



SOMMAIRE

Editorial

- Le défi: concilier l'équité avec la qualité

Droit à la Santé

- De l'équité en matière de santé
- Droit à la Santé et Constitution
- Accès aux soins et médecine libérale

Santé en Détention

- Séminaire sur la santé en détention
- La Torture
- Double loyauté des professionnels de la santé en milieu carcéral
- Prise en charge des grévistes de la faim

Ethique Médicale

- Conflits d'intérêts et charte d'éthique

Opinion : Politique de Santé

- Les prestations sanitaires dans les régions défavorisées

Enseignement de la Médecine

- Projet de création de nouvelles facultés de médecine
- Enseignement zitounien de la médecine

Exercice particulier de la médecine

- La télé-médecine, serait-elle une aubaine pour la Tunisie ?
- Éviter les dérives d'une médecine par téléphone
- Exercice de la médecine pour les confrères étrangers
- Le Tourisme médical et la chirurgie plastique et esthétique

Lois, décrets, circulaires

- Facilité des réformes et gaspillage des deniers publics
- De la précipitation. Ô combien préjudiciable
- Méthode « médicamenteuse » de l'IVG
- Interruption Médicale de Grossesse

Déontologie

- Problèmes médico-légaux de l'IVG
- Excision et mutilation sexuelle féminine
- A propos des certificats médicaux de complaisance
- Confraternité - Différends & Conciliation
- Assurance en Responsabilité Civile
- Y a-t-il encore des vierges ?

Activités Sociales et informatives

- Composition des CROMS pour 2012-2013
- Convention avec Tunisair
- Convention avec Tunisie Telecom
- Soyez généreux
- Centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit du VIH

Discipline

- Conseil de Discipline

Elections

- Soyez au rendez-vous aux prochaines élections
- Appel à candidature
- Des plumes plus acérées

Directeur de la publication
Dr. Mohamed Nejib Chaabouni

Rédacteur en chef
Dr. Mounir Youssef Makni

Comité de rédaction les docteurs

Nabil Ben Zineb, Slim Ben Salah, Youssef Letaief, Kilani Chabbouh, Rachid Kamoun, Rim Horchani, Mohamed Ayed, Amen Allah Messadi, Najeh Cheniti, Mounir Ben Slama, Mohamed Ahmed Aloulou, Abdelhamid Bouattour, Emna Menif, Lotfi Ben Hassine

Collaboratrice
Mme. Henda Zidi Chtioui

Adresse

16, rue de Touraine 1082 Tunis Mahrajène. Tél : 71 799 041- Fax : 71 788 729 – E-mail : cnom@planet.tn – Site : www.ordre-médecins.org.tn

Accès aux soins, le défi : concilier l'équité avec la qualité

"La santé, cet état de bien-être que chacun souhaite, est trop dépendante des aléas imposés par la nature pour être présentée comme un droit. Du moins peut-on souhaiter que chacun ait accès aux soins permettant de la rétablir ou de l'améliorer" Albert Jacquard

Le droit à la protection de la santé est énoncé dans le préambule de la constitution de l'OMS en 1946. Il est depuis énoncé dans la constitution des pays du monde entier. Ce droit à la santé suppose que les pouvoirs publics créent des conditions telles que chacun puisse jouir du meilleur état de santé possible.

Conscient de l'importance de la formulation du droit à la santé dans notre prochaine constitution conformément aux objectifs de la Révolution de la Dignité et de la Liberté ainsi qu'aux conventions internationales signées par la Tunisie notamment la Déclaration des Droits de l'homme, le conseil national de l'Ordre des médecins a conduit un groupe de réflexion interprofessionnel dont le fruit a été communiqué à l'assemblée constituante.

La réflexion nationale sur le système de santé qui vient de démarrer est porteuse de beaucoup d'espoirs de réformes appropriées. Cependant, elle doit concilier des objectifs souvent contradictoires : optimiser la qualité, l'efficacité et l'égalité d'accès aux soins tout en garantissant la viabilité du système dans un contexte de ressources publiques limitées et de changements démographiques et technologiques rapides.

Notre système de santé, présente de redoutables symptômes : un faible financement à 6,4% du PIB, un pilotage centralisé, un déséquilibre régional et surtout une inégalité d'accès à des soins de qualité qui foulent aux pieds le droit à la santé.

La qualité des soins est acquise lorsque trois conditions complémentaires sont réunies, la compétence, la morale et l'indépendance professionnelles. Dans notre contexte, deux préalables sont à prendre en considération à cet effet : une formation médicale continue organisée, accessible et généralisée, en plus d'une mise à niveau de nos établissements sanitaires publics et privés (normes en locaux, en équipements et en personnels). Du reste, le récent décret portant création d'un comité national de certification des prestations de santé a suscité des réserves, notamment en ce qui concerne son opportunité, sa crédibilité et son efficacité.

La question du déséquilibre de répartition géographique des soins médicaux de spécialité demeure une préoccupation majeure. L'Ordre qui de part sa vocation, soutient à la fois les propositions répondant aux besoins de la population et aux justes aspirations des praticiens, opte pour la création de deux à trois pôles sanitaires d'excellence à l'intérieur du pays comme solution efficace permettant à court et moyen terme l'accès aux soins de qualité, contrairement à l'affectation provisoire et dispersée, dans le cadre d'un service national, de médecins dont les spécialités sont sous-représentées. La solution à long terme est tributaire d'un programme de développement régional équitable.

Par ailleurs, le développement du secteur de la santé a offert des opportunités d'exportations à la faveur de l'élévation des niveaux de formation, de la standardisation des procédures et protocoles médicaux et de la disponibilité de produits pharmaceutiques et de matériel médical sur le marché national. Sur ce, des mesures réglementaires visant à promouvoir l'initiative privée et l'économie du marché, ont été promulguées propulsant ce tourisme médical, dans une logique marchande, sur la voie du commerce international des services de santé. (Incitation à l'investissement, clinique offshore, accréditation, voir même tentative de légalisation d'agences pour « drainer de la patientèle »). L'Ordre considère qu'en matière d'exportation des soins, nos prestations doivent demeurer attirantes par la compétence des médecins, la qualité du plateau technique, éventuellement par les honoraires avantageux mais surtout pas par des entorses à la déontologie médicale.

Dr. Mohamed Nejib Chaabouni

Dans les rubriques « Opinions » et « Point de vue », les textes sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs et les analyses et jugements exprimés dans les articles ne sauraient en aucun cas être attribués au comité de rédaction du bulletin.



DE L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

Voici des extraits de la présentation introductive de Abdelwaheb Bouhdiba (*) lors du 9ème sommet mondial des comités nationaux d'éthique organisé à Carthage du 26 au 28 septembre 2012.

L'honneur de participer à ce sommet unique en son genre se double pour moi d'avoir à analyser une question majeure de notre temps, celle de l'équité en matière de santé. Certes l'équité et la justice en général, le souci constant de la médecine dès l'aube de la civilisation humaine d'être au service de tous les hommes, ont été au centre des préoccupations des sages-philosophes, comme des hommes politiques désireux d'assurer la vie harmonieuse au sein de la cité : les choses ont bien changé depuis. Les formidables bouleversements de notre savoir médical, son interférence avec nos conceptions de la vie, le progrès technique universel, l'explosion de notre habileté industrielle, les exigences de la haute finance, l'émergence unique en son genre des droits de l'homme ; tout cela nous fait considérer la santé plus qu'un don de Dieu, comme un droit inaliénable de l'homme, de tout homme. Nous avons poussé très loin la démocratisation des soins médicaux conçus comme un fait majeur de notre temps; sans que nous ayons les moyens, même dans les pays les plus aisés, de répondre à l'attente de nos concitoyens, attente que nous nous plaisons par ailleurs à entretenir.

« ». Il était quand même temps de poser ces problèmes éthiques et pratiques en termes renouvelés et de les situer au centre des préoccupations des sociétés comme les nôtres. Notre propos ne saurait être que de placer le débat sur les bases des mutations profondes que connaît l'humanité. Pour mieux appréhender cette problématique en raison même de son urgence, il faut nous pencher tout d'abord sur la notion d'équité pour en saisir le sens, la portée et les implications avant de nous saisir de ce qu'est devenu aujourd'hui le secteur de la santé qui a pris au cours des dernières décades une extension formidable et créé au niveau personnel, national et mondial des besoins sans limites et difficiles à satisfaire. Bien entendu c'est la difficile – voire l'impossible convergence de l'exigence d'équité avec les implications du droit à la santé unanimement reconnu aujourd'hui qui retiendra notre attention.

De l'équité à la justice le passage est préoccupant. Penseurs et hommes d'Etat y ont vu à la fois un horizon des valeurs et une exigence de l'universel absolu. Mais très vite il a tourné au grand « casse-tête » auquel tous ceux qui veulent agir « correctement » se trouvent régulièrement confrontés. L'écart des deux niveaux n'a guère échappé à la philosophie grecque et c'est Aristote que nous ne cessons de visiter et de revisiter, qui nous en a donné le premier et de manière lucide et quasi définitive, les dimensions. Générations après générations nous continuons à puiser dans l'Ethique à Nicomaque de grandes leçons : « l'équitable, y lit-on, tout en étant juste, n'est pas le juste selon la loi, mais un correctif de la justice légale. La raison en est que la loi est toujours quelque chose de général et qu'il ya des cas d'espèce pour lesquels il n'est pas possible de poser un énoncé qui s'y applique avec certitude. On voit ainsi clairement ce qu'est l'équitable, « que l'équitable est juste et qu'il est supérieur à une sorte de juste » (V-15 – traduction Tricot). Voilà ce sur quoi ne cessent de buter tous ceux qui veulent rendre la justice comme on dit et dont les arrêts sont susceptibles d'être « cassés », révisés malgré le préjugé de la chose jugée. L'équité demeure elle maîtresse, souveraine et reine absolue pour jauger nos actes. Le juste veut être conforme au droit et entrer dans les sphères des choses positives, mais comme il se situe au creux de l'histoire, au carrefour même des exigences contradictoires de la société il doit arbitrer entre des critères et des choix multiples. Il n'est finalement qu'un simple compromis exposé trop souvent à la compromission. Aussi voyons-nous Aristote en esprit réaliste et sans illusion sur les hommes, tout en maintenant l'équité comme valeur absolue, comme exigence inaliénable, introduire dans le juste des distinguos subtils dont je vous fais grâce. La justice distributive répartit les avantages de la cité et la justice corrective répare ce qui a lésé tel ou tel citoyen.

« ». L'équité, et à plus forte raison la justice, doit compter avec ces nouvelles données. La société post-moderne que ses références soient libérales, socialisantes ou autres, fonctionne comme une vaste « entreprise de distribution de biens marchands (rémunération, gestion et exploitation, d'un patrimoine) et non marchands (avantages sociaux, privilèges et exemption, imposition et non taxation), de services aussi : (citoyenneté, sécurité, éducation, santé ... positions de commandement et de prestige, pouvoir à divers niveaux de la vie sociale). Tout cela s'échelonne selon ce qu'en décide l'Etat. Celui-ci et son contrôle est devenu, démocratiquement ou non, l'enjeu d'une forte lutte pour s'assurer au mieux les avantages économiques, sociaux et culturels. Car ce qui est en jeu c'est le contrôle d'une gigantesque distribution, mouvante elle-même. La compétition des groupes sociaux et des groupes de pression est souvent âpre et violente, mais souvent aussi silencieuse, par le biais des budgets, des lois, des règlements ou plus simplement des usages de faits. D'où ces partages forcément inégaux, instables, revus à la hausse ou à la baisse selon l'équilibre des forces, les dialectiques de l'histoire et ce, au triple niveau local, national et mondial. La santé n'est qu'un enjeu parmi beaucoup d'autres. La politique –et donc les politiques de santé– n'est qu'un arbitrage sans fin assuré harmonieusement ou chaotiquement. Elle décide de la place, contractuelle et donc provisoire, de l'équité et de la déontologie en général, et de l'ajustement matériel de la distribution des biens et avantages sociaux, économiques, culturels matériels et non matériels.

De là vient le caractère juste ou injuste de cette répartition. Une société juste, ne saurait l'être que provisoirement, c'est celle en tout cas qui accorde dans les faits à chaque individu les mêmes chances, les mêmes libertés et la même opportunité d'accéder aux biens économiques et sociaux et de bénéficier des progrès matériels et moraux. Dans cette gigantesque distribution, soumise à une continuelle redistribution des cartes, le rôle de l'Etat juste est de favoriser les plus défavorisés sans défavoriser les plus favorisés. Cette redistribution des revenus ne peut se faire sans donner des moyens à ceux qui en manquent ou, comme dira un peu plus tard Amartya Sen en renforçant la « capacité » des plus démunis. Indien de culture, ce Prix Nobel d'économie, nous presse de repenser la notion de pauvreté et de remettre à l'heure les

pendules de « l'inégalité ». Une société juste est celle qui donne à chaque individu les moyens de disposer de ce qui lui permet de vivre selon sa propre culture, ses propres visions du monde et selon les situations concrètes où il vit.

La notion d'équité –trop occultée des débats de nos économistes se trouve réintroduite et de manière positive dans les enjeux politiques et sociaux. L'équité n'est pas une égalité arithmétique mais elle veille à ajuster les droits et les devoirs des citoyens aux situations concrètes. Il n'y a pas de traitement standardisé, mais des efforts qu'il faut faire couronner de succès pour que l'égalité potentielle aboutisse à l'égalité de fait telle qui aspirent les individus.

« » Le progrès réel que connaît la médecine est des plus ambigus. D'une part il fait reculer de manière certaine la mort et la souffrance, mais s'exerçant dans les conditions économiques et sociales que connaît l'humanité aujourd'hui, il ne profite pas de manière équitable à tous et il accentue les inégalités. Nous sommes dans un pays qui se flatte, à juste titre, de la prouesse de ses équipes médicales qui ont réussi au cours des cinquante dernières années des avancés énormes. Mais plus on soigne, plus il y a des gens à soigner. Nous nous félicitons de la centaine de greffes réussies de cœurs, de reins ou de foie, et ce dans des conditions difficiles mais maîtrisées. Mais que sont ces succès au regard des milliers d'autres qui attendent, sans compter les dizaines de milliers d'autres qu'on ignore encore.

N'en doutons pas, la médecine – et les soins qu'elle prodigue ont littéralement changé de nature. Ce n'est pas à vous gens du métier que je dirai les paradoxes qu'affrontent les systèmes de santé, tous les systèmes de santé dans notre monde post-moderne. Devenue collective, industrialisée, informatisée, le « big business » s'y est introduit. Elle n'a presque plus grand-chose à voir avec la médecine d'hier et j'espère vous montrer que c'est dans ce « presque » que se trouve l'interstice dans lequel se tapit encore l'équité. Un retour en arrière n'est pas tout à fait inutile compte tenu du sérieux de nos problèmes et de la gravité et de l'ampleur des tâches qui nous défient.

Pendant très longtemps la santé ne préoccupait guère les pouvoirs publics sauf en cas d'épidémies dans lesquels ils ne voyaient que la colère de Dieu. La santé, mauvaise surtout, suscitait la compassion, et relevait de l'initiative privée ou de l'apostolat. Les princes y allaient parfois de leurs dons. La santé ne relevait pas de l'équité mais de la charité. La relation interhumaine d'amour ou de devoir était au creux du désir de soulager les souffrances humaines. L'Inde, la Perse et la Grèce ont inventé la médecine. Ce fut là un de leurs très grands mérites historiques. Les arabes ont eu –entre autres- celui de réaliser l'importance de leurs découvertes, d'en avoir hérité les principes et les méthodes, d'avoir fait fructifier le legs et de l'avoir à leur tour enrichi de découvertes décisives. Ils ont eu aussi le mérite d'avoir inventé l'hôpital, structure spécialisée dans la dispense des soins ambulants ou cliniques avec ses pièces pourvues de lits séparés afin d'éviter la contagion, d'autres communes, des réfectoires, des lieux de loisir et la musique conçue comme thérapie. Ils ont séparé la médecine de la pharmacie, fait place aux apothicaires et aux aides-soignants, aménagé des salles de soin, des bains et des lieux de massages.

C'est bien à Samarcande, Baghdâd, Alep, Kairouan, Cordoue que l'institution a fonctionné à plein rendement. Pas une seule grande cité de l'islam qui n'ait en son Miristan, tékya (son machfâ ou son moustachfa) centres hautement spécialisés et efficaces pour abriter les impotents, les personnes âgées ou les futures mamans. Le fonctionnement de la fondation médicale et son entretien étaient couverts de manière durable par un waqf (bien habous). Soigner était un acte de solidarité avec les autres hommes qui n'avait d'autre but que de susciter la satisfaction et la rétribution de Dieu (thawâb) « »

La rencontre de la médecine grecque et de la foi musulmane a donné au médecin arabe un profil exceptionnel. Il était à la fois philosophe savant, humaniste, érudit, encyclopédiste en un mot. Nous persistons en Tunisie à appeler « Hakim » notre médecin. Oui il est le sage par excellence.

La soif d'absolu s'exprime bien en effet dans l'idéal total qui l'anime : idéal fait de compassion, de solidarité de science et d'efficacité. Ainsi furent Avicenne, Razi, Abu Imrâne, Ibn Al Jazzâr et tant d'autres. Arrêtons-nous un instant sur de ce dernier, qui donna à l'Ecole Médicale de Kairouan son lustre. Autant que les autres il a su faire passer la médecine au ras de la vie quotidienne, en Ifriqiya, et en Sicile. Il rayonna jusqu'à Salerne fondée comme on sait au XIIème siècle par trois médecins : un juif, un chrétien et un musulman. « ». Un autre enfin qui nous intéresse ici au premier chef « pour les pauvres et les déshérités » (Tibb al fuqarâwalmasâkin). Cet ouvrage est d'une étonnante modernité. « J'ai constaté écrit-il comme pour se justifier, que plusieurs personnes dont des pauvres et des déshérités sont incapables de profiter des prescriptions de mes précédents ouvrages en raison de leur pauvreté et de leur faible pouvoir d'achat et ne peuvent acquérir les produits qui sont à la base même de leur traitement. J'ai écrit alors à leur intention un autre ouvrage comportant des médicaments disponibles qu'il est facile de se procurer sans trop alourdir leurs dépenses et au moindre coût. Il sera alors aisé aux médecins de soigner tous les malades y compris les pauvres et les déshérités ». (Ibn Al Jazzâr. Traité de la médecine des pauvres et des déshérités. Ed. R. Jazi F. Al Asli – Carthage 2009, p.428). Il ignorait bien sûr les médicaments génériques, mais il a inventé en tout cas les médicaments de substitution. Ce souci authentique qui animait Ibn Al Jazzâr est celui là même qui anime notre présent sommet.

La médecine, à son honneur, a toujours été de cœur et d'intelligence. Il a fallu que les grandes mutations qu'elle a connues au XIXème siècle, pour que le débat justice ou charité envahisse la philosophie et la morale dans le cadre d'une laïcité pertinente certes, mais qui a très vite tourné court dans ce genre de réflexion. Ce problème est aujourd'hui largement dépassé. Mais l'essentiel demeure pour notre propos : la nature de la relation soignant-soigné. Car les soins ne sont jamais une simple réponse technique à la maladie et au défaut de bien être d'autrui. Ils instaurent une relation humaine fondatrice du secours amical, bien veillant et efficace. Voilà qui doit être placé au creux de l'exigence d'équité.

