposées par l'Ordre:* Pour les hôpitaux de la santé publique, **la réglementation**, exige des médecins contractant des conventions, des vacations, dont le nombre, la durée et les indemnités sont préalablement fixés. Tel est le cas pour les spécialistes de libre pratique, qui doivent assurer 3 vacations hebdomadaires de 3 heures chacune, avec une indemnité mensuelle de 250 DT pour les spécialités médicales, et 350 DT pour les spécialités chirurgicales (soit environ 7DT et 10DT par vacation horaire!). Pour les foyers universitaires, l'administration propose une indemnité de 15DT/ vacation horaire ; pour les dispensaires des F.S.I.: 12.5DT/vacation horaire; pour les structures pénitentiaires: 10 et 12.5DT/vacation horaire.
- *Les clauses mal rédigées :* ambiguïté de la terminologie («employé» «au lieu de médecin»); nature de la pratique non spécifiée, niveaux hiérarchiques contraignants («sous l'autorité de...»)
- *L'absence de clauses se référant aux textes législatifs* inhérents à la profession et au Code de Déontologie Médicale, tel que la soumission de tout litige d'ordre médical au Conseil Régional de l'Ordre avant toute autre instance.

QUELLES SOLUTIONS METTRE EN ŒUVRE ?

Proposer des avenants aux conventions ou aux contrats déjà conclus dont certains parviennent à l'Ordre, enregistrés dans les bureaux des recettes des finances.

L'Ordre n'ayant pas de pouvoir d'annulation des conventions et des contrats déjà signés, ne peut que vérifier leur conformité et motiver ses décisions en s'adressant au seul médecin. Celui-ci étant obligé de par la loi de tenir compte des propositions qui lui sont faites, doit procéder à conformer sa convention à la loi (avenant au contrat?).

- *Se conformer à l'avenir aux contrats-types élaborés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins* tel que stipulé par le Code de Déontologie (art.65) ; **il est conseillé aux médecins d'adresser à l'Ordre**, les conventions à l'état de projet et de rattacher leur entrée en vigueur avec la vérification de l'Ordre. Les praticiens peuvent s'inspirer des conventions-types, mises au point par l'Ordre (voir site <http://www.ordre-medecins.org.tn/>) et les adapter, si nécessaire, à leurs conditions d'exercice ; veiller à y insérer des clauses exigeant le respect des prescriptions du code de déontologie, (passant ainsi, des prescriptions imposées par la loi au seul MEDECIN, à des **clauses contractuelles dont les stipulations doivent être respectées par les signataires**).

Convention

VACATION DES MEDECINS (PREVENTION ET HYGIENE) DANS LES ENTREPRISES ; TARIFICATION

(Extrait d'une correspondance adressée le 25/3/2009 à Messieurs les Ministres : Ministre délégué auprès du Premier Ministre chargé de la Fonction Publique et du Développement Administratif ; Monsieur le Ministre de la Santé Publique ; Madame la Directrice Générale des Services Communs au Ministère de la Santé Publique)

Un nombre important des médecins exerçant dans les divers secteurs d'activités sont sollicités de signer des conventions avec des établissements, publics pour la plupart, en vue d'assurer des prestations de santé (prévention, hygiène, premiers soins) au bénéfice des personnes travaillant (ou résidant) dans les dits établissements. A cet effet, le conseil de l'Ordre a établi des modèles (conventions-types) dont les parties contractantes peuvent s'inspirer pour codifier leurs relations.

Il est à signaler que ces contrats doivent être soumis à l'approbation de certaines autorités, - parmi lesquelles le Conseil Régional de l'Ordre des médecins - qui vérifient leur conformité à la réglementation en vigueur et à la déontologie; des correctifs au libellé de certains articles peuvent être demandés

En ce qui concerne la tarification, des disparités importantes sont constatées ; les taux pratiqués notamment par l'Administration stagne et leur « évolution » (!) reste bloquée. Dans le cadre des responsabilités qui lui sont conférées par la loi (notamment l'Article 42 du Code de Déontologie Médicale), l'Ordre a proposé le 7/1/2005, pour les « vacations horaires » des médecins dans les entreprises une base pour la tarification des honoraires ; ceux-ci devraient être compris dans une fourchette de 1,5 à 3 fois le prix d'une consultation.

Ainsi – si l'on se réfère aux tarifs de la CNAM (18.d pour une consultation de généraliste, 30.d pour les spécialistes) les honoraires des médecins pour une vacation seraient inclus - dans une fourchette de :

27 à 54 d pour un généraliste ;

45 à 90 d pour un spécialiste.

Notre proposition est que dans une première étape la vacation horaire de médecins dans les entreprises (qui inclue le déplacement) soit honorée, au minimum (il s'agit d'un plancher pour les honoraires) : pour le généraliste à 27d, celle du spécialiste travaillant dans le cadre de sa spécialité, à 45d.

Le 3 et 4 avril 2009, ont été tenues les premières assises du risque professionnel (organisées par la CNAM) dont la séance d'ouverture a été présidée par Monsieur Naceur GHARBI, PDG de la CNAM et par le Dr Taoufik NACEF, président du conseil national de l'Ordre des médecins.

Cette manifestation a réuni à côté des médecins membres des commissions médicales, les experts et enseignants universitaires collaborant aux activités de ces commissions, des médecins conseils (non membres des commissions) exerçant dans les centres régionaux de la CNAM, des cadres juridiques et de la gestion du risque professionnel de la CNAM, des représentants du MASSTE et des structures partenaires, à savoir l'Institut de Santé et de Sécurité au Travail (ISST), l'inspection médicale du travail, l'inspection du travail et enfin des enseignants et chercheurs en droit ainsi que des magistrats des cours d'appel, de première instance et des juridictions cantonales. Le contenu scientifique réparti en deux demi-journées a été dense et a suscité d'intéressants débats et échanges entre participants.