Or, vous le savez mieux que moi, l'évolution en toutes directions de l'humanité a complètement bouleversé le paysage médical. Avec des différences notables dans leur vision du monde, le rythme de leur histoire, les pesanteurs de leurs structures, toutes les nations du monde se trouvent aujourd'hui, du point de vue qui nous intéresse, et à des degrés divers, confrontés à des problèmes de même nature, finalement.

La santé comme besoin fondamental de l'homme est toujours envisagée comme un bien à réaliser coûte que coûte, et définie comme le fonctionnement normal de l'organisme en l'absence de maladie et l'élimination de la souffrance, ce qui implique la compréhension et l'action sur les innombrables facteurs qui s'échelonnent tout au long de la vie et qui sont en perpétuelle interaction avec le milieu environnant. La santé qu'elle soit physique ou mentale, individuelle ou publique est à préserver à chaque défaillance. Ainsi définie dans un sens on ne peut plus vaste, la santé et les besoins en soin ont littéralement explosé au cours des dernières décades. L'urbanisation croissante et démentielle a fait de l'hygiène l'obsession commune. L'explosion démographique a donné à la santé maternelle et à la mortalité infantile une place inattendue. Les coûts du progrès économique comme ceux du progrès social ont mis la santé au premier rang de nos priorités dépassant trop souvent ceux de l'éducation et de logement, et même parfois de l'alimentation elle-même.

Parallèlement les progrès extraordinaires de la recherche et du savoir-faire médical ont permis d'apporter des réponses appropriées et efficaces mais hautement coûteuses qui ont presque partout dans le monde dépassé, et de fort loin, le niveau des ressources disponibles. La gestion des allocations publiques et celle des familles est devenue un véritable puzzle impossible à construire. Enfin et en parallèle les revendications légitimes ou inconsidérées des masses de plus en plus exigeantes transforme les soins en droit aux soins ; et portent les exigences de plus en plus loin.

Toutes les sociétés du monde vivent aujourd'hui et souvent dans l'urgence et dans le drame, ce genre de tension. Le droit à la santé –inséparable du droit à la vie- tient rarement compte des ressources de l'Etat et des revenus des familles. Et les pouvoirs publics interviennent de plus en plus, compte tenu de leurs obligations, dans la vie privée pour inciter les citoyens voire les obliger à se garder en bonne santé.

La santé donc n'est plus une simple affaire personnelle ou de famille. Les sentiments, sans disparaître bien sûr, y tiennent une place de plus en plus ténue. La relation humaine pourtant essentielle n'est plus qu'un facteur parmi beaucoup d'autres. Nous passons d'une santé « clinique » à une politique universelle de la santé. Certes le médecin de famille et le médecin de campagne survivent encore mais pour combien de temps ? Le docteur ne se rend plus aux malades; ceux-ci se rendent à l'hôpital ou à la clinique. Les soins hospitaliers remplacent les soins à domicile. C'est en termes de politique de santé qu'il faut maintenant parler. Et quelle pourrait être la place du souci d'équité dans une politique de santé ?

Notons tout d'abord qu'une bonne politique de santé est impensable sans une bonne santé du politique. Un Etat faible, incohérent inquisitoire ou répressif ne saurait mettre en œuvre une véritable politique de santé qu'exigent une approche lucide et la courageuse mise en œuvre de ses composantes théoriques, juridiques, administratives, médicales et techniques. Un système de santé englobe les professionnels médicaux et para-médicaux, les établissements de soin et leur entretien, les appareillages multiples et sophistiqués ainsi que leur maintenance, la tenue de statistiques fiables, le recours à l'informatique, la production et la répartition des médicaments, des rapports compliqués et souvent inégaux avec les laboratoires. Elle doit tabler sur une population active de l'ordre de 15%, autant peut être que les enseignants – un équilibre instable entre l'offre et la demande, une place spéciale et vigilante aux grands événements comme les épidémies ou les maladies émergentes, la santé de la femme et de l'enfant, celle des personnes fragiles comme les handicapés ou les gens du troisième âge.

Or certains des éléments fondamentaux de la politique de santé, souvent impondérable ou imprévue, échappent à beaucoup d'Etats. En sorte que le médecin n'est plus seul après Dieu. Son rôle est occulté, son statut amoindri, son prestige écorné. La relation bilatérale soignant-soigné si essentielle dans le processus même de la guérison est si déterminante pour situer l'équité à l'horizon de nos politiques. L'équilibre de ses nombreux facteurs dans l'ensemble des processus thérapeutiques, est noyé dans tout un réseau de rapports anonymes avec l'administration, les caisses, les laboratoires. Les soins sont devenus de masse, les établissements encombrés, les traitements en chaîne et souvent déclinés sur des imprimés standardisés. La confiance si importante se perd et la relation soignant-soigné a changé en durée, en qualité et en efficacité.

Un système de santé aussi équitable que possible suppose l'adhésion sociale, la gestion efficace et l'humanisation inséparable de l'équité. La première dit l'ordre des priorités dans les dépenses publiques ou des familles pour dire ce qui est plus urgent de satisfaire la santé, l'éducation, le logement, l'environnement ou les loisirs. Ces choix ne peuvent être imposés d'en haut mais définis avec les intéressés eux-mêmes et assumés par eux. La deuxième doit garantir l'utilisation la meilleure des ressources humaines et matérielles, pour éviter la surcharge du personnel, les gaspillages en tout genre et l'usure prématurée des appareillages dont souffrent tant de systèmes de santé. Enfin l'humanisation véhicule avec elle l'équité. Elle ménage les interstices par lesquels les jugements d'équité rendent possible la pratique de l'équité. Celle-ci est conçue, agencée et mise en œuvre par les médecins dont il faut redéfinir les rôles et les statuts. Elle est le phare et les médecins en sont les gardiens. Aussi doivent-ils être formés en conséquence.

Abdelwaheb Bouhdiba

() Philosophe et écrivain*



PROPOSITION DE L'ASSOCIATION TUNISIENNE DE DROIT DE LA SANTÉ

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. C'est ainsi qu'est énoncé le droit à la santé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (adoptée en 1946, entrée en vigueur en 1948).

La reconnaissance du droit à la santé fut par la suite constamment réitérée, sous des formulations variées, dans des instruments juridiques internationaux et régionaux de reconnaissance de droits humains fondamentaux (Déclaration universelle des droits de l'homme, Pacte des Nations-Unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels...). Le droit à la santé est également consacré par un grand nombre de constitutions dont le proche Maroc depuis 2011.

Droit interdépendant (alimentation, logement, eau, environnement...), droit créance, droit humain fondamental, les qualifications entrecroisées du droit à la santé sont justes mais révèlent leurs insuffisances. Sa simple reconnaissance constitutionnelle ne signifie pas grand chose en termes de conséquences pour les citoyens, particulièrement ceux des catégories vulnérables.

Dans un Etat en phase de transition, telle la Tunisie actuelle, dont les constituants détiennent le fugace pouvoir de mettre en place une nouvelle norme fondamentale avec ses innovations et ses consécutions, il convenait de s'interroger sur ses possibles formulations. A l'aube de cette mise en place de droits nouveaux, explicitement et autrement formulés, ces questionnements apparaissent comme un passage obligé et la question qu'on se pose est de quelle manière peut être concrétisé le droit à la santé dans notre future constitution ?

En partant des certitudes existantes, dégagées de différentes constitutions, il en ressort que le droit à la santé recouvre tantôt le droit à la protection de la santé (Préambule de la Constitution française, Belgique, Espagne) ou à des soins de santé (Maroc, Cuba), à l'accès aux soins (Suisse) ou à des services sociaux et de santé (Finlande), étant même parfois lié dans sa formulation au droit à la vie (Haïti). En Grèce, c'est " L'Etat qui veille à la santé de ses citoyens ".

A travers ces formulations, nous pouvons entrevoir qu'à la base du droit à la santé, existent des exigences de disponibilité et d'accessibilité, amenant dans leur sillage

des problèmes plus concrets de gratuité et de qualité.

Il y aura dans la formulation de ce droit dans le futur texte constitutionnel, des pièges à éviter, tel celui de la facilité et d'une certaine forme d'inconscience et de démagogie, consistant à se contenter d'affirmer banalement que " le droit à la santé est reconnu ". Ceci ressemblerait par trop à la formulation de la Constitution du 1er juin 1959 où l'on lisait dans le Préambule, que " Le régime républicain constitue (...) le moyen le plus efficace pour assurer (...) le droit des citoyens à la santé (...) ". Même le sexe des anges semblait plus facile à déterminer que la valeur et le contenu du droit à la santé tel qu'affirmé dans cette formulation sibylline.

En ces temps de choix cruciaux, il s'agira d'aller vers la simplicité, gage d'applicabilité : la voie de la sagesse consistera en ce sens à reconnaître le droit à la santé sous forme d'un droit d'accès aux soins. La simplicité des formulations vaut toujours mieux que les déclamations de principe, formules fourre-tout concrètement inutilisables.

Cependant, de grandes interrogations subsistent qui devront faire l'objet, pour ce droit comme pour d'autres, de débats approfondis. Sera-t-il nécessaire de rajouter que le droit à la santé englobe l'accès aux médicaments essentiels et reconnaître le droit des citoyens à une couverture sociale universelle ? Faudra-t-il insister, en les citant dans le texte, sur la vitalité de ce droit pour les catégories vulnérables ?

Faudra-t-il rajouter, en même temps que la reconnaissance du droit à la santé, la responsabilité de l'Etat pour sa mise en œuvre comme cela existe dans certains pays (Hongrie, Panama) ?

Ce droit à la santé sera forcément lié dans le texte constitutionnel à d'autres droits tout aussi fondamentaux que lui et indispensables à sa réalisation. L'essentiel semble être l' " esprit " constitutionnel que doivent trouver nos apprentis constituants : il s'agit de trouver l'âme d'une norme, savant équilibre entre la sobriété et l'applicabilité, qui donnera par la suite le tempo de la vie de notre cité.

Parallèlement, la reconnaissance du droit à la santé devrait être englobée dans le droit à la dignité tout comme la concrétisation de l'ensemble des droits sociaux fondamentaux, comme celles des libertés, devrait être protégée par la mise en place d'un véritable contrôle de la constitutionnalité des lois.



ACCÈS AUX SOINS ET MÉDECINE LIBÉRALE

Introduction

Le droit à la santé est apparu pour la première fois dans la Constitution de l'OMS (1946) qui mentionne que : "Bénéficiaire du plus haut standard possible de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.....".

Plus récemment, le droit à la santé a fait l'objet d'une plus grande attention et on en a donné une définition plus large : "Le droit à la santé est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriée en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international.

Loi n°91-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire stipule dans son article premier que toute personne a droit à la protection de sa santé dans les meilleures conditions possibles

D'autres parts, l'accès aux soins est une notion qui renvoie à la possibilité pour les individus d'« arriver » aux soins dont ils ont besoin en raison de leur état de santé.

L'accès aux soins de santé est un concept multidimensionnel qui dépend de plusieurs facteurs intriqués, implique l'équilibre de divers facteurs : les ressources humaines, les moyens technologiques, le financement, la liberté de choix, l'éducation et l'information du public.

L'Association Médicale Mondiale préconise que l'accès aux soins de santé est maximisé lorsque les conditions suivantes sont remplies:

- Chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, dispose de soins de santé corrects.
- Il existe une liberté maximale de choix au niveau des prestataires de soins et des systèmes de paiement pour répondre aux divers besoins de la population.
- L'intégralité de la population a un accès facile à des informations pertinentes et complètes sur les prestataires de soins.
- Il existe des possibilités de participation active de toutes les parties dans l'élaboration de ces systèmes de soins et dans leur administration.

Rappel Historique

L'accès aux soins dispensés par le secteur libéral est prioritairement envisagé à partir des barrières financières et de la couverture sociale; accessoirement interviennent des facteurs d'ordres géographiques et/ou socioculturels.

Les principes fondamentaux de l'exercice libéral de la médecine sont l'indépendance, le paiement à l'acte, la liberté de choix, la liberté de prescription et la liberté d'installation. Toutefois, au plan déontologique, il est de la mission de l'Ordre des médecins d'en défendre la pérennité, ne serait-ce que parce que l'indépendance du médecin reste le fondement de la confiance du patient.

Le secteur libéral des soins de santé s'est développé en Tunisie depuis les années 1990 grâce aux mesures réglementaires visant à promouvoir l'initiative privée et l'économie du marché, grâce également au tourisme médical et grâce, plus récemment, à la réforme de l'assurance maladie.

Financement

Les caisses de sécurité sociale prennent en charge la quasi totalité des soins fournis dans le cadre de la chirurgie cardiovasculaire, de la greffe de rein ou de moelle osseuse et certains actes ou examens complémentaires (IRM, Scanner, Lithotripsie) et la totalité de l'hémodialyse.

Les autres prestations privées sont principalement financées par les dépenses directes des ménages. Elles représentaient environ la moitié des dépenses totales de santé avant la mise en application de la réforme de l'assurance maladie juillet 2007. L'un des objectifs de cette réforme est de favoriser un plus grand recours au secteur privé. Cette réforme permet en fait à l'affilié social de choisir une des trois filières, soit la filière publique, soit la filière privée, soit enfin la filière de remboursement.

Le choix de la filière publique permet à l'assuré de bénéficier de toute forme de prestations de soins de santé fournies par les structures publiques de santé, selon le mode du tiers payant. Pour encourager les affiliés à choisir cette filière de soins, le montant global annuel du ticket modérateur est plafonné à deux mois de salaire.

Le choix de la filière privée permet à l'assuré social de choisir son médecin généraliste qui doit être conventionné. Dans l'objectif d'éviter le nomadisme médical et pour mieux maîtriser les dépenses de soins. Cette filière prévoit l'obligation de passage par le médecin traitant avant tout recours aux soins chez les spécialistes, à l'exception de certaines spécialités telles que l'ophtalmologie, la gynécologie ou la pédiatrie. Comme, pour la première filière, il est prévu un système de tiers payant. Cependant le ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré n'est pas plafonné comme il est le cas pour la filière de soins public.

Le choix de la filière « remboursement » oblige l'assuré social d'avancer la totalité des frais de soins. Par la suite, le remboursement ne couvre qu'une partie de ces frais. La part définitive payée par l'assuré dépend de la nature des soins. Un plafonnement est prévu pour ce remboursement.



La réforme introduit également une prise en charge intégrale d'une liste de 24 pathologies en ambulatoire (APCI). Elle octroie un forfait d'hospitalisation dans le secteur privé pour une liste d'actes chirurgicaux fixée par arrêté et également un forfait de suivi de la grossesse et de l'accouchement en secteur privé.

En pratique parmi les 3,7 millions d'assurés sociaux ayant retiré leur carte à la CNAM, seulement 11% optent pour la filière privée des soins, et 15% ont choisi le système de remboursement, contre 74% qui relèvent de la filière publique.

Le nombre d'accouchement pris en charge dans le privé est passé de 18 000 en 2008 à 27 000 en 2009 mais c'est une part encore très faible par rapport au nombre total d'accouchements du pays. Le nombre d'actes chirurgicaux est passé de 20 000 à 34 000 pour la même période.

Des assurances groupes et des mutuelles prennent en charge une part des soins prodigués dans les cliniques et en ambulatoire, mais ne concernent qu'une part réduite des assurés sociaux. Dans certains cas il existe un cumul des avantages du régime de base (CNAM) et du régime des assurances ou des mutuelles.

Honoraires médicaux / Tarification

Les soins de santé dans le secteur libéral coûtent cher mais avec un meilleur rapport coût/efficacité qu'un financement et gestion publique et avec une célérité des prestations et beaucoup plus de confort. Le secteur libéral reste exposé aux risques de marchandisation des soins de santé par des intrus malintentionnés et de plus en plus de plaintes ou réclamations parviennent aux autorités contre les abus d'honoraires médicaux et les abus de facturation des frais de séjour par certaines cliniques.

Répartition géographique

La répartition des moyens matériels et humains est grevée de disparités régionales, en défaveur des régions

Ouest et Sud du pays. Le secteur de libre pratique suit la demande solvable et s'installe dans le grand Tunis, le Centre Est et les autres régions côtières, à l'exception des unités d'hémodialyse qui ont une répartition plus équitable.

50% Médecins spécialistes de libre pratique sont installés au district de Tunis (Tunis, Ariana, Ben Arous et Manouba)

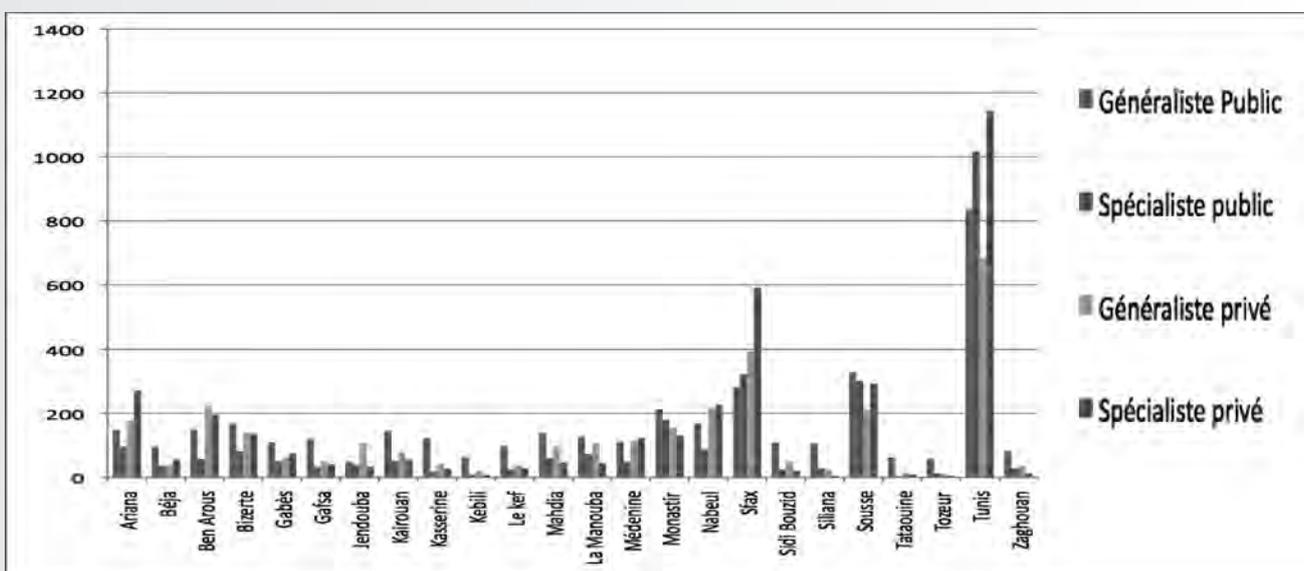
En conclusion

L'accès aux soins dans le secteur libéral en Tunisie est freiné par des contraintes d'ordre géographique et d'ordre économiques. Géographique car la répartition des moyens matériels et humains est grevée de disparités régionales, économique car ce secteur suit la demande solvable et s'installe plus volontiers dans le grand Tunis, le Centre Est et les autres régions côtières, sauf pour l'hémodialyse où la répartition est plus équitable mais pour d'autres considérations.

La prise en charge des frais de soins dans le secteur libéral est insuffisante. Le nombre de prestations supportées par le régime de base de la CNAM est à réviser. Il conviendrait également de mettre en place le régime complémentaire où les assurances privées jouent un rôle primordial.

Enfin la mise en œuvre d'une stratégie de complémentarité entre les secteurs publics et privés, assure à terme à tout individu d'avoir accès à des soins de qualité équivalente. Cet horizon éthique égalitaire est mis en œuvre dans le cadre d'un système de protection sociale lui même sous-tendus par des principes de solidarité et de justice, qui les financent en fonction de la capacité contributive de chacun.

Dr. Mohamed Nejib Chaabouni





Ce dossier élaboré par Dr. Mounir Youssef Makni comporte 5 parties : la première résume les travaux du séminaire organisé par le comité international de la croix rouge (CICR) sur la santé en détention, la deuxième partie un extrait du protocole d'Istanbul sur la double loyauté des professionnels de la santé en milieu carcéral, la troisième partie concerne la définition de la torture selon la Convention des Nations Unies contre la torture et la quatrième un court extrait de la déclaration de Malte de l'association mondiale de médecine sur la prise en charge des Grévistes de la Faim surtout en cette période où le nombre de grévistes de la faim a enregistré une augmentation vertigineuse parmi les citoyens libres. La dernière partie résume quelques recommandations pour améliorer l'accès des prisonniers aux services de soins.

SÉMINAIRE SUR LA SANTÉ EN DÉTENTION

Au lendemain du 14 janvier 2011 des voix se sont élevées pour accuser la participation des médecins des prisons tunisiennes à la torture et dénoncer le silence complice de l'ordre des médecins. Notre première réaction était d'entrer en contact avec le médecin directeur de la santé pénitentiaire qui a récusé ses accusations et nous a fourni un résumé sur la situation des unités de soins en milieu carcéral. Une table ronde sur le thème de l'accès aux soins des personnes privées de liberté a été organisée au mois de juillet 2011 à l'île de Kherkena.

Nous avons publié notre volonté de contribuer activement à tout projet d'organisation de ce secteur et suite à cela nous avons été approchés par le CICR. Nous avons eu deux réunions : la première avec le médecin responsable au bureau de Tunis et la seconde en présence d'un expert venu en mission d'évaluation des prisons.

Ensuite des contacts entrepris avec le ministère de la justice aboutissent à la création d'une commission paritaire entre l'ordre et ledit ministère en vue d'une collaboration dans ce domaine d'exercice où le médecin est confronté à la « double loyauté » de la déontologie médicale et de son employeur, le ministère de tutelle.

Au mois de juillet 2012 l'ordre des médecins a été invité à participer à un séminaire sur la santé en détention organisé par le CICR à Hammamet et animé par le Dr. Raed Abu Rabi directeur du département santé en détention au siège du CICR à Genève. Plusieurs thèmes ont été abordés dont la grève de la faim, le mauvais traitement et torture, la tuberculose en milieu carcéral et surtout l'éthique du personnel médical et le respect de la confidentialité.

Deux membres du conseil national de l'ordre des médecins ont assisté à ce séminaire avec la participation active des médecins exerçant dans les prisons et d'un représentant du ministère de la santé et d'un médecin légiste de la faculté de médecine de Sousse.

Il en ressort pour pallier à la double loyauté de bien réglementer cet exercice par des statuts ou règlement intérieur spécifiques à l'exercice médical dans les établissements pénitentiaires où il sera clairement précisé la mission du médecin, son champs d'action et sa relation avec son employeur le tout en conformité avec le code de déontologie médicale et avec les différents textes organiques de l'exercice médical en Tunisie. Ce serait peut-être un moyen pour bien marquer l'indépendance du médecin par rapport à son ministère de tutelle et remédier à la confusion des rôles et limiter les méfaits de la double loyauté.

Les pouvoirs publics seront appelés à faire des efforts pour améliorer les conditions de travail des médecins et du personnel paramédical dans les établissements pénitentiaires qui devraient bénéficier de plus de moyens humains et matériels pour garantir une bonne qualité des prestations sanitaires et faciliter l'accès aux soins à tous les prisonniers. Le développement professionnel continu du personnel paramédical et médical devrait être assuré par la direction de santé en collaboration avec le MS et l'ordre des médecins et avec le soutien du CICR. Quant à la formation de base, il serait intéressant que le MS et le ministère de l'enseignement supérieur instaurent un nouveau master sur la santé en détention ou à défaut une session de formation.

Dr. MAKNI Mounir Youssef



DOUBLE LOYAUTÉ DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL

Les professionnels de la santé ont la double obligation, d'une part, de servir au premier chef les intérêts de leurs patients, et d'autre part, de veiller au nom de la société dans son ensemble au respect de la justice et des droits de l'homme. Les dilemmes résultant de cette dualité sont particulièrement aigus pour ceux d'entre eux qui travaillent pour la police, l'armée et autres forces de sécurité, ou au sein du système pénitentiaire. Les intérêts de leur employeur et de leurs collègues n'appartenant pas à la profession médicale peuvent en effet être en opposition avec ceux des patients dont ils ont la charge. Néanmoins, tous les professionnels de la santé ont en commun le devoir fondamental de veiller au bien-être des personnes qu'ils sont appelés à examiner ou à soigner. Ils ne sauraient être contraints par des engagements contractuels ou autres considérations à compromettre leur indépendance professionnelle, qui leur commande d'évaluer en toute probité les besoins de leurs patients et d'agir en conséquence.

Principes directeurs pour les médecins liés par des obligations doubles

Les médecins qui interviennent pour le compte d'une tierce partie ont l'obligation d'en informer clairement leurs patients. Ils doivent faire état de leurs titres et attributions et expliquer le but des examens et traitements envisagés. Les médecins restent en toutes circonstances liés par le devoir d'assistance vis-à-vis de leurs patients, même s'ils travaillent et sont rémunérés par une tierce partie. Ils doivent par conséquent refuser toute procédure susceptible de porter préjudice aux patients ou de les placer dans une situation de vulnérabilité physique ou psychologique. Ils doivent s'assurer que leurs engagements contractuels préservent leur indépendance professionnelle et veiller à ce que toute personne privée de liberté puisse bénéficier des examens et traitements dont elle a besoin, et protéger les droits des prisonniers mineurs ou vulnérables pour quelque motif que ce soit.

Tenus également au secret professionnel, ils doivent veiller à ce qu'aucune information ne soit communiquée sans le consentement des patients concernés et protéger en conséquence leurs dossiers médicaux. Lorsqu'ils observent dans le cadre de leurs fonctions des agissements ou comportements immoraux, abusifs, répréhensibles ou susceptibles de porter préjudice à la santé des patients, ils ont l'obligation morale de les dénoncer et de prendre les mesures qui s'imposent le plus rapidement possible, tout délai compromettant la recevabilité d'une éventuelle plainte ultérieure. En de telles circonstances, ils doivent faire rapport aux autorités compétentes ou à des organismes internationaux habilités à enquêter, sans toutefois exposer les patients, leurs familles ni eux-mêmes à des risques de rétorsion. Les professionnels de la santé qui, sur la base d'éléments raisonnablement probants, adoptent une telle attitude sont en droit d'espérer un ferme soutien de leurs associations professionnelles et de leurs collègues.

Dilemmes résultant de la dualité des obligations

Des dilemmes peuvent se présenter lorsque l'éthique et la loi sont en contradiction. Dans certaines circonstances, les obligations morales des professionnels de la santé peuvent les amener à enfreindre une loi particulière, comme l'obligation légale de révéler des informations médicales confidentielles. Dans l'ensemble, les codes d'éthique nationaux et internationaux s'accordent sur le fait que les impératifs autres que moraux – y compris légaux – ne doivent pas obliger les professionnels de la santé à agir en contradiction avec leur déontologie et leur conscience. En de tels cas, ces derniers doivent refuser de se conformer à la loi ou à toute autre réglementation, plutôt que de compromettre les principes moraux fondamentaux qui régissent leur profession ou d'exposer leurs patients à des risques graves.

Il arrive aussi que deux obligations morales s'opposent. Les instruments internationaux et les codes d'éthique imposent de rendre compte à une instance compétente de tout acte de torture ou autre mauvais traitement. Dans certains pays, ce devoir est confirmé par la législation nationale. Dans certains cas, toutefois, les intéressés refusent qu'on les examine à ces fins ou qu'on divulgue les informations recueillies lors de l'examen, en général par crainte de représailles à leur rencontre ou contre leur famille. Les professionnels de la santé sont alors écartelés entre deux responsabilités : vis-à-vis de leur patient et vis-à-vis de la société dans son ensemble, dans l'intérêt de laquelle il importe que justice soit rendue et que les tortionnaires soient châtiés. Face à de tels dilemmes, l'obligation de ne pas causer de préjudice au patient doit prévaloir.

Les professionnels de la santé doivent donc chercher des solutions permettant de servir la justice sans avoir à violer le secret professionnel, en sollicitant si besoin est l'avis d'organismes dignes de confiance (selon les cas, ils pourront faire appel à leur association médicale nationale ou à des organisations non gouvernementales). Parfois, on parvient cependant à convaincre le patient de consentir à la divulgation d'informations le concernant, sous certaines réserves. Les



obligations morales d'un médecin peuvent varier en fonction de la relation avec le patient et de l'aptitude de ce dernier à décider librement de l'éventuelle divulgation d'informations le concernant. Ainsi, lorsque médecin et patient sont engagés dans une relation clairement thérapeutique, comme un traitement hospitalier, le médecin a l'obligation morale de respecter l'exigence de secret professionnel qui prévaut normalement dans un tel contexte. Rendre compte de symptômes manifestes de torture est alors tout à fait approprié, pour autant que la victime ne s'y oppose pas. En d'autres termes, les médecins doivent signaler ce genre d'observations cliniques si le patient le demande ou s'il consent en toute connaissance de cause à leur divulgation. Ils ont aussi le devoir d'aider le patient à arrêter sa décision.

Les médecins légistes ont une relation différente avec les personnes qu'ils examinent, et ils sont généralement tenus de rendre compte systématiquement de leurs observations. Face à eux, le pouvoir et le choix du patient sont plus limités, et il n'est pas toujours possible de parler librement. C'est pour quoi il importe qu'avant tout examen les médecins légistes expliquent leur rôle au patient, en insistant sur le fait que, à la différence d'un contexte thérapeutique, le secret professionnel ne fait pas partie intégrante de leur fonction. Il peut arriver que les lois interdisent au patient de refuser l'examen, mais il lui reste la possibilité de décider s'il souhaite divulguer ou non l'origine d'une quelconque blessure. Les médecins légistes ne doivent pas falsifier leurs rapports, mais faire preuve d'une totale impartialité, y compris en mentionnant dans lesdits rapports tout signe de mauvais traitements éventuellement observé.

Les médecins de prison ont pour tâche première d'assurer des traitements thérapeutiques, mais il leur incombe aussi d'examiner les détenus qui arrivent en prison après leur passage entre les mains de la police. Dans le cadre de ces fonctions, il peut arriver qu'ils constatent des signes manifestes de violence

inacceptable, que les prisonniers eux-mêmes peuvent ne pas être en situation de dénoncer. En de tels cas, les médecins doivent tenir compte des intérêts des patients et du secret professionnel qui les lie à ces derniers, mais l'obligation morale de dénoncer d'évidents mauvais traitements est également très forte, les prisonniers eux-mêmes étant souvent dans l'incapacité de le faire de façon efficace. Lorsque les intéressés consentent à ce que les faits soient divulgués, il n'y a pas de dilemme et l'obligation morale prévaut. Dans le cas contraire, les médecins doivent soigneusement peser les risques qui menacent le patient concerné au regard des bénéfices à attendre pour l'ensemble des détenus et de l'intérêt de la société à empêcher la répétition de comportements abusifs.

Les professionnels de la santé doivent aussi être conscients que la dénonciation de tels comportements aux autorités sous la juridiction desquelles les faits allégués se seraient produits peut comporter des risques pour le patient et pour d'autres personnes, y compris celles qui divulguent les informations. Les médecins ne doivent pas sciemment exposer des individus à des risques de représailles. Ils ne doivent pas pour autant s'abstenir de toute action, mais faire preuve de la plus grande discrétion et envisager de communiquer les informations en question à un organe extérieur à la structure directement concernée ou, à la rigueur, de faire rapport d'une manière anonyme. Bien entendu, si cette dernière solution est adoptée, les professionnels de la santé doivent s'attendre à d'éventuelles pressions pour les amener à lever l'anonymat ou à voir leurs dossiers saisis. Lorsque aucune solution facile n'est en vue, les professionnels de la santé devraient obéir au principe fondamental qui leur impose d'éviter, en dehors de toute autre considération, de porter préjudice à leurs patients et, si la chose est possible, solliciter les conseils d'instances médicales nationales ou internationales.

Extrait du Protocole d'Istanbul

LA TORTURE

Le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles.

Article 1 de la Convention des Nations unies contre la torture (entrée en vigueur le 26 juin 1987)



PRISE EN CHARGE DES GRÉVISTES DE LA FAIM

Les grèves de la faim se déroulent dans différents contextes mais la plupart du temps elles posent un dilemme là où les personnes sont privées de liberté. Elles traduisent souvent une forme de protestation pour faire connaître des revendications. Mais un véritable jeûne sur une longue période peut entraîner la mort ou des dommages irréversibles bien que la majorité des grévistes de la faim ne souhaitent généralement pas mourir mais certains s'y préparent éventuellement pour atteindre leurs objectifs. Un dilemme éthique se pose lorsque les grévistes de la faim qui ont manifestement donné des instructions précises pour ne pas être réanimés atteignent un stade où ils perdent leurs capacités cognitives.

Les médecins doivent évaluer la capacité mentale des personnes. Les personnes atteintes de graves troubles mentaux ne peuvent pas être considérées comme des grévistes de la faim. Et dès que possible, les médecins doivent obtenir un historique médical détaillé de la personne qui prévoit de jeûner. Les implications médicales de toute pathologie existante doivent être expliquées à la personne.

Un examen approfondi du gréviste de la faim doit être effectué en début de jeûne et les médecins doivent s'entretenir en privé avec les grévistes de la faim et sans être entendus des autres. Les médecins ont besoin d'être certains que le refus de nourriture ou de traitement est le propre choix de la personne.

Par ailleurs, si un médecin est incapable pour des raisons de conscience d'accepter le refus de traitement ou d'alimentation artificielle d'un gréviste de la faim, il doit le faire savoir clairement et diriger le gréviste de la faim sur un autre médecin qui cautionnera le refus du gréviste de la faim.

Une communication continue entre le médecin et le gréviste de la faim est vitale. Les médecins doivent s'assurer quotidiennement que les personnes souhaitent poursuivre leur grève de la faim et connaître leurs volontés lorsqu'elles ne seront plus en mesure de communiquer correctement. Ces éléments doivent être consignés en bonne et due forme.

Les médecins peuvent outre passer les instructions préalables de refus de traitement par exemple s'ils pensent que ce refus a été forcé. Si après réanimation et récupération des facultés mentales, les grévistes de la faim continuent de demander à jeûner, cette décision doit être respectée. Autoriser un gréviste de la faim à mourir dans la dignité plutôt que de le soumettre à des interventions répétées contre sa volonté est conforme à l'éthique.

L'alimentation artificielle peut se justifier sur le plan éthique si les grévistes de la faim l'acceptent en leur âme et conscience. L'alimentation forcée n'est jamais acceptable.

Extrait de la Déclaration de Malte de l'AMM sur les Grévistes de la Faim. Déclaration Révisée par la 57e Assemblée Générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, Octobre 2006

COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS DES PRISONNIERS AUX SERVICES DE SOINS ? Quelques Recommandations

Examen médical d'entrée

Il faut veiller à ce qu'un contrôle médical d'entrée soit toujours fait, que le détenu arrive en prison pour la première fois ou qu'il soit transféré d'une autre prison et cela dans le but d'avoir un premier contact avec le détenu et de lui expliquer le système d'accès aux soins dans la prison, de prendre connaissance du dossier médical en cas de transfert et d'assurer la continuité de la prise en charge pour les détenus sous traitement ou sous investigation médicale, de vérifier l'histoire médicale du détenu et de pratiquer un examen physique complet et de procéder à une évaluation psychologique et enfin s'assurer qu'un dossier médical individuel est créé pour chaque détenu, et que les données médicales obtenues lors de l'examen initial et de toutes les consultations ultérieures y sont inscrites.

Accès au dispensaire

Il faut améliorer l'organisation des soins au sein des prisons pour avoir un meilleur accès au dispensaire et au traitement, en évitant d'abord l'intervention du kabran dans le système d'accès aux soins et en demandant à l'infirmier de collecter la liste des détenus qui souhaitent être vus. Il faut garder le système de rotation hebdomadaire par chambre et les médecins et/ou les infirmiers devront faire régulièrement le tour des cellules afin d'identifier les détenus qui nécessitent une consultation médicale, d'autre part il faut renforcer les compétences des chefs des structures de soins en matière de gestion et créer et/ou aménager des unités médicales pénitentiaires régionales comme lieux intermédiaires d'observation médicale des malades qui sont transférés d'autres prisons et suivis dans les hôpitaux de référence.

Accès aux soins à l'extérieur de la prison

Il faut maintenir et intensifier le dialogue entre la direction générale des prisons et le ministère de la santé, pour discuter des problèmes que pose l'organisation de consultations spécialisées dans les services hospitaliers. Par ailleurs, il est opportun de mettre en place un système plus efficace avec une meilleure coordination entre médecins et officiers des prisons afin d'éviter les cas « oubliés ». Mais tout cela nécessite des ressources humaines supplémentaires en plus de l'affectation d'un moyen de transport réservé uniquement pour les transferts de patients et des prélèvements sanguins vers les hôpitaux. D'autre part, et dans le but de diminuer la stigmatisation des détenus patients, il faut penser à créer à terme des unités d'hospitalisation pour les personnes en détention en aménageant dans les différents services hospitaliers des chambres spéciales dans le respect des règles de sécurité.



CONFLITS D'INTÉRÊTS ET CHARTE D'ÉTHIQUE

Les problèmes de conflit d'intérêts sont assez récurrents et reviennent de temps en temps sur la place publique, nous en avons eu droit il y'a quelques années un grand débat et polémique sur le conflit d'intérêts posé par la qualité de la gestion de la pandémie de la grippe porcine A/H1 N1. En effet beaucoup de voix se sont élevées à l'époque, incriminant les recommandations des experts de l'organisation mondiale de la santé et de certains experts européens les accusant d'avoir contribué à un gaspillage d'énergie et d'argent pour une affection virale des plus banales. Cette suspicion d'impartialité des experts dans leurs rapports et conclusions a amené beaucoup de scientifiques et de politiques à parler une nouvelle fois de la nécessité de respecter la charte d'éthique régissant les relations entre les intervenants de la santé en matière de produits pharmaceutiques et l'obligation de signer une déclaration d'absence de conflit d'intérêts ainsi qu'un engagement de confidentialité pour tous les intervenants.

La charte d'éthique tunisienne régit comme les autres les relations entre les intervenants de la santé en matière de produits pharmaceutiques et vise à poser les règles éthiques que doit respecter tout professionnel de santé et notamment les médecins, les pharmaciens, les médecins dentistes et toute personne amenée de par sa profession à prescrire ou à dispenser des produits pharmaceutiques. Cette charte a pour but de régir les relations entre les professionnels de santé, les établissements de fabrication de produits pharmaceutiques, les agences d'information médicale et scientifique, les institutions de formation médicale et scientifique, les organismes de recherche, les journaux et revues scientifiques, les sociétés savantes et généralement toute personne physique ou morale opérant dans les secteurs médical et pharmaceutique ou dans tout domaine lié aux produits pharmaceutiques.