Environ deux cents personnes ont pris part aux travaux axés principalement sur le fonctionnement des commissions médicales et sur les perspectives du perfectionnement de ce fonctionnement. Les thèmes abordés ont été les suivants :

1. La pathologie du canal carpien d'origine professionnelle (Tableau 82) qui fait partie des troubles musculo-squelettiques ; des insuffisances dans la conception et l'organisation ergonomique du poste de travail en sont la cause. Ce thème, introduit par docteur Nejib MRIZAK, chef du service de pathologie professionnelle du centre hospitalo-universitaire Farhat Hached, a été développé à travers des exposés consacrés à l'étude du risque, à l'ergonomie du poste

de travail, au diagnostic clinique et enfin à la réinsertion des malades au travail.

Il est à noter que les troubles musculo-squelettiques TMS (dont fait partie la pathologie du canal carpien) représentent en 2008 à eux seuls plus de 40% des maladies professionnelles reconnues en Tunisie (174 cas) ; en seconde position la surdité professionnelle (Tableau 80) représente 30% (128 cas).

2. Le fonctionnement des commissions médicales en charge de la réparation du risque professionnel : le sujet a été introduit par le Dr Kamel Jaafar, Président de la commission de Tunis et chargé de la direction du contrôle médical du risque professionnel à la CNAM (lire la mise au point du Dr K. Jaafar). Un bilan de l'activité des commissions depuis leur création en 1995, a été dressé.

3. Le recours judiciaire : la séance du samedi a été consacrée à la question des recours judiciaires à l'encontre des décisions des commissions médicales. Elle a été présidée par Mme la magistrate Jamila Khediri, Président de la Cour d'Appel de Nabeul et introduite par Mr Fethi Mimouni, Directeur au centre de recherche juridique et judiciaire et enseignant en droit.

L'objectif de la séance consacrée au recours judiciaire était d'établir un échange d'expériences et d'engager un débat avec les hommes de loi, magistrats et avocats. Les divers sujets ont été abordés à travers les résultats d'études comparatives entre la filière dite automatique et la voie judiciaire, effectuées sur des séries de dossiers de réparation (incapacité permanente) passés devant les commissions médicales et revus par la justice dans le cadre des recours des citoyens.

STRUCTURES MEDICALES EN CHARGE DE LA REPARATION DU RISQUE PROFESSIONNEL A LA CNAM

Dr Kamel JAAFAR, Médecin Conseil à la CNAM

L'article 8 de la loi 2004-71 du 2 août 2004 portant institution d'un régime d'assurance maladie stipule/ « outre la gestion du régime d'assurance maladie prévue par la présente loi, les missions de la caisse portent sur la gestion des régimes légaux de réparation des dommages résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les secteurs public et privé.... »

Quant au régime légal de l'indemnisation, il est régi pour le secteur privé par la loi 94-28 du 21 février 1994, (dont nous allons passer en revue les principales dispositions) ; le secteur public étant en ce qui le concerne géré au niveau d'une commission centrale siégeant au premier ministère.

Parmi les innovations introduites par la loi 94-28, on relève :
-le transfert de la gestion de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) à un organisme national tripartite .

-l'instauration de la « réparation automatique » : cette réparation automatique est assurée notamment par le biais de commissions médicales habilitées à fixer les taux d'incapacité permanente résultant des ATMP. Cette procédure évite le recours systématique à la justice pour demander réparation, avec pour conséquence la simplification des démarches et le raccourcissement des délais de traitement des dossiers (30 à 40 jours actuellement). Les comités de reconnaissance des maladies professionnelles (tableau I) sont des comités formés de médecins spécialisés de la CNAM dont la mission est d'assurer toutes les garanties scientifiques et médico-légales à l'opération de reconnaissance des maladies professionnelles en partenariat direct avec le médecin conseil du centre régional. Il existe trois comités couvrant le territoire national: Tunis pour le nord, Sousse pour le centre et Sfax pour le sud.

Quant aux « commissions médicales » (tableau I) elles sont au nombre de huit, réparties sur le territoire de la République.

Leurs membres sont nommés par le Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Étranger (MASSTE); la CNAM qui en assure le secrétariat médical et la logistique est représentée par deux médecins conseils.

Les commissions médicales qui déterminent les taux d'IPP sont souveraines, neutres et objectives ; leurs décisions sont prises en référence au barème officiel d'invalidité permanente.

Par ailleurs, il est à rappeler que pour ce qui concerne les soins (prestations temporaires) apportés aux victimes des ATMP, la couverture est totale ; la prise en charge est faite sur la base des tarifs officiels des actes et des prix réels des médicaments et appareillages, et ce quelque soit la « filière » de soins à laquelle l'affilié adhère : secteur public ou secteur privé, prise en charge globale ou remboursement (tiers payant...).

Pour revenir à la réparation permanente (c'est-à-dire la

	Comités de reconnaissance des maladies professionnelles	Commissions médicales chargées de déterminer les taux d'IPP résultants des ATMP
Bases légales et réglementaires	<ul style="list-style-type: none"> - Loi 94-28 articles 3, alinéa 3, 4, 5 - Liste des maladies professionnelles - Tableaux des maladies professionnelles - Arrêté conjoint promulgué par MSP et MASSTE 	<ul style="list-style-type: none"> - Loi 94-28 article 38 - Décret 95-242 (13 février 95) - Différents arrêtés du Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'étranger - Barème indicatif des taux d'IPP résultant des ATMP
Date de création	- 12 août 2002 par note de service du PDG de la Caisse	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} arrêté du MASSTE du 29 avril 1995 : 3 commissions - Le dernier arrêté date de mars 2004, actuellement : 8 commissions
Tutelle directe	CNAM	MASSTE
Composition	<ul style="list-style-type: none"> - Trois médecins conseils - Un ingénieur conseil de prévention - Le médecin secrétaire de la commission d'IPP 	Cinq médecins : <ul style="list-style-type: none"> - 1 représentant du MASSTE (inspection médicale du travail ; - 1 représentant de l'ISST - 1 représentant du MSP - Deux médecins conseils CNAM - + experts invités
Nomination des membres par	PDG de la CNAM	Ministre des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Étranger (par arrêté)
Secrétariat médical, logistique	Assurés par un médecin conseil désigné par le PDG de la CNAM	Assurés par la CNAM Médecin conseil secrétaire désigné par le PDG de la CNAM
Prérogatives	Etablir la reconnaissance des maladies professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les taux d'IPP résultant des ATMP après consolidation - Statuer sur la révision des taux d'IPP - Statuer sur les soins spécialisés après consolidation
Voies de recours	Juridictions de droit commun : en 1 ^{er} instance devant la justice cantonale, en appel devant la première instance	

détermination des taux d'IPP à la consolidation des ATMP) rappelons le principe de base énoncé dans l'article 38 de la loi 94-28 et qui est le suivant : « le taux d'incapacité s'étend toujours de la réduction de la capacité professionnelle ou fonctionnelle produite par l'accident, ou la maladie professionnelle exprimée par rapport à la capacité que possédait la victime au moment de l'accident ».