Principe d'indépendance

Les professionnels de santé doivent exercer leur profession dans le respect de leur code de déontologie et des termes de cette charte. A ce titre, ils ne doivent en aucune manière aliéner leur indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Ainsi aucun matériel, outil ou accessoire médical, mis à la disposition des professionnels de santé, même à titre gracieux, ne doit porter de mentions incitant à la prescription, à la dispensation ou à la consommation des produits pharmaceutiques.

Formation

La formation est à la fois un droit et un devoir pour tout professionnel de santé. L'éthique doit être intégrée à la formation de tous les personnels de santé. Cette dernière doit viser essentiellement l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux malades et doit être indépendante, conçue, programmée, planifiée et menée au plan scientifique par les professionnels de santé et ce quelque soit sa source et son mode de financement.

La prise en charge des frais inhérents à ces manifestations doit viser exclusivement les participants et les conférenciers et se limiter à leur objet principal. Et dans un souci de transparence, le sponsoring de toute activité de formation doit être suffisamment visible afin que les participants en soient informés.

Expertise et participation aux commissions

Tout professionnel de santé sollicité par une instance publique en tant qu'expert ou en tant que représentant d'un organisme scientifique ou professionnel, pour évaluer un dossier pharmaceutique ou juger, se prononcer ou rendre un avis technique dans le cadre de l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation de mise à la consommation ou toute autre question relative aux produits pharmaceutiques, doit être en situation d'entière indépendance de jugement. S'il se trouvait à l'occasion dans une situation de conflit d'intérêt ou qui pourrait générer pour lui un conflit d'intérêt, il doit obligatoirement le déclarer par écrit à cette autorité ou instance ou commission et s'abstenir de participer aux délibérations.

Essais cliniques

Tout essai clinique doit viser obligatoirement l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux malades et/ou la contribution à l'usage rationnel des médicaments et des dispositifs médicaux et toute activité de recherche clinique ne peut être entreprise que si elle est justifiée au plan scientifique et conforme aux normes éthiques et aux bonnes pratiques cliniques. Et c'est au promoteur d'un essai clinique d'assurer son financement et de fournir gracieusement les produits objets de l'essai à l'investigateur. Cette gratuité ne doit pas être une manière détournée d'aliéner le patient ou le tiers payant au-delà de la période de l'essai, en cas de traitement chronique.

Promotion, publicité et information médicale

En dehors des produits et outils promotionnels pouvant être autorisés, tout octroi d'un avantage matériel ou pécuniaire aux professionnels de santé qui risque d'avoir une influence sur leur indépendance de jugement ou qui peut inciter à la prescription, à la dispensation ou à la consommation des produits pharmaceutiques est proscrit.



Les échantillons médicaux ne peuvent être ni rétrocédés ni vendus. Ils doivent pouvoir être distingués des formes commerciales qui elles ne peuvent être distribuées à titre gracieux aux professionnels de la santé. La visite et la promotion médicales s'adressent exclusivement aux professionnels diplômés. Ainsi, les médicaments ne doivent pas faire l'objet de publicité grand public en dehors des campagnes sanitaires menées ou approuvées par les ministères concernés.

L'objet de la visite médicale est de donner aux professionnels de santé une information favorisant la qualité des soins dispensés aux malades et toute information médicale doit être objective, précise, pertinente, vérifiable scientifiquement et conforme à l'Autorisation de Mise sur le Marché ou à l'Autorisation de Mise à la Consommation.

L'information médicale ne doit en aucun cas entraîner le discrédit ou le dénigrement d'un établissement ou d'un produit pharmaceutique ou engendrer la confusion entre les produits.

Les établissements pharmaceutiques et les agences d'information médicale et scientifique sont responsables de l'information qu'ils diffusent concernant leurs produits.

Principe de transparence

Les professionnels de santé doivent déclarer tout intérêt personnel ou position qui pourrait engendrer un conflit d'intérêts dans l'évaluation, l'autorisation de commercialisation, la prescription, la dispensation et la gestion des produits pharmaceutiques. Et de l'autre côté, les organismes fabricant ou fournissant des produits pharmaceutiques ou contribuant à leur promotion, sont tenus de mettre à la disposition de l'administration à sa demande, un relevé des contributions financières directes et indirectes au profit des professionnels de la santé, des institutions de formation médicale et scientifique, des organismes de recherche, des journaux et revues scientifiques, des sociétés savantes et généralement de toute personne physique ou morale opérant dans les secteurs médical et pharmaceutique.

Définition du conflit d'intérêts

Le terme «conflit d'intérêts» désigne communément un conflit entre l'intérêt particulier ou personnel d'un individu et ses obligations professionnelles. Toutefois, ce terme peut également s'appliquer à un individu exerçant plusieurs fonctions entrant en conflit les unes avec les autres, sans qu'aucun intérêt particulier ou personnel ne soit impliqué.

Le conflit d'intérêts particulier ou personnel peut être d'ordre financier quand le décideur ou consultant a un intérêt financier direct même mineur et donc avec une présomption irréfutable de parti pris. Dans ce cas le consultant ne sera pas habilité à intervenir.

Ce conflit d'intérêts peut être d'ordre non financier tout en conduisant à une présomption de parti pris. Il peut naître par exemple, d'un lien personnel entre le décideur ou consultant ou un membre de sa famille et la partie dont les intérêts sont affectés par les décisions ou recommandations. Il peut aussi se révéler lorsqu'un décideur ou consultant est perçu comme ayant un préjugé des conclusions, en raison d'opinions préconçues ou d'un lien antérieur avec le dossier pour lequel il doit prendre une décision ou faire des recommandations.

Responsabilité des consultants

L'Autorité ne peut pas être informée de tous les engagements du consultant et de leurs répercussions au moment de l'offre de contrat et c'est la raison pour laquelle le consultant a l'obligation de déclarer par écrit tout conflit potentiel ou situation pouvant être perçue comme un conflit potentiel aux autorités qui négocient le contrat ou nomment les membres du comité.

Le consultant ne peut procéder à l'évaluation des données ou être membre du comité que lorsque le conflit d'intérêts potentiel, quelle que soit sa nature, a été examiné avec l'Autorité et que celle-ci l'a jugé non significatif. Pour cette raison, il est demandé à l'évaluateur, pour chaque contrat, de signer une déclaration indiquant qu'il n'est pas, en l'état actuel en situation de conflit d'intérêts et que si le risque d'un tel conflit survenait au cours de l'évaluation, l'Autorité en serait immédiatement informée par écrit.

Conclusion

La charte d'éthique et l'absence de conflit d'intérêts font partie des bonnes pratiques de toute démocratie qui se respecte et ce qui est valable pour le médicament l'est aussi pour toutes les autorisations d'exploitation, de fabrication ou de commercialisation d'un produit quelconques. Elle concerne les responsables politiques de tous rangs et toutes les personnes siégeant dans les différentes commissions nationales et régionales. Et à ce propos, la composition de toutes ces commissions devrait être revue et adaptée pour une meilleure impartialité, laquelle ne peut être garantie qu'avec une parité totale entre l'administration et les représentants de la société civile. A bon entendeur.

Dr. Mounir Youssef Makni



COMMENT AMÉLIORER LES PRESTATIONS SANITAIRES DANS LES RÉGIONS DÉFAVORISÉES ?

L'amélioration des prestations sanitaires nécessite-t-elle la création de nouvelles facultés de médecine dans les régions défavorisées ? Et comment concevoir notre système de santé pour l'avenir ? C'est à ces deux questions que je vais essayer de répondre.

Introduction

Dans les jours qui ont suivi les événements ayant conduit à la chute du régime despotique de Zaba, et au milieu d'une cacophonie populaire sans précédent, des voix s'élèvent pour réclamer la création de nouvelles facultés de médecine et d'hôpitaux universitaires dans les régions de l'intérieur afin disaient-elles d'améliorer la qualité de soins dans ces zones défavorisées. Le Ministère de la Santé séduit par cette idée a commencé à travailler dessus et pour rassurer le corps médical du risque d'implosion de la démographie médicale il a promis de garder le même nombre d'étudiants admis en médecine que les années précédentes mais en le partageant avec les nouvelles facultés.

L'amélioration des prestations sanitaires nécessite-t-elle la création de nouvelles facultés de médecine dans les régions défavorisées ?

Le nombre de facultés de médecine par tête d'habitant est très variable d'un pays à l'autre et varie en fonction de la démographie, de l'étendue de la superficie, du niveau socio-économique et des orientations politiques et à titre d'exemple la France compte 36 facultés, l'Italie 23, l'Égypte 18, l'Allemagne 14, l'Algérie 9, le Maroc 5 et enfin le Sénégal ne compte qu'une faculté et c'est la plus ancienne faculté de médecine d'Afrique.

En Tunisie, il existe déjà quatre facultés de médecine qui répondent largement aux besoins du pays en formation de médecins comme en témoigne le nombre sans cesse croissant de médecins diplômés en chômage. Le problème ne se situe pas dans le nombre de facultés de médecine mais plutôt dans leur répartition injuste sur le territoire de la république qui s'est faite par des décisions arbitraires prises il y a plus de 30 ans privilégiant certaines régions par rapport à d'autres.

Par ailleurs, l'enseignement de la médecine dans notre pays connaît à l'instar de la plupart des institutions universitaires de multiples imperfections, parmi les quelles nous citons l'insuffisance de la qualité de formation du médecin et là tout le monde s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'entreprendre des réformes structurelles portant sur les différents cycles de l'enseignement médical. L'objectif étant d'assurer un enseignement de qualité, répondant à la fois aux besoins du pays et aux normes internationales. Le deuxième point concerne l'absence de statut d'enseignant pour les médecins hospitalo-universitaires qui se trouvent chargés d'une mission d'enseignement sans rémunération conséquente de la part du Ministère de l'enseignement supérieur comme leurs collègues enseignants dans d'autres disciplines. La troisième

imperfection concerne la formation pratique qui reste insuffisante par manque d'encadrement pour les stagiaires externes, internes et résidents en médecine dans les CHU et que dire des hôpitaux régionaux des zones de l'intérieur du pays qui manquent de moyens matériel et humain.

De ce qui précède découle de toute évidence la réponse au projet de création de nouvelles facultés de médecine. Nous considérons cette entreprise à l'heure actuelle, trop prématurée et périlleuse et ce n'est certainement pas la vraie solution aux vrais problèmes de soins de santé dans les zones de l'intérieur et la solution ne peut être apportée que dans le cadre d'une nouvelle conception de la politique de santé dans notre pays.

Comment peut-on concevoir notre système de santé dans l'avenir ?

ETAT DES LIEUX ET LA REALITE SUR LE TERRAIN

Notre système de santé est sérieusement malade et nécessite une stratégie adéquate et bien fondée pour le mettre à niveau et pour ce faire nous avons besoins d'une bonne compréhension des maux qui le rongent pour élaborer un bon diagnostic et là plusieurs incohérences et déséquilibres entre les secteurs sont relevés :

- Un déséquilibre au sein du secteur public lui-même entre des centres hospitalo-universitaires accaparant la majeure partie de l'activité sanitaire du pays, avec une qualité de soins moyenne et des délais de prise en charge longs et à l'opposé des structures sanitaires régionales et locales peu efficaces, à rentabilité maigre, par défaut à la fois d'équipements et d'équipes médicales et paramédicales consistantes et stables, d'où la surcharge des CHU par des malades qui auraient pu être soignés sur place tout en restant proches de leurs familles.

- Un déséquilibre entre les deux secteurs publics et privés avec un secteur public et particulièrement les CHU surexploité, sans toutefois pouvoir satisfaire à temps les demandes sans cesse croissantes de soins. Dans les CHU, les ressources humaines sont insuffisantes par rapport à la masse de travail alors que les équipements médicaux fonctionnent à plein régime et s'amortissent très rapidement et finissent par être en panne, ce qui constitue une cause supplémentaire au retard de prise en charge des malades. Par ailleurs de nombreux médecins hospitalo-universitaires, se considérant sous payés par rapport à l'effort consenti ne résistent pas à la tentation du secteur privé et finissent par quitter l'hôpital ce qui va contribuer à la régression de certains services universitaires. Pour les autres qui se décident à rester, l'activité privée complémentaire largement choisie et pratiquée et souvent d'une manière non réglementaire, constitue un autre frein au développement de ces structures universitaires et à la



perte de leur vocation essentielle la formation des futurs médecins.

- Et un secteur privé assez bien développé mais globalement sous utilisé. Les médecins spécialistes fraîchement diplômés choisissent plus volontiers de s'installer dans les grandes villes côtières là où il y a plus de monde avec une couverture sociale acceptable. Ce secteur offre de meilleures prestations d'hébergement, d'hygiène, de rapidité de prise en charge et parfois même de technologie médicales de pointe favorisant ainsi une médecine à double vitesse. C'est un secteur qui soigne aussi les malades étrangers venant surtout des pays voisins et un peu moins des pays européens.

DISCUSSION

Le droit des citoyens des régions défavorisées à la santé est indiscutable et fait partie des droits de l'Homme les plus élémentaires. Un programme de mise à niveau touchant à la fois les structures de soins et celles chargées de la formation des cadres médicaux et paramédicaux doit être établi et mis en œuvre aussi tôt que possible.

Néanmoins, l'engagement de l'Etat dans ce domaine à caractère social doit rester infaillible pour la frange de la population la plus démunie. Nos voisins maghrébins consacrent 4 à 5% de leur PIB pour le secteur de la santé alors qu'en Tunisie, nous consacrons près de 6% du PIB et malgré ça nous restons très en deçà des pays européens qui consacrent pour la plupart d'entre-eux entre 9,5 et 11,9% respectivement pour l'Espagne et la France. La santé coûte de plus en plus chère et la contribution à son financement doit être l'affaire de tous et en premier lieu l'état.

RECOMMANDATIONS

A mon avis plusieurs mesures courageuses devraient être prises à court et à moyen terme et à différents niveaux pour espérer améliorer les prestations de soins de santé.

- Au niveau des hôpitaux régionaux, on doit assurer à ces structures la plus grande autonomie possible par la maîtrise de toute la chaîne de la prise en charge médico-chirurgicale des patients par la constitution d'équipes médicales et paramédicales multidisciplinaires en plus de la mise en place de tous les équipements nécessaires pour permettre à ces équipes de travailler dans des conditions convenables. Le manque de certaines spécialités comme la radiologie, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie peut être résolu par le soutien du CHU le plus proche, ou bien par des conventions avec les médecins spécialistes libéraux de la région.

- Au niveau des centres hospitalo-universitaires, ces structures doivent reprendre la place qu'elles méritent de pépinières de formation et de porte drapeau de notre médecine, et pour cela il faut soutenir

ces structures par le recrutement de médecins spécialistes de la santé qui vont contribuer à rehausser la qualité des soins médicaux et la prise en charge des malades et vont soulager ainsi les médecins hospitalo-universitaires de l'activité sanitaire pour qu'ils se consacrent mieux à leur mission universitaire et pour qu'ils mettent en place des équipes hospitalo-universitaires stables assurant l'enseignement des étudiants, l'encadrement des stagiaires, le développement professionnel continu, la recherche scientifique et le parrainage de services hospitalo-sanitaires dans les régions qui pourraient bénéficier aussi du soutien des médecins spécialistes de la santé travaillant dans les CHU surtout pour les spécialités manquantes dans les régions parainnées. A cela, nous suggérons en plus la suppression des méga-services avec la création de sous-spécialités au sein d'unités ne dépassant pas les 25 lits et enfin une rediscussions sérieuses à propos de l'activité privée complémentaire s'impose.

- Au niveau des facultés de médecine, il faut accélérer la mise en application de la nouvelle réforme des études médicales et militer pour la reconnaissance du statut d'enseignant universitaire pour les médecins hospitalo-universitaires.

- Au niveau du secteur privé, trois mesures doivent être mises en œuvre dès que possible, la première étant d'encourager une collaboration conventionnelle entre les hôpitaux régionaux et les médecins spécialistes libéraux pour les spécialités manquantes. La deuxième est l'abolition pure et simple de la TVA sur les prestations de soins de santé pour alléger leur coût. La troisième est d'élargir et d'améliorer la prise en charge de la CNAM par le subventionnement de l'Etat sans lequel la caisse ne pourrait plus avancer.

Conclusion

Le remède aux insuffisances des prestations des soins ne réside pas à l'heure actuelle, dans l'augmentation du nombre de facultés de médecine, mais plutôt dans une véritable mise à niveau de tout le système de santé. Cette dernière doit être conçue avec objectivité, perspicacité et loin de tout raisonnement étroit d'ordre sentimental, politique pouvant nuire à l'intérêt national. Nous n'avons plus le droit à l'erreur et toutes les décisions devraient être prises après une large concertation sur la politique de santé entre le gouvernement et les composantes de la société civile représentant les citoyens et les professionnels de la santé. La santé doit s'inscrire aussi dans le cadre d'une stratégie de développement régional globale et la réduction des écarts entre les régions consolidera les réformes sanitaires et pourrait constituer le meilleur garant de stabilisation des cadres médicaux spécialisés dans les zones actuellement désertées.

Dr. Youssef Letaief



PROJET DE CRÉATION DE NOUVELLES FACULTÉS DE MÉDECINE

Avis du conseil national de l'ordre des médecins

Mars 2012

Monsieur le Ministre,

Suite à notre entretien lors de l'audience du lundi 13 février 2012, le conseil national de l'Ordre des médecins a engagé une réflexion sur le projet de création d'une cinquième faculté de médecine en Tunisie. Nous nous sommes placés dans l'hypothèse géographique qui nous semblait la plus probable. Nous avons ensuite souligné l'obligation de cohérence dans laquelle doit s'inscrire le projet. Nous avons également pensé utile de faire part des conditions à réunir pour assurer un succès pérenne de l'entreprise.

L'hypothèse

Le projet semble s'inscrire dans la logique d'une politique de décentralisation et, compte tenu de la situation actuelle d'une dé-littoralisation des pôles sanitaires du pays. Seraient intéressés soit le nord-ouest, soit le centre ouest soit le sud-ouest du territoire.

L'obligation de cohérence

La médecine, à la différence de la plupart des autres disciplines universitaires ne s'enseigne pas seulement en intramuros; elle nécessite impérativement une péri-structure d'application : des unités bâties, équipées en mobiliers et appareillages cliniques, dispose d'un ensemble de plateaux techniques, dotés de moyens humains (cadre hospitalo-universitaire, personnels soignant, et auxiliaires para médical administratif, agents de maintenance et d'entretien)

L'ensemble des ces unités définissent par leur nombre et leur spécificités respectives un centre hospitalo-universitaire.

Les conditions du succès

L'établissement d'enseignement proprement dit et sa péri-structure d'application constituent des conditions nécessaires de fonctionnement mais elles ne suffisent pas à assurer la crédibilité et le succès du projet.

Il faut pour cela que la cinquième faculté ne soit ni un satellite ni une annexe de l'une ou l'autre des quatre autres, mais constitue par elle même un pôle d'excellence sanitaire.

Doivent y concourir :

- 1/ Les modalités de recrutement des étudiants. Leur nombre doit résulter d'une redistribution entre les cinq facultés du chiffre habituellement prévu d'admission en première année. Les critères d'admissibilité fixés lors de l'orientation doivent être les mêmes pour tous.
- 2/ La dotation en personnel enseignant, il doit y avoir de la même façon redistribution du cadre hospitalo-universitaire, soit par des mesures d'encouragement à la mobilité soit à la faveur des différents concours.
- 3/ La mise à niveau prioritaire des structures sanitaires de dimension moyenne ou de proximité, ce qui constitue une condition essentielle de compétence et de performance de la nouvelle faculté.

En conclusion

La création, d'une cinquième faculté de médecine, dotée d'un centre hospitalo-universitaire, tous les deux, lieux de transmission du savoir, de production du savoir et de dispensation de soins de haut niveau, est un déficit, tant sur le plan matériel que sur le plan humain. Ce projet ne doit pas aggraver la démographie médicale déjà galopante.

Cependant la diligence ressentie, pour sa réalisation, risque de compromettre à la fois la qualité de la formation et la qualité des soins escomptées.

Telles sont nos réflexions à propos du projet de création d'une cinquième faculté de médecine que nous aurions souhaité aborder, avec l'autorité de tutelle, dans une approche plus globale de stratégie pour une politique de santé publique (actualisation de la carte sanitaire, définition d'objectifs à court, moyen et long terme ; . . .)

Veillez agréer Monsieur le Ministre l'expression de mes sentiments les meilleurs.

ENSEIGNEMENT ZITOUNIEN DE LA MÉDECINE

Communiqué du conseil national de l'ordre des médecins

Le conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance avec surprise de l'article paru en page sept de votre numéro du 08 mai 2012 sous le titre «Qui contrôle la Zitouna?».

Il y est fait état du redémarrage de l'enseignement zitounien, ce à quoi chacun ne peut qu'applaudir, quand on sait ce que cet enseignement et ses maîtres ont apporté à la société tunisienne et au-delà de la société tunisienne dans l'affermissement, bien compris, de la foi et de la culture musulmane.

Ce pendant, et selon cet article, l'enseignement zitounien s'écarterait de sa vocation initiale pour devenir, en dehors de tout cadre juridique, de toute tutelle et des plus élémentaires conditions de crédibilité, multidisciplinaire.

Plus grave, le même article laisse entendre que notre médecine aurait perdu ses dimensions éthiques et morales et qu'il convient d'y pallier.

Le conseil national de l'Ordre des médecins se déclare profondément préoccupé par de telles dérives et de telles assertions et attend des autorités concernées de l'état la mise au point qui s'impose.



LA TÉLÉMÉDECINE, SERAIT-ELLE UNE AUBAINE POUR LA TUNISIE

La télémédecine est un vecteur d'informations permettant d'exporter l'expertise au lieu d'exporter les experts. Le système se définit volontairement en termes ouverts afin de considérer les évolutions futures. La technologie actuelle permet dans la majorité des cas une transmission suffisante de données pour une télémédecine efficace. Cette dernière ne modifie pas fondamentalement l'acte médical intellectuel traditionnel, elle permet de le réaliser dans des conditions et des situations qui améliorent l'accès aux soins, la qualité et la sécurité.

Le médecin agit «sous le contrôle de sa conscience et dans le respect des règles professionnelles». Il doit avoir accès à l'ensemble des informations médicales antérieures à la consultation, celles-ci étant fournies soit par le patient lui-même, soit par le médecin qui assiste le patient en sa qualité de médecin requérant, le médecin requis pour la téléconsultation devant également avoir la possibilité d'accéder au dossier médical informatisé du patient.

Le développement des spécialités médicales a réduit le champ de l'examen physique lors de la consultation spécialisée traditionnelle et dans plusieurs spécialités, un interrogatoire structuré et orienté par les données du dossier médical du patient, permet de réaliser un acte intellectuel d'excellent niveau, notamment chez les patients suivis pour des maladies chroniques.

Nous pensons que la télémédecine n'est qu'une nouvelle forme d'exercice de la médecine, lequel exercice est déjà organisé par la Loi n°91-21 du 13 mars 1991 et par le code de déontologie médicale et c'est dans ce cadre là qu'il faudra préciser les modalités d'exercice de cette télémédecine.

La télémédecine peut rendre service aux patients et aux professionnels de la santé qui les prennent en charge, mais ce service, a un coût qui doit être évalué par rapport aux bénéfices estompés en termes de santé publique. Ces derniers doivent prendre en compte l'amélioration de l'accès aux soins, la prévention, le maintien à domicile et la qualité de vie des malades.

Définition :

La télémédecine se définit comme étant une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale.

L'acte de télémédecine constitue un acte médical à part entière quant à son indication et sa qualité pour l'ordre il

est nécessaire de compléter la définition par une typologie des actes considérés :

- **La téléconsultation**

Pour qu'il y ait téléconsultation, il faut que le patient puisse voir le médecin requis et dialoguer avec lui de manière compréhensive et confidentielle. Il en découle des équipements nécessaires à une téléconsultation, de qualité optimale, mis à la disposition des médecins, notamment par les établissements de santé ou autres institutions professionnelles. Les conditions privatives et confidentielles du dialogue singulier sont requises et tout autre personnel de santé assistant à la téléconsultation est tenu au secret professionnel. La téléconsultation s'effectue naturellement en relation avec le patient. Elle s'exerce dans deux types de situations, le cas le plus répandu concerne la régulation médicale par le SAMU, le médecin contacté par téléphone établit le diagnostic de gravité et prend la décision d'orientation du patient. La téléconsultation trouve son intérêt également pour les sites isolés ou mobiles (prisons, navires) et là le patient est assisté par un médecin ou un autre professionnel de santé qui exposent le cas pour avis spécialisé. Ce mode de téléconsultation est actuellement évalué en gériatrie, et dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

- **La téléassistance médicale**

Correspond à un acte au cours duquel un médecin assiste techniquement un confrère à distance. L'application la plus médiatisée, en matière de télé assistance médicale, est représentée par la télé chirurgie, et là l'acte médical piloté à distance par un médecin est illustré par la télé chirurgie. La télé assistance chirurgicale à distance a de multiples applications, allant de la formation des jeunes chirurgiens à la réalisation de véritables actes de soins. Elle est appelée à se développer dans les prochaines années pour des actes qui nécessitent la réunion à distance de plusieurs compétences chirurgicales. La télé chirurgie vise aussi à définir la place de la robotique dans l'acte chirurgical, notamment en microchirurgie cancérologique viscérale et elle pourra à terme améliorer la performance de certains actes réalisés aujourd'hui par cœlioscopie.

La télé assistance d'un manipulateur de radiologie isolé dans un établissement démuné de spécialistes sur place pendant les gardes par exemple en lui apportant l'aide d'un radiologue nécessaire à la réalisation d'un scanner, d'une IRM ou simplement d'une échographie.

La télé assistance d'un professionnel de santé médecin ou non médecin peut suivre une téléconsultation en neurologie afin de réaliser à distance une fibrinolyse chez un patient qui présente un AVC en attendant son transfert vers une unité neuro-vasculaire. Elle peut se



concevoir aussi en néphrologie pour aider une infirmière à conduire une séance de dialyse, ou en psychiatrie pour aider un patient au cours d'une téléconsultation spécialisée, ou aux urgences pré-hospitalière pour aider un professionnel de santé qui assiste une victime ou un patient en attendant l'arrivée d'un médecin.

Dans ces conditions, la télé assistance peut être optimisée par l'usage de la visioconférence surtout si elle vient en relais d'une téléconsultation ou d'une télé expertise.

- **La télé expertise**

Concerne un échange professionnel entre deux ou plusieurs médecins, soit par la concertation entre médecins, soit par la réponse d'un « médecin distant » sollicitée par le médecin en charge directe du patient. Elle n'est pas de nature intrinsèquement différente de la consultation spécialisée ou du deuxième avis. Elle ne s'en distingue que parce qu'elle s'effectue par la transmission électronique de données cliniques, biologiques et/ou d'imagerie et non pas par le déplacement du patient ou du « médecin distant ». La télé expertise est un exercice collectif de la médecine.

- **La télésurveillance**

Se distingue de la téléconsultation en ce sens qu'elle concerne un patient déjà connu par le médecin ou l'équipe soignante. Elle résulte de la transmission d'un ou plusieurs indicateurs physiologiques recueillis soit par le patient lui-même, soit par un autre professionnel de santé, soit par un auxiliaire de santé. Le médecin interprète ces données à distance et modifie la prise en charge, le cas échéant

La télésurveillance apporte des réponses adaptées au suivi de la plupart des maladies chroniques en évitant la multiplication des actes de consultation traditionnelle, en raccourcissant la durée des hospitalisations et leur caractère répétitif. Ce nouveau mode de prise en charge peut se révéler être plus efficace que le suivi traditionnel qui repose aujourd'hui sur des consultations périodiques et souvent courtes auprès du médecin traitant, pouvant se limiter parfois au seul renouvellement d'ordonnance.

L'ordre des médecins attire cependant l'attention sur l'analyse simpliste qui consiste à associer trop directement pratique de la télémédecine et zones appauvries en offre de soins. La médecine à distance doit bénéficier à tout patient, y compris en zone bien dotée, dès lors qu'elle est justifiée, notamment pour un diagnostic difficile. La télémédecine doit répondre à un besoin d'égalité d'accès aux soins et de l'amélioration de leur qualité et sécurité surtout qu'elle a l'avantage de raccourcir le temps d'accès et d'améliorer ainsi les chances d'un patient éloigné d'une structure de soins.

Les droits des patients s'imposent de la même manière dans les situations de télémédecine que dans le cadre classique et habituel des soins. La relation par télémédecine entre un patient et un médecin, même dans l'exercice collectif de la médecine, doit être personnalisée, c'est-à-dire reposer sur une connaissance

suffisante du patient et de ses antécédents et son consentement à ce nouveau mode d'exercice doit être obtenu. Le secret professionnel doit être garanti, ce qui oblige à un dispositif d'échange et de transmission qui soit parfaitement sécurisé.

Les obligations des médecins dans le contexte d'une pratique de la télémédecine résultent de l'application des règles communes de la déontologie médicale et il convient également de définir le champ de responsabilité de chaque professionnel participant à l'acte de télémédecine. Enfin, il faut garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques dans la communication à distance, tant pour ce qui est du recueil des données personnelles de santé du patient, leur transmission et leur traitement, que pour ce qui concerne les dispositifs technologiques. La télémédecine doit se réaliser avec un dispositif technologique fiable dont les médecins sont en partie responsables, en revanche, il faut refuser d'utiliser la télémédecine si la technologie est incertaine et si elle expose plus au risque d'erreur médicale.

L'ordre rappelle qu'en télémédecine, comme pour tout acte médical, chaque intervenant exerce dans le cadre des compétences attribuées à chaque profession dont l'exercice légal est réglementé. C'est dans ce cadre que le médecin comme tout professionnel de santé assume une responsabilité propre et une responsabilité solidaire. Ces responsabilités s'exercent d'abord vis-à-vis du patient pris en charge mais sont également partagées avec des confrères, d'autres professionnels de santé et des professionnels techniques avec lesquels le médecin coopère.

Cette boucle de télémédecine doit être centrée sur le patient qui doit librement y consentir. En particulier, en donnant un rôle central à l'échange informatisé d'informations, la pratique de la médecine à distance majore les contraintes de sécurité relatives à la confidentialité des données médicales.

Supports juridiques de la télémédecine

Deux questions qui se posent : quel statut pour les équipements technologiques et le contexte juridique et déontologique actuel y est-il favorable ?

Tout acte de télémédecine doit s'exercer dans un cadre formalisé, matérialisé par un contrat, comportant un protocole médical et technique de mise en œuvre et une description des relations entre les partenaires impliqués, ainsi qu'entre ces derniers et le patient. Le professionnel de santé qui participe à un acte de télémédecine doit être légalement habilité à exercer la profession en Tunisie et c'est aux organisateurs de la télémédecine de veiller au respect de cette obligation.

Un texte de loi et des décrets d'application devraient être élaborés en concertation entre le ministère de la santé, les industriels spécialisés, les associations de patients et les associations de professionnels de santé sachant que tout contrat ou convention concernant la pratique médicale devra être soumis au conseil de l'ordre des médecins territorialement compétentes pour avis et visa.



Il est aujourd'hui urgent et indispensable d'accélérer la mise en œuvre des composantes essentielles de ce système : identifiant de santé du patient, dossiers médicaux professionnels communicants à l'hôpital comme en ambulatoire, messageries sécurisées, voire des plates formes de services aux professionnels avec un système d'information de qualité pour contribuer à sécuriser les applications de télémédecine et espérer voir se développer cette télémédecine dans notre pays.

La réalisation d'un acte professionnel par télémédecine doit être reconnue et valorisée pour tous les médecins et autres professionnels qui y participent et ne doit pas s'apparenter à une pratique de dichotomie ou de compérage. Ensuite, c'est dans la pratique que les différents acteurs réaliseront le bien-fondé ou la nécessité de changement des différents paramètres et si la télémédecine nous offre sur le plateau de la technologie une extension de notre potentiel d'action au service de nos patients, rien ne remplacera le contact direct entre le patient et son médecin et la simple présence du praticien est déjà le début du traitement.

La pérennité des activités exige que les participants

puissent assumer les frais de fonctionnement de ces outils et notamment les frais de connexion internet et de soutien technique. L'exercice de la télémédecine se prête davantage à une rémunération au forfait qu'à une rémunération à l'acte, notamment pour la télésurveillance médicale. De même, la téléconsultation et la télé-expertise sont des exercices collaboratifs où plusieurs professionnels de santé participent à l'acte.

La rémunération à l'acte individuel n'est donc plus appropriée. Il faudra discuter la nécessité de partager les rémunérations de l'acte de télémédecine entre les professionnels de santé impliqués. Les expériences pilotes qui seront retenues dans les régions sous le contrôle des directions régionales de santé vont tester de nouveaux modes de rémunération. Il faut donc que les nouvelles organisations structurées par la télémédecine soient stabilisées pour en définir un mode de rémunération pérenne et éventuellement le prévoir dans la nomenclature des actes professionnels.

Dr. Slim Ben Salah

ÉVITONS LES DÉRIVES D'UNE MÉDECINE PAR TÉLÉPHONE

Tous les jours, les médecins de libre pratique sont confrontés à des prescriptions téléphoniques, parfois à de simples modifications de prescriptions, ou d'adaptations de posologies, et sont amenés aussi à donner des conseils à distance, alors qu'ils n'en ont en principe pas le droit, car l'examen clinique devrait rester un préalable à la prescription.

Dans la pratique de tous les jours, on trouve deux situations dans lesquels l'activité médicale téléphonique est concevable mais sous certaines conditions. La première, c'est lorsque le patient est connu du médecin et bien identifié par lui et que la télé prescription s'effectue peu après une consultation princeps avec interrogatoire examen clinique et prescription classique. La deuxième situation concerne la régulation médicalisée de la permanence des soins en cas d'urgence avec impossibilité de mener un examen physique par indisponibilité d'un médecin sur place ou par impossibilité de déplacer le patient ou par extrême urgence de la prescription et cela est fait en attendant l'envoi d'une équipe de transport médicalisé mais tout en sachant que cette prescription ou ce conseil, engagent pleinement la responsabilité du médecin.

Dr. Slim Ben Salah

EXERCICE DE LA MÉDECINE POUR LES CONFRÈRES ÉTRANGERS

Depuis près de deux ans, le conseil national de l'ordre des médecins reçoit de plus en plus de demandes d'autorisations d'exercice de la médecine et de demandes d'installation en Tunisie de la part de médecins étrangers, généralistes et spécialistes de nationalités différentes (marocaine, libyenne, française, syrienne,...). Ces demandes, nous parviennent soit directement de part les intéressés soit le plus souvent par le biais du ministère de la santé.

Compte tenu de l'importance que revêt ce mode d'exercice particulier, au regard de la législation tunisienne en vigueur, le profil professionnel du confrère étranger (compétences, inscription à l'Ordre de son pays, reconnaissance de son apport scientifique, problème de responsabilité en cas de litige, suivis des soins, relations avec ses confrères tunisiens,...) et afin d'éclairer le médecin étranger, désirant exercer dans notre pays, la mise au point suivante s'impose.

Le médecin étranger, ne peut exercer dans notre pays qu'après l'obtention d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre de la santé et le plus souvent après un avis du conseil national de l'ordre qui n'est que consultatif. Cette autorisation est toujours limitée dans le temps.

Dr. Kilani Chabbouh



LE TOURISME MÉDICAL ET LA CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

PROBLEMATIQUE D'ENSEMBLE

A l'instar des autres secteurs économiques de l'informatique, des technologies de communication, de télécommunication et de la recherche scientifique, la santé connaît un phénomène de mondialisation dû à des causes variées, parmi lesquelles on retrouve premièrement la cherté des prestations médicales et chirurgicales dans les pays occidentaux qui poussent les citoyens de ces nations à chercher ailleurs, pour un prix moindre, la même prestation notamment lorsque celle-ci n'est pas prise en charge par leur organisme d'assurance-maladie et deuxièmement les orientations des systèmes de santé de certains pays occidentaux, notamment en Grande-Bretagne.

La mondialisation du tourisme médical a été facilitée par les facteurs suivants :

- la révolution Internet qui, permet l'acheminement instantané de données textuelles, graphiques et audio visuelles: la consultation médicale à distance est ainsi « fiabilisée »
- la révolution digitale avec l'apparition d'appareils photo numériques permettant l'envoi rapide et facile de données photographiques
- la baisse des tarifs du transport aérien et des prestations touristiques
- l'existence de systèmes de santé performants dans les pays émergents avec des infrastructures hospitalières modernes et un corps médical et paramédical compétent.

L'offre de soins, cantonnée initialement à des opérations de chirurgie esthétique s'est diversifiée et plusieurs pays émergents proposent d'autres actes médicaux et chirurgicaux dans le domaine de l'orthopédie, de la chirurgie, de l'ophtalmologie, de la cardiologie interventionnelle, de la neuro-chirurgie, de la gynécologie et de la médecine dentaire.

COMPOSANTES DU SERVICE MEDICO-TOURISTIQUE

Le service médico-touristique se compose de plusieurs prestations dont le transport, l'accueil, l'hébergement hospitalier et hôtelier, l'acte médical ou chirurgical et les loisirs pendant la période de convalescence et chaque prestation relève d'un acteur spécialisé. L'acte médical ou chirurgical relève du médecin et du chirurgien, l'hébergement hospitalier relève de l'hôpital ou de la clinique, le transport, l'accueil et les loisirs d'une agence de voyages et l'hébergement relève d'un hôtel ou d'une autre forme d'hébergement homologuée.

Quatre acteurs interviennent donc sur la prestation de tourisme médical et en garantissent la qualité et le professionnalisme. Il est évident qu'aucun des intervenants à lui seul n'est capable d'assurer une prestation médico-touristique de qualité. Ce tourisme médical ne peut pas être appréhendé et conçu comme un produit touristique de masse dans la mesure où le cœur du produit reste l'acte médical ou chirurgical avec leurs risques inhérents, ce qui impose une collaboration parfaite entre les plus compétents des chirurgiens et des opérateurs touristiques avec un respect par tous de la déontologie médicale et une prise en charge et une assistance spécifiques du patient/touriste qui doit être considéré comme un « VIP » et bénéficier d'un traitement particulier et individualisé.

Dans ce qui suit, il sera exclusivement traité de certains aspects de la pratique de la chirurgie plastique et esthétique en Tunisie qui ont pu poser problème dans un passé récent.

LA CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHÉTIQUE

1- Démographie des médecins spécialistes : offre de service

En Tunisie, le nombre de chirurgiens pratiquant la C.P.E. est au nombre de 125 (septembre 2012) dont 78 diplômés en chirurgie maxillo-faciale et 47 en chirurgie plastique et esthétique ; auxquels il convient d'ajouter d'autres spécialistes (ophtalmologue, chirurgien viscéral, ORL, orthopédiste...) qui pratiquent la C.P.E. dans le cadre des compétences qui leur sont reconnues.