Dans ce contexte donc, il n'y a de réparation ni d'un préjudice esthétique « pur » qui n'aurait pas de répercussions sur la profession, ni du quantum doloris ni du préjudice moral. Notons aussi que la reconnaissance d'une affection en tant que maladie professionnelle ou d'un accident en tant qu'imputable au travail, repose sur un principe fondamental : la présomption légale d'origine. Le citoyen n'a pas à apporter la preuve de la causalité qui est prévue et garantie par la loi, sauf si l'organisme assureur allègue d'un avis contraire.

Les éléments techniques médicaux devant être réunis pour la reconnaissance sont :

1. dans le cas d'un accident du travail : l'authentification de l'évènement matériel (ou moral) violent, externe à la victime, arrivé subitement du fait ou à l'occasion du travail ;
2. dans le cas d'une maladie professionnelle, la reconnaissance d'une maladie en tant que professionnelle obéit aux critères suivants : la malade figure sur la liste officielle et correspond à un numéro de tableau (la liste tunisienne en comprend 84). Dans le tableau figurent les éléments suivants :
 - les symptômes (colonne de gauche) ;
 - les circonstances d'exposition à l'agent causal (colonne de droite)
 - le délai de prise en charge (colonne du milieu).

Enfin, la section III de la loi 94-28 (article 85 à 90) est consacrée à la prévention des risques professionnels.

MEDECINE DE TRAVAIL PRISE EN CHARGE DU RISQUE PROFESSIONNEL

(Conclusions d'une table ronde, organisée au CROM de Sousse Mai 2009)

- La loi n°94-26 du 21 février 1994, organise le régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- La CNAM ne prend en charge que les prestations des médecins qui ont adhéré à la convention établie entre la CNAM et le MSP en date du 31 décembre 1994. Cette convention n'a rien à voir avec la convention sectorielle des médecins libéraux ; tout médecin peut y adhérer en s'adressant aux centres régionaux de la CNAM.
- Les arrêts de travail ne doivent pas être prescrits, à titre préventif mais en cas d'épisode aiguë ou pour cause de convalescence.
- Il existe une liste de maladies professionnelles (avec mention des délais de prise en charge), régulièrement mise à jour par arrêté conjoint des ministres de la Santé Publique et des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'étranger.

La déclaration d'un accident du travail doit se faire dans les 48h, celle d'une maladie professionnelle, dans les cinq jours suivant sa constatation par le médecin.

Si les délais ne sont pas respectés, il ne peut y avoir prise en charge.

• En cas de prolongation du repos prescrit par le médecin traitant, cette dernière doit être avalisée par le médecin conseil de la CNAM. En cas de désaccord, le médecin

inspecteur du travail tranche (art. 67 de la loi 94-26) et non pas le CROM.

• L'indemnité journalière est due jusqu'à guérison totale ou consolidation entraînant une Incapacité Permanente (ou décès). De nombreuses mésententes entre médecin traitant, médecin conseil et citoyen naissent du refus de prise en charge des congés suite à la « consolidation des lésions ». La réouverture des droits aux indemnités implique une rechute (donc reprise du travail) ou autres situations énumérées dans l'article 37 de la loi 94-26.

• Il existe des commissions indépendantes de la CNAM, dont la composition est arrêtée par décret ; elles fixent les taux d'Incapacité Permanente selon un barème bien défini à la consolidation des blessures ou si guérison apparente.

En cas de contestation des décisions de ces commissions, le citoyen peut se pourvoir en justice auprès du juge cantonal, verbalement ou par écrit. Ce dernier statue dans un délai de 15 jours en se faisant aider, s'il le juge nécessaire, par les expertises utiles pour trancher le litige (art. 76 de la loi 94-26).

• La déclaration d'une maladie pouvant être rapportée à l'exercice d'une profession est obligatoire pour tout médecin (Art. 87 de la loi 94-26), qu'elle figure ou non dans la liste des maladies professionnelles.

¹ Participants : Drs Abassi Ammar, Achache M'hamed, Ben Alaya M. Fethi, Bouslah H'mida, Bouzaouache Foued, Charrada Ameer, Haj Salah Habib, Liouane Mohamed, Kammoun épouse Moatemri Houda, Mlaouah Jabrane, M'rizak Néjib, Rejeb Kamel.

Le compte rendu de la table ronde dressé par le Dr Bouzaouache peut être consulté sur le site de l'Ordre des médecins <http://www.ordre-medecins.org.tn/>

FOURCHETTE DES HONORAIRES : MISE AU POINT DU CNOM

Suite aux informations publiées dans des organes de la presse nationale relatives au déroulement d'une réunion tenue à l'initiative du conseil national de l'Ordre des médecins le 20 mai 2009 et aux décisions concernant les honoraires des médecins qui y auraient été prises, le conseil national de l'Ordre des médecins précise ce qui suit :

- La note d'honoraires du médecin tient compte, outre les tarifs déterminés par la législation et la réglementation, des honoraires établis et révisés périodiquement par le conseil national de l'Ordre des médecins et les organismes professionnels.

A cet effet, des réunions sont organisées (tous les 2-3 ans) à l'initiative de l'Ordre des médecins auxquelles sont invités les représentants de l'ensemble des « organismes professionnels » (des secteurs privé et public), sans exclusive ni esprit d'exclusion.

- Au cours de la réunion du 20 mai 2009, l'occasion a été donnée aux présents d'exprimer leur point de vue ;

contrairement à ce qui a été rapporté dans la presse, suite aux « confidences » qui auraient été faites par certains responsables, aucune décision n'a été prise, aucun scénario n'a été élaboré, aucun protocole n'a été signé. Les honoraires établis par l'Ordre et les organismes professionnels en 2005 sont toujours en vigueur jusqu'à nouveau communiqué du conseil.