En vue d'éviter des équivoques concernant les champs d'activités de ces intervenants, il est recommandé ce qui suit :

- à l'avenir et à dater de l'année 2002 où les premiers diplômés en C.P.E. ont été délivrés, ne seront reconnus comme spécialistes que les titulaires du dit diplôme ;
- les diplômés en chirurgie maxillo-faciale antérieurement à l'année 2001 pourront, à leur demande et après étude de leur dossier par la commission des spécialités, se voir reconnus comme compétents en chirurgie plastique et esthétique ;



- les diplômés en chirurgie maxillo-faciale, stomatologie (postérieurement à 2001) ORL, ophtalmologie, gynécologie-obstétrique, du chirurgien pourront exercer la chirurgie esthétique dans le cadre de la spécialité dans laquelle ils sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

2- Formation

Une révision des cursus d'autant plus nécessaire que :

- Ce dernier ne couvre pas tous les domaines de formation ; il existerait des lacunes concernant l'apprentissage des gestes et interventions courantes de C.P.E. (discordance entre la pratique /la demande du public et la formation hospitalo-universitaire ; absence du profil...) ;
- Les possibilités de formation complémentaire à l'étranger, particulièrement en France, s'amenuisent du fait notamment de certaines tensions ;
- le secteur hospitalo-universitaire est déserté, la plupart des diplômés préférant exercer dans le secteur privé, or le développement des prestations en C.P.E. (à des tunisiens et aux étrangers) nécessite une action urgente pour éviter – à terme – l'inadéquation entre offre de services (insuffisante)/ demande de soins.

Le collège de C.P.E. est appelé à se pencher, en coordination avec l'association de C.P.E., sur ce problème.

3- Compétences du médecin spécialiste en médecine esthétique

Les seuls « actes opératoires » que ce dernier sera habilité à pratiquer sont : l'injection de produits de comblement des rides, le peeling, les traitements dermatologiques par laser, la mésothérapie, les tatouages et la greffe de cheveux.

Les autres types d'intervention esthétique y compris la liposuction, n'entrent pas dans son domaine de compétence.

4- Tarification des actes, nomenclature :

Une nomenclature pour les actes courants de C.P.E. est proposée, la tarification du Kc sera celle recommandée par les organismes habilités à cet effet (caisses d'assurance-maladie, conseil national de l'ordre des médecins et syndicats).

Tout en rappelant que la plupart des actes de chirurgie plastique et esthétique ne donnent lieu à remboursement que dans des circonstances particulières, la commission recommande, qu'après étude, il soit procédé à la diffusion de la nomenclature et de la tarification auprès des publics intéressés (médecins, cliniques, caisse d'assurances) et à son inclusion dans la prochaine révision de la nomenclature des actes médicaux.

STRATEGIES A METTRE EN ŒUVRE

1. Conditions de réussite :

Le tourisme médical est un produit fondé sur la confiance. Pour parvenir à gagner la confiance du client étranger, il faut garantir une prestation de service de qualité conforme à ses attentes à toutes les étapes du séjour en Tunisie. Ceci nécessite une coordination minutieuse entre les différents intervenants (chirurgiens, cliniques, agence de voyages, hôtelier).

Pour parvenir à assurer une qualité de service optimale, chacun des acteurs sus-indiqués doit se concentrer sur son métier de base et travailler en harmonie avec son partenaire complémentaire. L'agence de voyage a un rôle déterminant dans l'organisation du séjour en assistant le client dans toutes ses démarches et en assurant la liaison entre l'équipe médicale et le patient pendant toute la durée de son séjour. Ceci permet non seulement d'assurer une qualité optimale des services offerts mais aussi d'éviter toute anomalie dans la prestation.

2. Actions à entreprendre :

Elles sont les suivantes :

- Créer un cahier des charges pour les organisateurs (en particulier agences de voyages et cliniques) des séjours médicaux et attribuer des « certificats d'aptitude professionnelle en tourisme médical » aux opérateurs et agences qui seront habilités à assurer ce genre d'assistance ;
- Exiger des tours opérateurs souhaitant commercialiser ce genre de tourisme en Tunisie de déclarer le nom de leur réceptif, qui doit lui-même avoir obtenu « le certificat d'aptitude professionnelle en tourisme médical » ;
- Créer une commission de suivi et d'arbitrage (comprenant des représentants des professionnels de la santé et du tourisme), chargée d'évaluer la qualité des services fournis et d'assister les patients/touristes en cas de réclamation;
- Organiser un cadre juridique permettant aux patients d'avoir recours à la voie légale en cas de litiges

(complications médicales...) ; ces derniers étant de la compétence, des autorités tunisiennes (en particulier du conseil national de l'Ordre des médecins) ;

- Promouvoir l'image de la Tunisie en tant que destination de tourisme médical de qualité par le biais des représentations à l'étranger de l'Office National du Tourisme Tunisien (plaquette, dépliants, portail ...).

3. Stratégies et moyens :

Les règles d'exercice de la chirurgie esthétique en Tunisie, inspirées de celles instaurées en France par la loi du 2 mars 2002, seront codifiées en respectant le libre choix d'un chirurgien qualifié avec la possibilité de le consulter à plusieurs reprises soit par contact direct ou via Internet, mais en respectant aussi un délai de réflexion minimal de 15 jours et un consentement éclairé et devis signé par les deux parties. Le devis inclut le coût du bilan pré-opératoire, ceux de l'acte opératoire, du suivi post-opératoire et de l'anesthésie ainsi que le séjour en clinique (outre le coût du voyage et celui de l'hôtel).

Les honoraires des médecins devront être individualisées (et leur seront versées directement) ; ces derniers s'engagent à ne pas concéder de ristourne/commission à d'éventuels intermédiaires.

Quant aux cliniques répondant aux normes internationales, elles existent en Tunisie avec un plateau technique disposant des installations et de tous les moyens humains et matériels l'habilitant à la prise en charge en pré, per, post-opératoires des patients demandeurs de prestations de chirurgie esthétique avec une anesthésie par un médecin spécialiste, réanimation et assistance post-opératoire par des équipes compétentes et dans des locaux appropriés munis des équipements adéquats, une intervention pratiquée dans une salle d'opération conforme aux normes, par un chirurgien compétent en chirurgie plastique et reconstructrice assurant lui-même la prise en charge post-opératoire et la prise en charge des suites opératoires et d'éventuelles complications dans la clinique. Il est entendu que l'ensemble des intervenants doivent contracter des contrats d'assurance en responsabilité civile (chirurgien, établissement sanitaire et tour-opérateur)

RESPONSABILITES ET ROLES :

1. La clinique, représenté par son directeur, s'il est médecin (ou à défaut son directeur technique) diffuse, – par des canaux tels que plaquettes, site Internet –, une offre de services, incluant les moyens logistiques, les partenariats (avec des médecins spécialisés en chirurgie plastique et esthétique et des agences spécialisées) ; son expérience (nationale et internationale) dans le domaine.

Par ailleurs, elle s'engage à veiller au respect des normes de qualité de confort, de sécurité et de confidentialité, exigées par ce type de prestations.

2. L'agence de voyage spécialisée, agréée à pratiquer le tourisme médical, liée par un contrat de services avec les autres partenaires (en particulier avec la clinique) s'engage à prendre en charge l'organisation de la totalité du séjour particulièrement les aspects liés aux soins, à l'accueil du patient à l'arrivée, son transport (à l'entrée et à la sortie de la clinique ainsi que pour les soins post opératoires effectuées à la clinique...). L'organisation des aspects purement touristiques du séjour tiendront compte des impératifs – y compris psychologiques– des prestations médicales.

3. Le médecin spécialiste contacté par le patient personnellement généralement via un site Internet ou par l'intermédiaire de la clinique, se charge d'examiner le dossier médical du patient (formulaire rempli par le patient avec photos et nature de la demande de soins), de lui communiquer ses propositions concernant la nature des prestations, accompagnées d'un devis détaillé. Il assure l'échange de courriel et répond à ses autres demandes. Il reçoit dans un délai de 15 jours au moins le consentement écrit du patient pour l'intervention proposée et à l'arrivée du malade en Tunisie, il pratique un examen complet et réévalue la situation quant à la nature et aux modalités de l'intervention, voir même son annulation. Il pratique l'intervention selon les normes recommandées par les consensus internationaux et assure le suivi post-opératoire à court terme au cours du séjour en clinique (2-3 jours sauf complication) ; et hors cette dernière à l'hôtel (5-6 jours sauf complication) et avant le retour du patient dans son foyer, il lui délivre une copie de son dossier médical, y inclus le compte rendu opératoire et les recommandations pour le suivi. Il assure le suivi à long terme, par courriel ou l'idéal par le canal d'un confrère « correspondant » dans le pays d'origine du client et si nécessaire il organise et coordonne le déplacement du patient en Tunisie pour examen et suivi surtout si des complications retardées surviennent. Il veille au respect de la déontologie médicale et notamment la confidentialité et le secret.

Dr. Mounir Youssef Makni



FACTICITÉ DES RÉFORMES ET GASPILLAGE DES DENIERS PUBLICS

Le décret 2012-1709 du 6 septembre rajoute une nouvelle structure de santé dans le paysage juridique tunisien. Il s'agit de l'agence nationale de l'évaluation de la qualité des services de santé. Directement transposée du droit comparé, et notamment de la Haute autorité de santé française, cette nouvelle structure suscite plus d'une critique.

Prévue par nul texte antérieur, ne répondant pas -malgré sa dénomination trompeuse- à l'exigence d'indépendance totale d'une agence d'expertise, cette nouvelle structure fait tache, sa création apparaissant comme précipitée, déconnectée et tronquée.

Au titre de sa mission de certification des établissements de santé, l'Agence est chargée :

- D'évaluer la qualité des services de santé
- Mettre en œuvre la procédure de certification dans les établissements de santé et certifier ces établissements sur le rapport d'experts
- D'élaborer des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles avec le concours des professionnels et organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de les valider
- De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation.

Ainsi les missions d'évaluation d'établissements de santé par l'Agence aboutiront le cas échéant à ce qu'on nomme la « certification ». Le terme de « certification », préféré par le texte tunisien à celui d'« accréditation », est défini par la Haute Autorité de Santé française comme le « dispositif visant à améliorer la qualité des soins fournis par les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, etc.) et à mettre à disposition du public une information sur la qualité des prestations délivrées par ces établissements ».

L'accréditation, c'est la reconnaissance par un organisme d'accréditation national de la conformité d'un établissement de santé à des normes d'accréditation et ce, sur la base d'une évaluation externe et indépendante par des pairs de son activité, de ses démarches, de sa performance par rapport à des normes préétablies, généralement par ce même organisme d'accréditation.

Le processus de certification doit aboutir, d'après le texte, à l'attribution d'un « certificat intégral d'activité » pour une durée de cinq ans et à une contractualisation de l'établissement certifié. Et là deux mots clés fondent toute démarche de certification : l'indépendance de l'organisme et l'expertise de ses membres. Si nous ne pouvons d'avance préjuger de l'expertise des futurs membres, nous sommes par contre convaincus de l'inexistence de l'indépendance de cette nouvelle structure. Le texte -et ses rédacteurs- n'a pas su s'affranchir des velléités de bureaucratie et de rattachement au centre. L'Agence est un établissement public soumis à la tutelle de l'Etat et dépendant de ses nominations et subventions.

Au regard de son organisation interne, « Collège d'experts », « Bureau technique consultatif », « Bureau technique consultatif de l'évaluation » sont autant de structures pompeuses et opaques mises en place par le texte, qui ne garantiront pas l'indépendance organique de l'Agence, surtout qu'ils sont partiellement composés d'agents publics (médecins chefs de service, médecin de la santé publique, infirmiers, pharmaciens hospitaliers...).

D'un autre côté, l'« Agence » fonctionnera sur la base de réseaux d'experts qui ne sont autres que des personnels d'établissements publics ou privés. Que de conflits d'intérêts en perspective.

Les pouvoirs publics, l'Etat en l'occurrence puisqu'il s'agit d'un décret, semblent avoir perdu quelque peu le sens des réalités pour décider en ces moments où l'austérité budgétaire devrait guider leurs choix, de la création d'une structure publique supplémentaire. C'est en effet un secret de polichinelle que les établissements publics ne fonctionnent que grâce aux subventions publiques. Si légère que l'on voudrait qu'elle fût, l'Agence aura besoin d'un minimum d'agents permanents.

Dans ce schéma déconnecté des évolutions en cours de fonctionnement des administrations et de l'Etat, nous nous interrogeons : qu'apportera de nouveau ce texte en matière de qualité des services de santé ?

L'accréditation et son corollaire la certification des établissements de santé, des protocoles de soins font partie des grandes réformes prônées par les institutions internationales en matière de santé, dont la plus connue est la réforme hospitalière dont l'application, en ces temps de déliquescence de l'Etat, nombre de dérives : dérégulation quasi totale du secteur au regard de la concurrence public-privé, délabrement croissant du secteur public et marchandisation de la santé (encouragement à outrance des hôpitaux privés, exportations du personnel de soins, tourisme médical...).

Véritable fuite en avant, ce texte pompeux ne fera qu'aggraver la situation aujourd'hui désastreuse de la santé publique en Tunisie. Des remèdes clairs et simples existent pourtant : appliquer les textes, donner les moyens (matériels et financiers) aux hôpitaux et à leur personnel d'accomplir leurs missions essentielles, réguler un secteur privé dévastateur et limiter l'hémorragie des compétences vers lui. Mais la simplicité et la clarté des choix manquent sans doute de panache.

Dernier mal et non des moindres : les doubles emplois des missions de cette nouvelle structure avec certaines missions des directions du ministère de tutelle : « Qualité », « Etablissements de santé », « recherche médicale », censées évaluer la gestion générale des structures sanitaires publiques et la qualité des prestations, actualiser les procédures, les coûts et les tarifs de ces prestations et même auditer les performances gestionnaires de ces structures (Article 26 quater du décret n°81-793 du 9 juin 1981 portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique plusieurs fois modifiés notamment par le décret n°2006-746 du 13 mars 2006 et le décret n°2007-3017 du 27 novembre 2007).

Exemple parmi d'autres de la mauvaise création juridique et de la sous utilisation des textes existants (dispositions de la loi 91-63 relatives à l'égalité, à la carte sanitaire, aux soins palliatifs; Règlement général intérieur des hôpitaux; Charte du patient hospitalisé...), le décret 2012-1709 est le parfait contre exemple de ce qu'écrivait Portalis, à savoir « qu'il faut être sobre de nouveautés en matière de législation, parce que s'il est possible, dans une institution nouvelle, de calculer les avantages que la théorie nous offre, il ne l'est pas de connaître tous les inconvénients que la pratique seule peut découvrir »

Pr. Amel Aouij Mrad

Présidente de l'Association tunisienne de droit de la santé



DE LA PRÉCIPITATION. Ô COMBIEN PRÉJUDICIALE

Voici la réponse du conseil national de l'ordre des médecins qui a été envoyée au ministre de la santé avant la parution du décret 2012-1709 du 6 septembre 2012 et à notre grande surprise le texte est promulgué dans la précipitation et sans changer un mot :

[« Le document proposant l'architecture d'une agence d'évaluation et de certification des établissements de santé nous inspire les plus extrêmes réserves en raison des nombreuses questions qu'il pose :

1. Une question de lisibilité des choix

On sait que les dernières années précédant la révolution le gouvernement s'est délibérément engagé dans une politique de promotion et d'encouragement au-dedans comme pour le dehors de la marchandisation des prestations de soins.

L'idée d'une agence « d'évaluation et d'accréditation » et la référence même à la haute autorité française de santé, s'inscrivaient tout à fait officiellement dans cette doctrine.

2. Une question d'opportunité

Alors même que la parole libérée du citoyen s'inquiète des disparités et des inégalités des services de soins offerts, alors même que la mise à niveau du secteur public est toujours en chantier, la création d'un dispositif discriminant, fut-ce par le haut est-elle de nature à rassurer ?.

3. Une question de crédibilité

Un principe constant de droit veut que toute instance appelée à expertiser ou à livrer un jugement décisionnaire soit indépendante dans sa structuration, dans son fonctionnement et dans la gestion de ses ressources humaines et de ses moyens.

Tel n'est pas le cas dans le projet proposé : Tout procède du ministère de la santé. De ce fait si une expertise concerne le secteur public le conflit d'intérêts est évident ; si elle concerne le secteur privé les éventuelles mises en cause désigneront la tutelle et non pas l'agence.

4. Une question d'efficacité

L'organigramme de l'agence, les prérogatives de décision dans un seul cas et simplement consultatifs dans tous les autres, la multiplicité des niveaux de compétence et d'interventions nous laissent perplexes quant à la possibilité même d'une cohérence opérationnelle.

5. Une question de points à expliciter

Nous ne situons pas la mission de la « direction de la communication et de l'information du public » (de surcroît dotée d'un service de presse) dans les principes de fonctionnement de l'agence.

Et enfin qu'entend-t-on par « personnalités étrangères » à propos du comité technique consultatif ? »]

Les conseils nationaux de l'Ordre des médecins et des médecins dentistes ont publié dans la presse nationale un communiqué conjoint suite à la sortie du décret portant création d'un comité national de certification des prestations de santé au journal officiel n°72 du 11 septembre 2012 (voir le texte intégral du communiqué en page 39 du présent bulletin).

INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) est sollicité par le Comité National d'Ethique Médicale pour donner son avis concernant les éventuelles modifications à apporter aux textes législatifs actuellement en vigueur en Tunisie et régissant la pratique de l'interruption de la grossesse pour une indication médicale (IMG).

PROBLÉMATIQUE

La pratique de l'IMG est actuellement régie par l'article 214 du code pénal tunisien, modifié par la loi N° 65/24 du 1er juillet 1965 et par le décret-loi N° 73-2 du 26 septembre 1973 adopté par la loi N° 73-57 du 19 novembre 1973 qui est cité un peu plus loin dans l'article suivant en page 25 et qui comporte beaucoup d'insuffisances qui sont à l'origine des problèmes rencontrés en pratique quotidienne, elles concernent :

1. L'incertitude du diagnostic ou du pronostic dans certaines situations de demande d'IMG en rapport avec l'état du fœtus. Selon les textes actuels, l'acceptation de la demande d'IMG peut être faite par un seul médecin.
2. La possibilité de naissance d'un enfant vivant et viable en cas d'IMG pour une indication non létale à un terme dit avancé c'est-à-dire au delà de 24 SA. Dans ce cas, procéder à l'IMG équivaut à alourdir le handicap de l'enfant par une prématurité iatrogène et s'abstenir de donner les soins nécessaires à la naissance équivaut à un infanticide.
3. Le flou concernant une éventuelle limite chronologique d'âge gestationnel pour la pratique de l'IMG. Le texte législatif stipule : " *Postérieurement aux trois mois ...* ". A titre indicatif, en France, les textes en vigueur autorisent l'IMG "sans limite chronologique".
4. L'absence de données et de statistiques régionales ou nationales concernant les anomalies fœtales et leur issue.

PROPOSITIONS

Le CNOM appuie les propositions suivantes pour les 4 problèmes ci-dessus :

1. Création de comités décisionnels multidisciplinaires, sous la forme de staffs de diagnostic prénatal, au moins au sein des quatre facultés de médecine dans une première étape.
2. Légaliser le foeticide avec un encadrement juridique strict (modalités techniques, lieu de la procédure, terme ...).
3. Préciser dans les textes l'absence de limite chronologique d'âge gestationnel pour la pratique d'IMG.
4. La tenue par les comités décisionnels multidisciplinaires de registres des anomalies fœtales.

Dr. Nabil Ben Zineb



MÉTHODE « MÉDICAMENTEUSE » DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Au cours des dernières années, les méthodes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) se sont développées et en plus de la méthode instrumentale classique dite "chirurgicale", pratiquée exclusivement dans un établissement de santé avec le recours à une anesthésie, l'IVG peut maintenant être réalisée par deux prises éloignées de 48 heures de deux médicaments, l'un interrompant la grossesse, l'autre provoquant des contractions utérines et l'expulsion de l'embryon.

Cette nouvelle méthode médicale dite aussi "médicamenteuse" est actuellement largement pratiquée en médecine de ville, bien qu'elle transgresse les termes des textes juridiques en vigueur, en permettant notamment de pratiquer l'IVG sans hospitalisation.

En effet, l'article 214 du code pénal tunisien, modifié par la loi N° 65/24 du 1er juillet 1965 et par le décret-loi N° 73-2 du 26 septembre 1973 adopté par la loi N° 73-57 du 19 novembre 1973 stipule :

"Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de dix mille dinars ou de l'une de ces deux peines seulement.

Sera punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de deux mille dinars ou de l'une de ces deux peines seulement, la femme qui se sera procurée l'avortement ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.

L'interruption artificielle de la grossesse est autorisée lorsqu'elle intervient dans les trois premiers mois dans un établissement hospitalier ou sanitaire ou dans une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession.

Postérieurement aux trois mois, l'interruption de la grossesse peut aussi être pratiquée, lorsque la santé de la mère ou son équilibre psychique risquent d'être compromis par la continuation de la grossesse ou encore lorsque l'enfant à naître risquerait de souffrir d'une maladie ou d'une infirmité grave. Dans ce cas, elle doit intervenir dans un établissement agréé à cet effet.

L'interruption visée à l'alinéa précédent doit avoir lieu sur présentation d'un rapport du médecin traitant au médecin devant effectuer ladite interruption."

Sur le plan strictement médical, il est évident que la pratique de l'IVG sans hospitalisation expose aux risques de survenue de complications à domicile, surtout d'ordre hémorragique, d'autant plus dramatiques que la patiente est éloignée des centres médicaux, ou qu'il s'agit d'une femme en difficulté procédant à l'IVG par automédication ou à l'insu de son entourage. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse n'est donc pas anodine et nécessite toujours un accompagnement médical et psychologique.

La promulgation d'un texte législatif spécifique pour encadrer la pratique de l'IVG médicamenteuse est ainsi devenue indispensable pour protéger à la fois les professionnels de santé et les patientes des insuffisances de l'article 214 du code pénal tunisien, et pour que toute femme puisse jouir en toute légalité et liberté du droit de décider elle-même d'interrompre sa grossesse et de choisir la méthode chirurgicale ou médicamenteuse.

Enfin le remboursement intégral des différents contraceptifs par la CNAM nous semble une bonne mesure préventive contre le recours abusif à l'IVG en Tunisie, d'autant plus que l'Office National de la Famille et de la Population n'a plus le monopole du marché des contraceptifs.

Dr. Nabil Ben Zineb



PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX DE L'IVG

Nous vous rapportons des résumés succins de 4 affaires portées devant les instances judiciaires avec des jugements parfois contradictoires que nous ferons suivre de commentaires et conseils.

1^{ère} affaire : concerne une interruption volontaire de grossesse (IVG) pratiquée sur une grossesse de 2 mois et qui s'est compliquée par une perforation utérine et par aspiration d'une anse intestinale. Une laparotomie pratiquée en urgence permet le traitement des lésions avec des suites opératoires simples. L'expertise médicale reconnaît qu'il s'agit d'une complication possible qui a été diagnostiquée à temps et correctement prise en charge. Le jugement rendu était un non lieu.

2^{ème} affaire : concerne aussi une perforation utérine au cours d'une IVG et une aspiration des anses intestinales. Le jugement rendu était une peine d'emprisonnement avec sursis.

3^{ème} affaire : C'est un avortement provoqué d'une grossesse au-delà des trois premiers mois dans un cabinet médical privé qui s'est compliqué d'une hémorragie et puis du décès de la femme. Le jugement rendu était une peine d'emprisonnement ferme.

4^{ème} affaire : Il s'agit d'un avortement tardif dans une clinique privée avec le décès du nouveau-né par suffocation suivi de la destruction du corps par incinération. Le jugement rendu était une lourde peine d'emprisonnement ferme.

Commentaires

L'IVG est une pratique courante et quotidienne dans les établissements sanitaires publics et privés de notre pays. Sur le plan pratique deux techniques sont actuellement utilisées, la première méthode est médicamenteuse avec une association de mifépristone et de misoprostol et un taux de succès dépassant les 95% quand l'IVG est réalisée durant les 56 premiers jours d'aménorrhée. La deuxième méthode est chirurgicale dite aussi curetage aspiratif qui nécessite une anesthésie, une dilatation cervicale, une aspiration de l'oeuf et une vérification de la vacuité utérine.

Dans tous les cas, il faut vérifier le produit d'aspiration par un examen macroscopique cherchant l'aspect chevelu caractéristique du trophoblaste et au moindre doute l'adresser pour un examen anatomo-pathologiste.

Du point de vue légal, l'article 214 du code pénal, tel qu'il a été modifié par le décret-loi n°73-2 du 26 septembre 1973, autorise l'IVG en Tunisie au cours des trois premiers mois, sous des conditions strictes : elle doit être pratiquée obligatoirement par un médecin exerçant légalement sa profession, dans un établissement sanitaire public ou privé agréé. Quant à l'article 40 du code de déontologie médicale, il stipule qu'il ne peut être procédé à une

interruption de grossesse que dans les cas et conditions prévus par la législation en vigueur.

Les principales fautes médicales liées à la pratique des IVG sont en premier lieu les infractions aux dispositions légales concernant l'avortement. La loi tunisienne limite l'IVG aux 3 premiers mois de grossesse et la conversion des mois de grossesse en semaines d'aménorrhée est sujette à des écarts d'interprétation et mieux vaut ne pas dépasser 14 SA pour ne pas s'exposer à ce risque et la plupart des structures sanitaires publiques évitent la réalisation d'une IVG au-delà de 10 SA en raison de la fréquence grandissante des difficultés techniques et des complications après cette limite d'âge gestationnel.

La deuxième infraction concerne le lieu où est réalisé l'IVG qui doit être un établissement agréé pour la pratique d'une IVG sous anesthésie et le simple cabinet médical n'en est pas un. La troisième infraction concerne qui est habilité à faire une IVG. Ces actes sont pratiqués par un médecin exerçant légalement sa profession, habituellement réservés aux spécialistes en gynécologie-obstétrique mais un médecin généraliste peut effectuer une IVG s'il dispose de l'expérience requise. En revanche il peut être amené à justifier de sa compétence notamment en cas de survenue de complications.

Les autres infractions sont en rapport avec la survenue de complications et avec leurs gestions. Les complications immédiates doivent être détectées et prises en charge rapidement et une méconnaissance ou une mauvaise gestion des complications engagent la responsabilité du médecin. La patiente doit être informée de la possibilité de survenue d'une complication immédiate et/ou tardive, la survenue d'une synéchie utérine n'est pas considérée comme faute médicale chez une patiente informée et avertie, par contre un défaut de surveillance dans les suites immédiates en cas d'avortement médicamenteux ou l'absence de vérification de la vacuité utérine dans les cas douteux peuvent constituer une faute médicale.

C'est aussi le cas si un examen anatomopathologique du produit d'avortement n'a pas été pratiqué devant un aspect vésiculaire du produit d'aspiration ou simplement devant un produit d'aspiration très insuffisant par rapport à l'aménorrhée ou devant un aspect échographique d'un sac gestationnel anormal qui aurait pu suspecter une grossesse extra-utérine à son début préservant ainsi la fertilité et le pronostic vital si traité précocement. Par contre l'échec de l'IVG et la poursuite de la grossesse avec la naissance d'un enfant vivant n'est considérée comme préjudice que si ce dernier est anormalement constitué.

Enfin comme pour tout acte médical, le consentement écrit du tuteur légal est obligatoire pour les mineures et l'absence de cette autorisation constitue une faute professionnelle condamnable.

Dr. Nabil Ben Zineb



EXCISION ET MUTILATION SEXUELLE FÉMININE

Le conseil national de l'ordre des médecins et les facultés de médecine de Tunisie dénoncent les propos tenus par le prédicateur Wajdi Ghenim, lors de ses conférences et/ou interventions dans les médias, dans les quels il qualifie l'excision de pratique religieuse.

Ces propos constituent un appel à porter atteinte à l'intégrité physique des filles et des femmes. L'excision est une mutilation sexuelle féminine internationalement considérée comme une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes et une violation de leurs droits à la santé.

Le conseil national de l'ordre des médecins et les facultés de médecine de Tunisie sollicitent les autorités religieuses officielles et notamment Monsieur le Mufti de la République, pour une prise de position officielle dénonçant l'excision afin de protéger nos enfants et d'éviter que cette pratique ne puisse être instituée sous un couvert religieux.

Le conseil national de l'ordre des médecins et les facultés de médecine de Tunisie demandent aux autorités d'empêcher immédiatement la poursuite du programme de ces prêches qui incarnent en outre une incitation à la haine et un appel à la violence.

Le conseil national de l'ordre des médecins rappelle enfin que la participation du personnel médical à de telles pratiques est passible de poursuites pénales et disciplinaires.

Communiqué publié le 15 Février 2012 sur la presse nationale

A PROPOS DES CERTIFICATS MÉDICAUX DE COMPLAISANCE

Les conseils de l'ordre des médecins sont fréquemment saisis de plaintes relatives à des certificats d'arrêt de travail pour maladie ou de certificat médical initial dont les plaignants contestent le bien-fondé de leur contenu et pointent du doigt, témoignages et constats à l'appui, la complaisance, voire la complicité du médecin avec une partie adverse.

Le conseil national, tout en étant conscient de la complexité des situations auxquelles les praticiens sont confrontés ainsi que de la multiplicité et de l'intrication des facteurs qui les génèrent, appelle les médecins à faire preuve de mesure et de discernement et les incite à s'en tenir à leur domaine spécifique de compétence et à formuler leurs conclusions sur les éléments objectifs de l'examen médical.

La rédaction du certificat médical initial répond à quelques règles fondamentales dont la précision de l'identité exacte de la victime, de la date et heure de l'examen, du rappel des faits selon les dires du malade si possible en ses propres termes, tout en veillant à les mettre au conditionnel. Les données de l'examen clinique seront également consignées avec le plus de précision et de détail ainsi que les conclusions des examens complémentaires et des traitements entrepris en plus de l'estimation de la durée d'incapacité temporaire ou d'arrêt de travail et là, nous invitons les confrères à plus de réalisme dans cette estimation.

Le certificat comporte habituellement la formulation « remis en mains propres pour ... » et là nous attirons l'attention des collègues que des cas de substitution d'identité ont été rapportés avec simulation par exemple d'un lumbago très algique nécessitant un repos stricte au lit alors que le bénéficiaire de cet arrêt de maladie était déjà incarcéré et c'était son employeur qui avait porté plainte.

Une autre affaire est actuellement en cours d'instruction dans plusieurs juridictions et concerne plusieurs médecins dont trois exerçant à l'hôpital régional de Gafsa et qui auraient délivrés à eux seuls 1018 certificats médicaux pour des prétendus blessés de la révolution et ce plusieurs mois après la révolution de janvier 2011 et dont 881 ne sont même pas enregistrés sur les dossiers de l'hôpital alors qu'ils sont délivrés par un médecin anesthésiste réanimateur (912 certificats), par un chirurgien (52 certificats) et par un orthopédiste (54 certificats). Ils ont essuyé tous les trois la révocation de leurs postes respectifs par le conseil de discipline du ministère de la santé.

Nous rappelons ici qu'en cas de déclaration mensongère avérée, fût-elle « vertueuse », le praticien s'expose à des sanctions non seulement disciplinaire de la juridiction ordinaire, mais aussi pénales avec des amendes voire même un emprisonnement ferme allant jusqu'à cinq ans s'il est prouvé que l'acte est mue par des raisons mercantiles, un don ou une promesse, sans compter qu'un comportement systématiquement laxiste vaut généralement à son auteur sarcasmes et réprobation de la part de ses collègues et patients et parfois même de la part des bénéficiaires eux-mêmes. Il peut même arriver que ces derniers, mis en difficulté par les juges, arguent de la complicité active du médecin.

Le conseil national rappelle à tous les confrères, les fondements et préceptes de notre exercice qui sont l'engagement auprès du malade, la compassion, l'empathie mais aussi l'objectivité et la mesure, tout en veillant à ne pas perturber l'équilibre social et à ne pas brouiller l'image de notre noble profession.

La Rédaction



CONFRATERNITÉ - DIFFÉRENDS & CONCILIATION

La confraternité n'est pas du corporatisme

Le corps médical est uni par un état d'esprit commun, celui d'une profession de responsabilité et d'action, par une formation intellectuelle particulière, alliant science et humanisme, et notamment par une communauté d'idéaux.

Il ne s'agit pas d'une manifestation de corporatisme mais d'une solidarité et d'une entraide nécessaires à l'accomplissement de la mission médicale. Les médecins ont besoin les uns des autres, en complémentarité, non seulement au chevet des malades, mais aussi dans le domaine de la prévention, dans l'accès aux avantages sociaux, dans la reconnaissance des droits de leurs patients. Les médecins doivent donc se connaître et savoir travailler ensemble, sans que la bonne entente entre eux ne devienne une connivence au détriment du malade.

Au moment de son installation le médecin a tout à gagner en se présentant à ses confrères voisins généralistes et spécialistes et à nouer des relations avec les établissements d'hospitalisation de la région. Les rencontres entre médecins dans le cadre des réunions scientifiques, professionnelles ou amicales, sont bénéfiques et permettent d'améliorer les rapports de bonne confraternité pour mieux servir les intérêts des patients.

Cette confraternité de principe doit se concrétiser par des attitudes et des comportements clairs, en particulier devant les patients. Lorsqu'un médecin croit découvrir une erreur commise par un confrère, le mieux serait d'entrer en contact avec lui et d'échanger les points de vue. Le patient ne doit jamais être ni l'objet ni même le témoin d'affrontements entre praticiens. Le médecin ne doit jamais se faire l'écho de propos de nature à nuire à un confrère dans l'exercice de sa profession, mais plutôt prendre sa défense s'il est injustement attaqué (*).

En toutes circonstances et en dépit des difficultés rencontrées par le médecin, la dignité et la retenue restent aux yeux des patients des sources de considération et de confiance.

Les Différends entre médecins

Les origines des désaccords entre médecins sont

multiples. Ils peuvent, du fait de leur importance, être portés devant les juridictions disciplinaires, voire civiles ou administratives. Compte tenu de l'implication de nombreux facteurs dans les situations litigieuses et de leurs intrications il est souvent nécessaire, dans un souci de clarification, de recueillir les avis et conseils d'une personne tierce, expérimentée et capable de procéder à un réexamen de l'objet et des circonstances d'un désaccord.

Il s'agit d'une recommandation de bon sens, mais plus encore une obligation et une règle déontologique privilégiant la recherche d'une conciliation par le médecin et celui qui s'y soustrait peut se le voir reprocher par la juridiction disciplinaire surtout que les bons contrats passés entre médecins la prévoient dans une clause spécifique.

Les conflits surviennent le plus souvent entre les médecins exerçant dans le cadre d'associations ou d'activités en groupe ou dans le cadre de cabinet de groupe ou de société civile professionnelle entre médecins généralistes ou médecins spécialistes de même spécialité ou de spécialités différentes et dans la plupart du temps, ces conflits concernent des problèmes matériels mais peuvent également survenir en cas de détournement de clientèle, de remplacement ou de succession, ou encore en rapport avec un champ commun d'exercice entre spécialités comme l'orthopédie et la neurochirurgie, l'urologique et la gynécologique ou l'ORL et la stomatologie ou la chirurgie maxillo-faciale. Enfin le conflit peut naître d'un non respect de la déontologie médicale en particulier dans les domaines du secret médical, de l'indépendance professionnelle ou de la publicité non réglementaire et de la concurrence déloyale.

Qu'entend t-on par « conciliation » ?

Le terme conciliation peut avoir un double sens sur le plan nosologique, soit la tentative d'arrangement amiable elle-même ce qui constitue une phase préliminaire à la procédure, soit le résultat de cette tentative quand elle aboutit.

La mission du conciliateur est différente de celle de l'arbitre car l'arbitre tranche le litige et donc apporte une solution alors que le conciliateur se limite à aider les



parties à résoudre le litige. Elle est aussi différente de la médiation du fait que le médiateur propose une solution. Dans ces cas on peut dire que toutes ces solutions d'arrangement amiable valent mieux qu'un bon procès.

Qui assure la conciliation?

Le conseil régional de l'Ordre constitue, par essence, l'intermédiaire privilégié entre les protagonistes d'un désaccord, le plus souvent par l'intermédiaire de son président, ou d'un membre choisi soit en raison de son expérience ou de sa spécialité, soit de sa notoriété, ou encore de deux membres choisis par les médecins concernés, et selon la procédure prévue dans le contrat.

La délégation dont ils sont chargés leur permet parfois plus facilement, et à l'abri des éléments passionnels ou des sentiments d'amour propre excessif, de rechercher une solution consensuelle qu'ils auront la charge de faire avaliser par leurs mandants sous la forme d'un procès-verbal signé par chaque intervenant.

Mise en œuvre de la conciliation

La procédure de conciliation démarre en présence d'une plainte recevable (signature, précision de l'identité, courrier ...) et la décision de conduire une conciliation est prise en réunion du conseil régional après examen de la plainte.

Il est conseillé que la plainte soit adressée au praticien, en même temps qu'une demande d'explication sur le ou les griefs reprochés ainsi que la convocation de conciliation et pour éviter toute contestation sur l'envoi dans les délais il est souhaitable que le courrier soit fait par lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour permettre à la conciliation de se dérouler dans les meilleures conditions le choix de sa date doit se faire, dans la mesure du possible, les jours ouvrables et à des heures qui doivent pouvoir convenir à l'ensemble des parties.

Au début de la réunion de conciliation le ou les conciliateurs peuvent expliquer à nouveau aux parties les conditions dans lesquelles ils entendent que la conciliation déroule en insistant sur sa finalité, et en rappelant qu'à l'issue de la réunion un procès verbal sera établi, constatant l'accord ou le désaccord partiel ou total des deux parties.

Si l'une des parties recevant la convocation à la conciliation refuse de s'y rendre (en informe le conseil régional par écrit ou ne vient pas), il convient d'établir un procès verbal de non-conciliation signé par le ou les conciliateurs qui sera transmis au président du conseil régional. Ce procès-verbal constituera un document important pour les suites tant disciplinaires que judiciaires éventuelles.

Après délibérations, le procès-verbal de la non-conciliation, ou de conciliation, doit être adressé au conseil national en même temps que l'avis motivé du conseil régional statuant sur la plainte.