Il est par ailleurs rappelé que :

- Les honoraires établis par le conseil national et les organismes professionnels, habituellement par consensus, avec « tact et mesure » et en tenant compte de l'environnement social, fixent des limites que le médecin est tenu de respecter.
- La signature d'une convention passée entre un médecin et un organisme national d'assurance maladie engage uniquement la responsabilité des deux parties contractantes.
- Tout patient est en droit de demander à son médecin des explications sur sa note d'honoraires.

صحيحة) قد يكون مصدرها " بعض المسؤولين " تؤكد عمادة الأطباء أنه لم يؤخذ أي قرار ولم يمض أي بروتوكول متعلق بالأتعاب والخدمات الطبية. ولذا فإن سلم الأتعاب المعمول به منذ 2005 يبقى ساري المفعول إلى أن يأتي ما يخالف ذلك على لسان العمادة الوطنية للأطباء نفسها. كما تجدر الملاحظة أن الأتعاب المقررة من العمادة والهيئات المهنية المختصة تضبط بصفة وفاقية وتؤخذ بحذق واعتدال وتراعي ظروفًا خاصة منها الحالة الاجتماعية للمريض وتشعب العمل الطبي وصعوبته.

أما الطبيب فهو مطالب بتطبيق سلم الأتعاب كما حدد من العمادة وهي بالمناسبة تذكر أن الإفراط في تقدير الأتعاب يعتبر خطأ مهنيًا فادحًا كما يتسنى للمريض مطالبة طبيبه ببيانات في شأن قائمة أتعابه.

وأخيرًا تذكر العمادة أن إمضاء الاتفاقيات الخاصة بين الأطباء وصناديق التأمين الاجتماعية يتحمل فيها كل طرف ممضي مسؤولياته.

على إثر البلاغات الصادرة في بعض الصحف الوطنية المتعلقة باجتماع انتظم بطلب من العمادة الوطنية للأطباء والقرارات المتعلقة بأتعاب الأطباء وتعريفات الخدمات الطبية التي قد تكون اتخذت أثناء هذا الاجتماع يوضح المجلس الوطني للعمادة ما يلي:

إن أتعاب الطبيب تأخذ بعين الاعتبار علاوة على التعريفات القانونية معطيات أخرى منها سلم الأتعاب المحدد دوريًا من قبل المجلس الوطني للعمادة بمعونة الهيئات المهنية.

ولهذا الغرض تعقد اجتماعات دورية كل سنتين أو ثلاث سنوات بطلب من العمادة التي تستدعي للعرض ممثلين عن جميع الهيئات المهنية سواء أكانت تعمل في القطاع العام أو الخاص بدون استثناء وبدون تمييز.

إن الاجتماع المنعقد يوم 20 ماي 2009 في هذا الغرض كان مناسبة لإعطاء الحضور فرصة للتعبير عن وجهة نظرهم وعكس ما كتب في بعض الصحف بعد تسرب أخبار (غير

الموضوع: الإعداد للتكفل بالحالات المشتبهة من مرض أنفلونزا A/H1N1 لدى الإنسان.

(مقتطفات)

2.2 تعزيز المراقبة بتشريك جميع الأطباء من القطاعين العمومية والخاص بما في ذلك أطباء أقسام الإستعجالي ودعوتهم إلى: *الإعلام على كل ارتفاع في عدد الحالات والتبليغ عنه مباشرة إلى الإدارة الجهوية للصحة العمومية. *الإعلان الفوري عن الحالات المتجمعة لدى أعوان الصحة (مرمزين، أطباء، بيولوجيين، الخ)...

3.2 ضرورة تقييم الوضع يوميًا على مستوى كل جهة بهدف التنبه في الأبان لارتفاع عدد الحالات وتحليل أسباب ذلك.

4.2 تعزيز المراقبة الصحية في نقاط العبور البرية والجوية والبحرية لترصد الحالات المشتبهة بالتنسيق مع المصالح المعنية.

في إطار الحرص على الإعداد الجيد لمنع تسرب مرض أنفلونزا A/H1N1 والوقاية منه وسعيًا لتدعيم إجراءات التدخل والتنسيق بين الأطراف عند التكفل والعناية بالحالات المشتبهة لدى الإنسان، تؤكد وزارة الصحة العمومية على أهمية الاستعداد للتكفل بالحالات تحسبًا لتطور الوضع الوبائي نحو ظهور جائحة عالمية...

2) تشديد اليقظة والمراقبة تجاه حالات الأنفلونزا الموسمية (grippe saisonniere) بما في ذلك:

1.2 تدعيم المراقبة الوبائية في مراكز الترصد... (sentinelles centres)

(توفير الأكسجين وإعطاء المحاليل بالوريد)...والاستعداد لنقل المريض الى قسم مختص في العناية المركزة.
-عزل المريض في انتظار نقله مباشرة الى القسم الاستشفائي المرجعي (حسب القائمة المصاحبة).

-تحديد قائمة الأشخاص الذين تعرّضوا لنفس ظروف العدوى مثل أفراد العائلة والمخالطين والمرافقين وزملاء العمل...وذلك لمراقبتهم والتثبت من عدم اصابتهم بالعدوى.

2.4 إعلام فريق التدخل الجهوي:

-اتصال فوري بالمنسق الجهوي (الملحق عدد 1).
-الإعلان عن الحالة وتأكيد الاشتباه بالتشاور مع منسق فريق التدخل الجهوي.

-تعمير استمارة حالة مشتبهة (الملحق عدد 2) واستمارة لكل من المخالطين (الملحق عدد 3).

3.4 الإتصال بالقسم المرجعي:

على المنسق الجهوي أن:

-يتصل بالقسم المرجعي للإعلان عن الحالة وإعداد ظروف العناية والتكفل بها في المستشفى (الملحق عدد 4).
-تنسيق عملية نقل المريض للمستشفى.
-تأمين الوقاية الشخصية للأعوان خلال نقل المريض (الملحق عدد 5)

4.4 التعهد بالحالة في المستشفى:

-تخصيص مكان وقوف لسيارة الإسعاف قرب القسم (منذ إرساء الخطة بالمستشفى).

-إخلاء الممرات لاستقبال المريض في المكان المخصص للغزل قبل دخول المريض.

-استقبال المريض من سيارة الإسعاف عن طريق أحد أعضاء فريق القسم المرجعي (أو اثنين على الأكثر) مع الحرص على اتخاذ كل احتياطات الوقاية الشخصية.

-عزل المريض وأخذ عينات للتحليل مباشرة بعد العزل.

-مواصلة علاج المريض في حالة عزل وذلك حتى ظهور نتائج التحاليل.
-مواصلة العناية بالمريض في وحدة العزل في صورة إيجابية النتائج

المخبرية للفيروس A/H1N1 حسب طرق التكفل والعلاج المعتمدة، أو رفع العزل إذا كانت النتائج المخبرية سلبية...

3) تشخيص وتأكيد حالات أنفلونزا A/H1N1 بالرجوع إلى التعاريف التالية:

* الحالة المشتبهة (cas suspect)

إصابة بحالة التهاب تنفسي حاد وارتفاع درجة الحرارة ($38^{\circ} C >$ Fievre) مع وجود أعراض تنفسية متفاوتة (من نزلة بسيطة الى التهاب رئوي حاد).

-لدى شخص قام بزيارة الى بلد أو منطقة موبوءة بفيروس A/H1N1 في فترة أقصاها أسبوع قبل ظهور المرض لديه.

-أو لدى شخص كان على احتلاط بشخص آخر مصاب أو يعتقد أنه مصاب بفيروس انفلونزا (A/H1N1) على مسافة قريبة تسمح بالتخاطب واللمس المباشر (وذلك خلال فترة العدوى لدى المصاب والتي تسبق ظهور الأعراض بـ 24 ساعة).

* الحالة المؤكدة (cas confirme)

هي الحالة التي يقع تأكيدها مخبريا لدى المخبر المرجعي (مخبر مستشفى شارل نيكول بتونس).

4) تعهد الحالات والعناية بها:

1.4 العناية على عين المكان مباشرة إثر الاشتباه في حالة، يجب:

-اتخاذ إجراءات الحماية الشخصية (القناع، القفاز، ...) لدى أعوان الصحة المباشرين لتفادي العدوى.

-فحص المريض وغسل اليدين.

-طمأنة المريض وإعلامه باحتمال إصابته بنوع من أنفلونزا الشديدي العدوى وأن الفريق الصحي على استعداد للعناية به والقيام بالتحاليل اللازمة لتأكيد التشخيص أو نفيه مع توفير العلاج والحرص على حماية العائلة والمخالطين.

-الإشارة للمريض بوضع قناع (masque chirurgical) وغسل يديه باستعمال مادة معقمة.

-تضادي اتصال المريض بغير الأعوان المباشرين لحالته.

-بالنسبة للحالات الخطرة يجب اتخاذ الإجراءات الاستعجالية الملائمة

Le texte in extenso de cette circulaire (+ annexes : fiches de déclaration, services et laboratoires de références) est publié sur le site de l'Ordre des Médecins :
www.ordre-medecins.org.tn



Suivi des informations actualisées sur les zones à circulation communautaire du virus

(N° Vert - 80 100 340)
OU
Bulletin de l'ONMNE

CONDUITE PRATIQUE DEVANT UN CAS SUSPECT DE GRIPPE A(H₁N₁) PENDANT LA PHASE PRE-EPIDEMIQUE (1)

Notion de séjour au cours des 7 jours précédents les symptômes dans une zone infestée (avec circulation communautaire du virus)

OU

Notion de contact étroit remontant à moins de 7 jours avec un cas suspect ou confirmé

- Signes d'aggravation:**
- Essoufflement pendant une activité physique ou au repos
 - difficultés respiratoires
 - Cyanose
 - expectorations sanglantes ou teintées
 - douleurs thoraciques
 - altération de l'état mental
 - forte fièvre pendant plus de trois jours
 - hypotension.

Syndrôme grippal et/ou respiratoire aigu brutal
±
Fièvre ≥ 38°C
±
Signes digestifs

Examen médical avec précautions de protection

- Port de masque chirurgical pour le malade
- Port de masque FFP2 pour le professionnel de santé

• Poser le diagnostic et évaluer la gravité

- Facteurs de risque**
- Femme enceinte
 - Âges extrêmes
 - Personnes tarées
 - Obésité
 - Pathologies respiratoires chroniques
 - Signes de gravité
 - Détresse respiratoire
 - Signes neurologiques
 - Déshydratation

Grippe bénigne sans facteurs de risque et sans signes de gravité

Grippe bénigne avec facteurs de risque

Grippe avec Signes de gravité

Autres diagnostics

Prélèvement
+
Signalement (2)
+
Confinement à domicile du malade, de sa famille et de ses contacts étroits
+
Éducation information
+
Traitement symptomatique

Prélèvement
+
Signalement (2)
+
Confinement à domicile du malade, de sa famille et de ses contacts étroits
+
Éducation information
+
Suivi du malade et évaluation de la gravité à venir
+
Traitement symptomatique
+
Traitement antiviral si justification clinique en cas de positivité

Prise en charge hospitalière
+
Prélèvement
+
Signalement (2)
+
Isolement respiratoire
+
Traitement antiviral en cas de positivité
+
Confinement à domicile des membre de la famille Et des contacts étroits
+
Éducation information

Conduite médicale appropriée

(2) SIGNALLEMENT

- Signalement à la Direction Régionale de la Santé Publique territorialement compétente (www.santetunisie.ms.tn)
- Notifier tous les cas suspects
- Remplir une fiche de déclaration d'un patient en investigation pour une grippe A(H₁N₁) (Annexe de la circulaire n° 30 du 1^{er} mai 2009 du Ministère de la Santé Publique).

Résultat positif

Continuer les mesures de confinement jusqu'au 7ème jour
+
Surveillance de l'entourage familial

Résultat négatif

Levée immédiate des mesures de confinement et/ou d'isolement respiratoire

- Transport et hospitalisation
- Hospitalisation : services de référence, services dédiés ou cliniques privées.
- Transport médicalisé.
- En cas de besoin, appeler : -L'équipe régionale d'intervention (circulaire MSP n°30 du 1^{er} mai 2009)
- Le numéro vert (80100340)
- Le SAMU (190)

(1) Phase pré épidémique

- Nombre de cas peu élevé
- Nombre de cas secondaires faible
- Cas groupés: clusters familiaux ou scolaires peu nombreux.
- C'est la situation actuelle en Tunisie.

Prélèvements

- Chez tous les cas suspects
- Type : Écouvillon oropharyngé et/ou nasal
- Remplir la demande d'examen virologique
- Prendre contact avec le laboratoire de référence, Tel. 71578186 / 71578185

Traitement antiviral :

- A demander à la Direction Régionale de la Santé Publique territorialement compétente (www.santetunisie.ms.tn):
- Doit être administré dans les 48 H.
- Pour les cas positifs graves
- Pour les cas positifs avec facteurs de risque si justifications cliniques
- traitement par Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg, per os en deux fois x 05j pour les adultes et les enfants de plus de 40 Kg.
- OU
- Zanamivir (Relenza) 10 mg (2 inhalations) en deux fois par jour, x 05j



CONDUITE PRATIQUE DEVANT UN CAS SUSPECT DE GRIPPE A(H₁N₁) EN PHASE EPIDEMIQUE⁽¹⁾



- Facteurs de risque**
- Femme enceinte
 - Âges extrêmes
 - Personnes tarées
 - Obésité
 - Pathologies respiratoires chroniques
 - **Signes de gravité**
 - Détresse respiratoire
 - Signes neurologiques
 - Déshydratation

- Signes d'aggravation:**
- Essoufflement pendant une activité physique ou au repos
 - Difficultés respiratoires
 - Cyanose
 - expectorations sanglantes ou teintées
 - douleurs thoraciques
 - altération de l'état mental
 - forte fièvre pendant plus de trois jours
 - hypotension.

(1) Phase épidémique

- Augmentation importante du nombre de cas sans lien avec l'importation et installation d'une transmission communautaire du virus.
- Cette situation sera signalée dès sa survenue en Tunisie.

Prélèvements

- Les cas graves
- Parmi les cas groupés (par DSSB)
- **Type:**
Ecouvillon oropharyngé et/ou nasal
- Remplir la demande d'examen virologique
- Prendre contact avec le laboratoire de référence, Tel. 71578186 / 71578185
- Remplir une fiche de déclaration d'un patient en investigation pour une grippe A(H1N1) (Annexe de la circulaire n° 30 du 1er mai 2009 du Ministère de la Santé Publique)

(2) SIGNALEMENT

- Signalement à la Direction Régionale de la Santé Publique territorialement compétente (www.santetunisie.rns.tn)
- Signalement de tous les cas selon recueils de données.
- Signalement des cas graves.
- Signalement des cas groupés.

ÉDUCATION

- Rester à l'écart des autres, aérer les pièces.
- Réduire les déplacements et les contacts;
- Ne pas embrasser ni serrer les mains ;
- Porter un masque chirurgical quand on est malade;
- Se moucher et se couvrir la bouche et nez avec un mouchoir en papier à chaque toux ou éternuement.
- Se laver les mains très souvent au savon ordinaire.

TRAITEMENT ANTIVIRAL

- A demander à la Direction Régionale de la Santé Publique territorialement compétente (www.santetunisie.rns.tn)
- Doit être administré dans les 1ères 48 H.
- Pour les cas positifs graves
- Pour les cas avec facteurs de risque si justifications cliniques
- traitement par Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg, per os en deux fois x 05j pour les adultes et les enfants de plus de 40 Kg.
- ou
- Zanamivir (Relenza) 10 mg (2 inhalations) en deux fois par jour, x 05j

Transport et hospitalisation

- Hospitalisation : services de référence, services dédiés ou cliniques privées.
- Transport médicalisé.
- **En cas de besoin, appeler :**
- L'équipe régionale d'intervention (circulaire MSP n°30 du 1^{er} mai 2009)
- Le numéro vert (80100340)
- Le SAMU (190)

Suite à l'avis défavorable de l'Agence Européenne d'évaluation des médicaments (EMA) au maintien sur le marché des médicaments contenant du dextropropoxyphène,

Vu les évaluations récentes du produit qui ont montré que la balance bénéfices-risque n'est plus favorable,

Vu qu'il n'existe pas d'incidents majeurs avérés en Tunisie,

Le Ministère de la Santé Publique a décidé par mesure de précaution de procéder au retrait progressif de toutes les spécialités pharmaceutiques contenant du **DEXTROPPOXYPHÈNE** commercialisées en Tunisie.

Le retrait se fera dans un délai de trois mois afin de permettre aux professionnels de santé d'envisager la meilleure alternative antalgique pour leurs patients (d'ici fin septembre 2009).

Dès maintenant, le Ministère de la Santé Publique recommande aux professionnels de santé de ne plus prescrire de médicaments contenant du dextropropoxyphène à de nouveaux patients.

Liste des spécialités pharmaceutiques contenant du dextropropoxyphène commercialisées en Tunisie

D.C.I	Forme	Nom de spécialité	Laboratoires
Dextropropoxyphène + Paracétamol	Gélule	Antalgine	Galpharma
Dextropropoxyphène + Paracétamol	Gélule	Dextropropoxyphène + Paracétamol Winthrop	Winthrop Pharma Tunisie
Dextropropoxyphène + Paracétamol	Comprimé pelliculé	Di-Algésic	Dar Essaydali
Dextropropoxyphène + Paracétamol	Gélule	Di-antalvic	Winthrop Pharma Tunisie
Dextropropoxyphène + Paracétamol	Gélule	Dalovic	Pharmaghreb
Dextropropoxyphène + Paracétamol	Comprimé	Propofan	Teriak

PRESCRIPTIONS DES SUBSTANCES VENENEUSES (Tableau B)

Vient de paraître au JORT (n° 47 du 12 juin 2009) la loi n° 2009-30 modifiant et complétant la loi 69-54 du 26 juillet 1969 dont nous publions ci-dessous les articles en rapport avec la pratique médicale :

Article 78 (nouveau) : - L'ordonnance prescrivant des substances du tableau -B- ne peut être exécutée après quarante huit heures (48) du jour de son établissement. L'exécution de l'ordonnance est assurée par un pharmacien d'officine de détail **installé au gouvernorat dans lequel exerce le praticien qui l'a délivrée ou au gouvernorat où se trouve le lieu de résidence du malade.**

Si l'ordonnance est présentée au-delà du délai susmentionné, elle ne peut être exécutée que pour le reste de la période du traitement conformément à ce qui est prescrit sur ladite ordonnance.

Article 83 : alinéa premier (nouveau) : Il est interdit d'établir et d'exécuter des ordonnances prescrivant des

substances du tableau- B - sous forme orale ou transdermique pour une période dépassant 28 jours. Pour les substances du tableau - B - sous forme injectable, cette période ne peut dépasser 14 jours.

Les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas aux liniments et pommades.

Art.2- Est supprimée du titre prévu directement avant l'article 83 de la loi susvisée n° 69-54 du 26 juillet 1969 l'expression « règle des sept jours ».

Art. 3 - Est ajouté à la loi susvisée n° 69-54 du 26 juillet 1969, un article 37 (bis) sous le titre de « stock minimum » libellé comme suit:

Stock minimum:

Article 37 (bis) - Tout établissement de grossiste répartiteur en pharmacie et toute officine de détail doivent détenir une quantité de substances du tableau -B- en guise de stock minimum fixée conformément à un arrêté du ministre chargé de la santé publique.

Toute infraction aux dispositions du présent article expose son auteur à la sanction administrative prévue par l'article 8 de la Loi n°73-55 du 3 août 1973 portant organisation des

professions pharmaceutiques.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Zine El Abidine Ben Ali

Remarques:

Les "carnets à souche" qui viennent d'être mis en circulation tiennent compte de ces nouvelles dispositions de la loi. Vos remarques et commentaires sont bienvenus.

Prescription
médicale

COLLOQUE FEMMES CHIRURGIENNES EN TUNISIE

Un colloque a été organisé le 19/06/2009 à la Faculté de Médecine de Tunis sur le thème : « **Femmes chirurgiennes en Tunisie** »

Ci-après, la (courte) intervention (introduction au colloque) du Professeur Abeljelil Zaouche, Doyen de la Faculté de Médecine de Tunis :

« Quand l'association tunisienne de psychologie de la santé m'a demandé de dire un mot d'ouverture du colloque sur les femmes chirurgiennes en Tunisie, j'ai tout de suite pensé à une grande amie, qui malheureusement nous a quitté trop tôt: Madame Habiba Jilani Horchani qui était dès 1975 en concurrence « saine » mais en concurrence quand même avec ses camarades de promotion.

Je me rappellerai toujours du carnet qu'elle tenait où elle inscrivait toutes les interventions chirurgicales que Ali Horchani doyen des internes et des résidents de l'époque à l'Hôpital Charles Nicolle inscrivait aux chirurgiens en herbe que nous étions. Gare à moi, à Tahar Ben Slimane, à Masoud Tabib si on pratiquait une intervention de plus qu'elle.

On ne peut parler de femmes chirurgiennes en Tunisie, sans évoquer deux figures emblématiques du temps du prophète qui suivaient toutes les batailles des «foutouhats» et qui s'occupaient des blessés.

La première qui tenait le rôle d'infirmière militaire, extrayait des corps étrangers des plaies avant de les recoudre semble être « Roufaïda Bent Saad El Aslemia ».

La seconde qui a été élevée carrément au grade de médecin

des blessés et qui était réputée pour ses soins dermatologiques était «Leïla Bent Abdou Allah El Kourraïshia épouse de Ebi Houtheïma Ibn Khoudaïfa Ibnou Ghanem».

Mais, depuis ces deux figures arabes emblématiques, en Tunisie il a fallu attendre les années 1960 et surtout 70 et 80 pour voir les femmes occuper le terrain, non seulement de la chirurgie générale mais également de la Gynécologie, de l'Orthopédie, de la chirurgie Réparatrice, de l'ORL, de l'ophtalmologie etc..

Leur nombre se compte actuellement par dizaines et elles n'ont rien à envier par leur compétence et leur endurance à leurs collègues de sexe masculin.

Note de la rédaction : Au 1^{er} juillet 2009, le tableau de l'Ordre dénombre près de 5700 doctresses (soit 38% du total des médecins) dont 474 appartiennent à des spécialités chirurgicales (soit 20% des chirurgiens) :

Aux conseils de l'Ordre des médecins le pourcentage des membres de sexe féminin est inférieur à 1%. Selon T. N., la raison principale en est que le pourcentage des femmes médecins qui s'impliquent dans le processus électoral (c'est-à-dire font acte de candidature, font la promotion de cette candidature et/ou se déplacent pour voter) est dérisoire, alors que celui de leurs collègues hommes est ... seulement faible.

Les prochaines élections (renouvellement de la moitié des membres des conseils régionaux) auront lieu fin 2009.

D'après l'art 14 du CDM *les médecins ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances*

Dans le cadre de la formation médicale Continue, la faculté de Médecine de Sfax offre les possibilités suivantes :

1- accès à travers son site : www.fmsf.rnu.tn (plateforme d'enseignement et ce après inscription auprès du Dr Mondher KASSIS au 74241888 ou mail : Kassis_Mondher@yahoo.fr) aux :

Séances thématiques et ateliers destinés aux médecins généralistes et organisés à raison de 1 séance/2 semaines en moyenne.

Conférences dans le cadre des journées médico-chirurgicales et des différentes manifestations organisées par les services et les unités de recherche.

2 - accès à la bibliothèque de la faculté pour tous les médecins moyennant une carte d'adhésion délivrée par l'Association des Médecins Diplômés de la Faculté de Médecine de Sfax (AMEDS) Tél : 74240213

Plusieurs rubriques du site du conseil national de l'Ordre des médecins : www.ordre-medecins.org.tn sont consacrées à la formation médicale continue, qu'il s'agisse notamment :

- de l'explicitation et de commentaires d'articles du code de déontologie médicale ;
- ou de la présentation de cas cliniques dont les auteurs sont des professeurs à la Faculté de Médecine de Tunis en pneumologie (H. BOUACHA et B. LOUZIR), en dermatologie (M. KAMMOUN), en ORL (M. FERJAOUI) en Imagerie Médicale (L. HENDAOUI et M. H. BOUHAOUALA) enfin en médecine interne (S. M'RAD).

L'article 12 de la loi 91-21 du 13 mars 1991, relative à l'organisation de la profession de médecin et de médecin dentiste énonce « le conseil national de l'Ordre des médecins et le conseil de l'Ordre des médecins dentistes dressent, chacun en ce qui le concerne, un tableau national des personnes remplissant les conditions requises par la législation et la réglementation en vigueur relatives à l'exercice de la médecine ou de la médecine dentaire, et admises par le conseil national concerné à exercer leur profession. Ils veillent, chacun en ce qui le concerne, au début de chaque année, à sa diffusion auprès des administrations et des organismes concernés... »

L'initiative du conseil national de l'Ordre d'éditer un annuaire s'inscrit dans ce contexte. L'ouvrage comportant 504 pages, dresse la liste de 15.000 médecins inscrits au tableau de l'Ordre de Tunisie à la date du 31 octobre 2008, répertoriés en fonction de leur mode (libéral, public, salarié...) et de leur lieu (gouvernorat, ville, rue...) d'exercice, ainsi que de leur qualification (généraliste, spécialiste – par spécialité – et/ou compétent – par compétence -) et d'autres données tels que numéro d'inscription au tableau de l'Ordre, numéro de téléphone... En combinant ces informations de façon adéquate (suivre les instructions données en page 2), l'utilisateur de l'annuaire pourra faire aboutir aisément sa recherche.

L'annuaire est une œuvre collective, dédié à l'ensemble du corps médical, à la réalisation de laquelle ont contribué les instances nationales (et les services régionaux) en charge de la Santé, des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger, de la Défense, de l'Intérieur, de la Justice, des Sports, du Transport, auxquelles le conseil de l'Ordre exprime sa reconnaissance et adresse ses vifs remerciements.

Enfin, l'Ordre se propose de publier une fois l'an «un additif» comportant la liste des nouveaux inscrits et les informations les concernant.

' Disponible au niveau des conseils National et régionaux de l'Ordre des Médecins / Participation aux frais d'édition.

MAISON DU MEDECIN Appel aux médecins

Le conseil national de l'Ordre des médecins informe les confrères q'une esquisse (APS) réalisée par un bureau d'architectes, de la Maison du médecin est visible au siège du conseil : 16 rue de Touraine.

Leurs conseils et avis sont les bienvenus, à cet effet un registre est mis à leur disposition.

PROPRIÉTAIRE : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS



PERSPECTIVE 1



FACADE PRINCIPALE



FACADE GAUCHE

M A - S O Z D U G . Z . O . M

HN **NEW LINE ARCHITECTURE**
 L'art nouveau dans l'architecture & la décoration
 30 RUE D'IRAK, APT 87 LAFAYETTE 1002 TUNIS
 TEL/FAX : 71786578 - E MAIL CONTACT@NEWLINE_ARCHITECTURE.COM

Vous êtes sur
**l'Espace
 Public**

**Espace
 Juridique**
 - Code
 de Déontologie
 - FAQ

Tableau de l'Ordre

Nom
 Prénom
 Numéro
 Spécialité Spécialité
 Compétence Compétence
 Ville
 Gouvernorat
 Mode Mode

OK

Information

منشور عد36د لسنة 2009 الصادر عن وزارة الصحة العمومية المؤرخ في 19 ماي 2009 حول اصدار ميثاق المريض

(Plus de Detail)

منشور عد31د الصادر عن وزارة الصحة العمومية " ادارة الرعاية الأساسية " المؤرخ في 4 ماي 2009 الفحص الطبي للمترشحين للقيام بمناسك الحج لسنة 2009 م / 1430 هـ

(Plus de Detail)

News

- » MAISON DU MEDECIN : Appel aux médecins
- » COMMUNIQUE U.PHM - N° 719 DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (30 juin 2009) : PRESCRIPTION MEDICALE (DEXTROPROPOXYPHENE)
- » Annuaire

تقدير وتحليل مدى درجة الإختطار المرتبطة بالحج والعمرة في الظرف الوبائي العالمي الحالي

- » RETRO-INFO-POLIO N°33
- » RETRO-INFO-ROUGEOLE N°14

Bulletin grippe A/H1N1

- » التعاون الفني التونسي الخليجي في الميدان الطبي
- » Jeux Mondiaux de la médecine et de la santé
- » AVIS
- » Vient de paraître : hydatid discase Imaging Features - MH Bouhaouala - L Hendaoui RMIA 2008
- » انتداب أطباء في المملكة العربية السعودية
- » Vient de paraître : L'Ordre des médecins 1958-2008 : Le bilan Publications de l'Ordre des médecins de Tunisie : Année 2008
- » Commémoration du cinquantenaire de l'Ordre des médecins de Tunisie (1958 - 2008)
- » Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 4 novembre 2008, portant ouverture d'un concours sur titre et travaux pour le recrutement de médecins de la santé publique.
- » Inscription volontaire à un registre national pour les retraités (médecins)

décret 2007-1367 du 11 juin 2007

décret 2007-1367 du 11 juin 2007 portant des modalités de prise en charge, procédures et taux de prestations de soins au titre du régime de base d'assurance-maladie.

Communiqué

» Communiqué de soutien aux peuples Palestiniens et Libanais: Bafoué dans ses droits, à bout de concessions et menacé dans son existence, le peuple palestinien, pratiquement sans défense, lutte comme il peut et résiste par tous les moyens à l'une des plus puissantes machines de guerre et de colonisation

**Espace
 Professionnel**

Nom de famille
 Année de naissance(aa)
 Numero d'ordre

OK

Santé+

**Exercice
 de la Médecine**

- » Devenir médecin
- » L'exercice au quotidien
- » Démographie