Conclusions

Les médecins se doivent en toutes circonstances assistance et courtoisie les uns en vers les autres. C'est une des règles déontologiques de bonne confraternité et recourir à une conciliation est aussi considéré comme un signe fort du respect de la confraternité en privilégiant ainsi d'exposer ses différends devant ses pairs et en affrontant ses contradicteurs plutôt que d'avoir d'emblée recours à la justice. Et c'est au conseil régional de l'ordre des médecins de jouer ce rôle de conciliateur de proximité afin de contribuer à la réussite de cette démarche et à mieux préserver l'esprit de confraternité entre médecins et c'est la raison pour laquelle cette conciliation est devenue dans certains pays un passage obligé avant toutes procédures disciplinaires.

Dr. Mohamed Nejib Chaabouni

(* Article 49 du CDM :

« Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité ; ils se doivent une assistance morale. Celui qui a un dissentiment professionnel avec son confrère doit d'abord tenter de se réconcilier avec lui et s'il n'a pas pu réussir il peut en aviser le Président du conseil régional de l'ordre des médecins. Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué ».



ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE

De nos jours, l'exercice médical expose de plus en plus au risque de conflit des médecins avec leurs patients et les raisons sont multiples, il y'a d'abord manifestement une évolution de notre société, il n'y a plus de fatalité et les patients sont de plus en plus exigeants vis-à-vis des traitements, la société ne tolère plus les handicaps ou la douleur, la notion d'aléa thérapeutique n'est pas admise et tout effet non souhaité est considéré comme une faute médicale. Mais il y'a aussi une incompréhension de la part du public de l'obligation de moyens et non de résultat qui caractérise l'exercice médical. A cela s'ajoute une formation médico-légale insuffisante des professionnels de santé ce qui les rend plus exposés aux risques de poursuites et de sanctions.

Rappel sur la responsabilité médicale

Sanctionner un médecin fautif n'est pas du tout un phénomène nouveau. On peut ainsi lire dans l'article 218 du Code d'Hamourabi, établi environ 1750 av. JC : « Si un médecin, traitant un homme libre pour une grave affection au moyen du bistouri, provoque la mort de cet homme, ou bien si, ..., il lui fait perdre son œil, on coupera la main du médecin. »

Actuellement, on distingue quatre voies de responsabilité médicale (voir tableau) et le patient peut se plaindre soit pour manquement à la déontologie et c'est la responsabilité disciplinaire, soit pour une atteinte à la vie ou à l'intégrité et c'est la Responsabilité pénale, soit pour obtenir réparation d'un préjudice et c'est la Responsabilité civile soit enfin pour se défaillancer d'un service public hospitalier et c'est la Responsabilité administrative.

La responsabilité civile

La responsabilité civile est contractuelle, il s'agit d'un contrat tacite de soins établi entre le médecin et le patient et qui comporte des obligations pour les deux parties. Les obligations du patient sont le paiement des honoraires du médecin et le suivi de ses prescriptions et les obligations du médecin comportent d'abord un devoir d'humanisme avec information, consentement, respect du patient, respect du secret médical et assistance et puis une obligation de soins consciencieux et attentifs conformément aux données acquises de la science et c'est l'obligation de moyens. Toutefois, en matière de sécurité du patient, il y'a une obligation de résultat : le médecin doit assurer la sécurité de son patient. Exemple : vaccinations obligatoires, accidents de transfusion ...

Parfois, la responsabilité civile est délictuelle. Elle est alors considérée comme un délit dans le cas d'absence de contrat avec un patient inanimé ou mineur, ou en cas d'exercice illégal de la médecine. Elle l'est aussi lors de la survenue d'un dommage hors du champ contractuel et c'est la responsabilité du fait des choses comme par exemple une chute d'une chaise mal réparée dans la salle d'attente et là la victime a juste à prouver son dommage et le lien de causalité entre celui ci et la chose, il n'a pas à prouver la faute du propriétaire de la chose.

La responsabilité civile est mise en cause dans 2 situations, la première en cas de faute constituée par le manquement à l'une des obligations du médecin et la deuxième pour préjudice sans faute démontrée et c'est le risque médical ou aléa thérapeutique.

La responsabilité civile par faute est engagée si les 3 conditions suivantes sont réunies :

1. Existence d'une faute : Fautes contre l'humanisme, Fautes d'imprudence (erreur de côté ou erreur de patient), Fautes techniques au diagnostic ou au traitement
2. Existence d'un dommage, physique ou moral. Parfois, il y'a réparation non pas du dommage qui s'est réalisé, mais de la perte de chance du patient de l'éviter s'il a reçu une information correcte lui donnant l'opportunité de refuser le traitement.
3. Le lien causal entre la faute et le dommage qui doit être certain et direct.

En matière de responsabilité civile, c'est au patient qu'il appartient de prouver la faute médicale, mais il existe une exception dans le cadre du défaut d'information, c'est au médecin de démontrer qu'il a bien informé la patient. Il est donc conseillé de recueillir le consentement écrit des patients dès que l'on a affaire à un acte porteur de risques.

L'indemnisation est faite par le professionnel de santé ou son assureur en cas de préjudice, de faute avec lien de causalité. Lorsqu'il s'agit d'un préjudice sans faute, la jurisprudence tend parfois vers la condamnation du médecin (seule possibilité d'indemnisation actuellement), par des moyens détournés (exemple : le médecin qui n'apporte pas la preuve de l'information donnée au patient).

Responsabilité administrative

Deux aspects particuliers de la responsabilité administrative méritent d'être explicités, il s'agit de la responsabilité sans faute et de la faute détachable du service. On parle de présomption de faute ou de responsabilité sans faute lorsqu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte de soins courant et dans ce cas, le patient n'a pas à prouver qu'il y a eu une faute, celle ci est présumée si les 3 conditions suivantes sont réunies : premièrement si le dommage est d'une extrême gravité, deuxièmement si le risque est exceptionnel mais connu et troisièmement si le risque est sans rapport avec les prédispositions du patient ou l'évolution prévisible de sa maladie et comme exemples on peut citer les complications après des vaccinations obligatoires, les troubles neurologiques secondaires aux anomalies de posture après intervention chirurgicale et enfin les infections nosocomiales.

On évoque une faute détachable du service, ce qui engage la responsabilité personnelle de l'agent, dans les situations suivantes : premièrement dans le cas de manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel. Exemples : une néphrectomie droite au lieu de gauche malgré un doute en per opératoire, un incendie au bloc opératoire avec abandon de la patiente en attente de césarienne. Deuxièmement en cas d'intention malveillante avec violences volontaires et enfin en cas de soins donnés en dehors de l'établissement.



L'assurance en responsabilité civile professionnelle

Il est fortement conseillé à tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, de souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) s'il est un praticien hospitalier pour être couvert contre les conséquences de la faute personnelle détachable et s'il est libéral pour éviter de se ruiner en indemnisant personnellement la victime.

En France, depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, tous les professionnels ayant un exercice libéral sont obligés de souscrire une assurance professionnelle et tout manquement à cette obligation est sanctionné par une amende de 45000€ et par l'interdiction d'exercice.

En pratique, l'assurance RCP ne résout pas tous les problèmes car l'assureur peut exclure du contrat certains cas de faute lourde déterminés expressément et limitativement dans le contrat, il fixe toujours un plafond de garantie ainsi le patient peut ne plus être indemnisé complètement. Il peut aussi fixer un montant au dessous du quel l'assuré n'est pas couvert et c'est la franchise. Dans certains pays, on assiste à une inflation des primes d'assurance, notamment pour les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes réanimateurs en rapport avec l'augmentation des procès intentés.

Un médecin assuré serait plus aisément condamné par la justice même pour un préjudice sans faute car en l'absence d'une caisse d'indemnisation de l'aléa thérapeutique c'est le seul moyen actuel d'indemniser ces victimes. C'est la raison pour laquelle, tous les assureurs imposent aux assurés de s'en tenir aux faits, sans aveu quelconque d'une faute et tout cela pour compliquer la tâche au plaignant et les procès peuvent ainsi durer plusieurs années.

En France, la mise en place d'une caisse de solidarité (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, ONIAM) a largement contribué à résoudre les litiges entre les médecins et leurs patients et depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, toute personne s'estimant victime d'un accident médical soumet sa plainte à une commission régionale de conciliation et d'indemnisation, qui statue dans un délai de 6 mois et après expertise, sur l'existence ou non d'une faute médicale. En cas de faute, la responsabilité du médecin est engagée et son assureur propose à la victime une indemnisation. En cas d'aléa, le dossier est transmis à l'ONIAM qui propose à la victime une offre d'indemnisation. Seuls seront transmis au juge les cas où la victime n'accepte pas l'offre d'indemnisation faite par l'assureur ou par l'ONIAM.

Les avantages d'un tel système sont multiples : restauration du principe de la responsabilité pour faute, réparation de l'aléa thérapeutique pris en charge par la solidarité nationale, restauration d'une transparence dans la relation entre le médecin et son patient, rapidité de la procédure...

En Tunisie, le marché de l'assurance en responsabilité civile médicale mérite d'être mieux organisé et malheureusement on en est encore au stade de la réflexion et du questionnement comme par exemple faut-il créer des structures de médiation extra-judiciaires ou faut-il recourir à un système où chaque patient s'assure lui-même contre le risque d'accident médical et enfin doit-on mettre en place un fond de garantie spécifique pour les victimes de ces accidents médicaux et dans ce cas quelles seront les sources de financement ?

Conclusion

La déontologie médicale préconise l'indemnisation complète du patient victime d'une faute médicale et c'est la raison pour laquelle le CNOM incite d'abord tous les confrères à s'assurer en responsabilité civile et professionnelle et propose à toutes les parties concernées d'œuvrer pour la recherche d'une solution et mécanisme d'indemnisation des accidents médicaux en cas d'aléa thérapeutique.

Responsabilité	Objet	Conditions	Délai	Effets	Remarques
Disciplinaire	Subir une sanction en cas de faute professionnelle	-Infraction au code de déontologie -Juridiction(*) : conseil de discipline de l'ordre des médecins	Pas de prescription	Avertissement, blâme, interdiction temporaire d'exercer, radiation	-La charge de la preuve revient au plaignant -Pas de possibilité de recours pour plaignant
Pénale	Subir une peine en cas d'infraction au code pénal	-Elément matériel : infraction au code pénal -Elément moral : volonté consciente au moment de l'infraction	Crimes : 10 ans Délits : 3 ans	Emprisonnement, Amende	-Peine personnelle, non assurable -L'existence d'un dommage n'est pas obligatoire
Civile	Réparer un dommage causé à autrui	-Faute : soins non conformes aux normes -Préjudice -Relation de cause à effet	30 ans (France, depuis 2002 : 10 ans à compter la consolidation du dommage	Indemnisation (dommage et intérêts)	-La charge de la preuve revient au plaignant -Un arrangement évite le recours à la justice -Responsabilité assurable
Administrative	Réparation par l'administration d'un dommage causé à autrui à l'hôpital	-Faute ds l'organisat° des soins ou faute du personnel soignant -Préjudice -Relation de cause à effet (de moins en moins exigée)	10 ans	Indemnisation (dommages et intérêts)	-La charge de la preuve revient au plaignant -Un arrangement évite le recours à la justice (tribunal administratif) -Responsabilité assurable

(*) Pour un médecin public, une infraction vis-à-vis de l'employeur est passible d'une traduction devant le Conseil de discipline du ministère de la santé publique



Y A-T-IL ENCORE DES VIÈRGES ?

Chaque année à la même période, la demande de réparation de l'hymen communément appelée « revirgination » ou hyménoplastie augmente juste avant la période des mariages traditionnellement concentrée chez nous aux mois d'été.

Introduction

J'ai écrit cet article en réponse à des informations qui ont circulé cet été sur la presse française parlant des pratiques médicales de revirgination en faisant référence à notre pays. La plus grotesque des informations affirme que 80% des tunisiennes n'étaient pas vierges le jour du mariage et que l'ampleur de ce phénomène mettait en lumière la situation de ces femmes, prises en étau entre la société musulmane moderne et le poids des traditions. Une psychanalyste Tunisienne (*) s'est intéressée à ces nouvelles réalités et a écrit qu'environ trois quarts des jeunes tunisiennes en passe de se marier ont recours, dans le secret, à des interventions de revirgination et que ces données, elle les a recueillies en menant l'enquête auprès de médecins gynécologues qui pratiquent ces opérations. Cette information m'a paru invraisemblable, subjective et dénuée de tout fondement et étant moi-même gynécologue, j'ai fait ma propre enquête et je vous en livre un peu plus loin des estimations plus réalistes de cette pratique.

Pour commencer, c'est quoi l'hyménoplastie ou la revirgination ?

Il s'agit tout simplement d'une réfection ou d'une réparation de l'hymen, c'est une pratique qui oscille entre le médical et le social et qui s'est imposée au fil des années au corps médical et la vulgarisation de cette chirurgie réparatrice reste un sujet encore sensible en milieu médical car elle fait intervenir autant la morale et l'éthique du chirurgien que ses convictions socio-culturelles et sociétales.

L'hymen est un petit rebord de tissu qui est généralement présent sous la forme d'une collerette autour de l'entrée du vagin des jeunes filles qui se rompt par endroit au cours du premier rapport sexuel faisant provoquer des pertes de sang dans 60 à 80% des cas. Les organes sexuels externes se développent chez l'embryon entre la 7ème et la 12ème semaine de grossesse et l'hymen peut être absent chez une femme sur 1000.

La préservation de l'hymen est très importante dans les sociétés arabo-musulmanes et dans certaines cultures asiatiques et judaïques. Une opération de restauration ou de reconstruction de l'hymen est parfois souhaitable et là, la médecine intervient alors dans un domaine où la morale fait face à la détresse de patientes dans le désarroi. Il faut dire que réaliser cette intervention apporte le plus souvent à ces femmes demandeuses une sensation de sécurité surtout pour celles qui ont été victimes de viol, d'accident ou d'une mauvaise expérience et les aide à surmonter leurs problèmes sociaux et psychologiques. Le médecin n'a pas à juger la patiente qui le consulte, et son rôle est plutôt d'être à son écoute et de lui apporter l'aide nécessaire pour soulager sa détresse.

A la question, y a-t-il encore des vièrges en Tunisie

Je dirai oui et je vais le démontrer par des estimations chiffrées en partant du fait que la majorité des revirginations sont réalisées par des gynécologues dans les cliniques privées et très peu en cabinet de consultation, et en me basant aussi sur la moyenne d'activité d'une clinique à débit moyen et pour un total de 80.000 actes civils de mariage par an dans le pays. En pratique gynécologique, moins d'un petit acte sur 4 concerne la réparation de l'hymen et si on fait le compte pour une clinique ayant une moyenne de 90 petits actes et 150 accouchements par mois, il en ressort 270 revirginations par an pour 1800 naissances vivantes. Et si on y ajoute grossièrement 130 hyménoplasties par an réalisées en cabinet médical par les mêmes gynécologues de la clinique on aura 400 revirginations pour 1800 accouchements ce qui nous donne pour les 36 000 accouchements réalisés dans le privé, un maximum de 8000 revirginations par an. En conséquence près de 72 000 femmes n'auront pas recours à la revirgination et compte tenu du poids des traditions dans notre pays, on peut estimer que la majorité d'entre-elles sont vièrges et donc le chiffre qui s'approche le plus de notre réalité serait globalement compris entre 10 et 20% et dans tous les cas très loin des 80% avancés par l'auteur du livre(*) qui s'est basée elle, sur des informations recueillies auprès de gynécologues qui ont fait des estimations par rapport aux patientes qui les consultent et que font-ils de toutes les autres « vièrges » qui n'éprouvent pas le besoin de consulter et elles sont beaucoup plus nombreuses.

Ethique, morale et religion

Beaucoup de personnes se posent la question sur la morale et l'éthique des médecins, qui pratiquent ce genre d'interventions et en réalité, ni le comité national d'éthique, ni l'ordre des médecins n'ont pris de positions officielles sur le sujet, même si la majorité des membres pris un à un l'aurait probablement accepté.

Pour mémoire, la société tunisienne de gynécologie-obstétrique a organisé il y'a une vingtaine d'années une table ronde sur le thème de la réfection de l'hymen. L'assistance était majoritairement composée de gynécologues et en présence d'invités juristes et médecins légistes et c'est lors de cette réunion qu'un professeur en médecine légale avait considéré que le praticien qui acceptait de faire ces interventions était complice de faux et usage de faux. Un avis non partagé déjà à l'époque par l'assistance et à ma connaissance les choses n'ont pas changées depuis.

En 1987, notre Mufti avait considéré la réparation chirurgicale de l'hymen comme illicite sauf à la demande du mari et en sa présence et pour les filles ayant perdu leur virginité si jeunes et non actives sexuellement. En 2007 le grand Mufti



égyptien fait un revirement de 180° par rapport à l'ancienne position des organisations islamiques et en se référant au principe islamique du « sitr », a émis une « fatwa » qui autorise la femme à recourir à la réparation chirurgicale de l'hymen quelles que soit la raison invoquée, mais cette « fatwa » est-elle partagée par tous ?

De nos jours, la revirgination reste contesté pour différentes considérations d'un pays à l'autre et pousse les praticiens à la réaliser dans la discrétion pour protéger leurs patientes. En France, l'ordre des médecins confronté à une polémique a fini par décréter il y a quelques années que l'hyménoplastie n'est pas un acte médical, mais cela n'a pas empêché les gynécologues et plasticiens français de continuer à la réaliser au sein même des hôpitaux publics en plus des cliniques privées. Cette non reconnaissance médicale lui confère parfois la connotation d'acte « illicite » et de ce fait la technique chirurgicale n'est pas enseignée par les facultés de médecine ni décrite dans les manuels spécialisés et c'est la raison pour laquelle chaque praticien opère selon une technique particulière qu'il s'est forgé lui-même ou qui lui a été transmise par d'autres collègues.

Procédés techniques proposés

Pour refaire un hymen, il existe au moins trois façons en fonction de l'état de la membrane hyménale à réparer et du besoin de la patiente. La chirurgie restauratrice nécessite un examen pré-opératoire détaillé pour déterminer si une réparation partielle ou une création totale est la solution la plus adaptée pour refaire l'hymen.

1. La réparation simple consiste en une reconstitution de la membrane à partir de ces restes présents sur les parois du vagin. Le chirurgien se charge de refermer la voie vaginale en rassemblant les tissus sous anesthésie locale et pour les cas de vestiges hyménaux rudimentaires une sorte de cerclage est réalisée au niveau du sillon nympho-hyménal
2. ou plus récemment mise d'une membrane artificielle de substitution en Alloplant à la place de l'hymen déchiré. Ces deux premières interventions sont relativement simples et qui doivent être réalisées trois à sept jours avant le mariage en hôpital de jour, sous anesthésie locale ou sous sédation intraveineuse et nécessite entre 30 minutes et une heure de temps opératoire et la patiente peut rentrer chez elle quelques heures après l'opération.
3. Pour les patientes sexuellement actives avec des restes d'hymen insuffisants, le choix est porté vers la réparation totale de l'hymen ou plastie vaginale. Il s'agit d'un lambeau vaginal décollé et suturé latéralement au niveau de l'anneau hyménal permettant aussi de réduire l'orifice vaginal. Il existe d'autres variantes d'hyménoplasties consistant à réséquer la partie abimée de l'hymen et à suturer bout à bout les parties saines par des fils à résorption rapide. Ces plasties sont réalisables sous sédatif par voie intraveineuse ou sous anesthésie générale.

Certificats de virginité ?

Enfin et pour compléter l'évaluation de l'ampleur de ces pratiques, on y rajoute les demandes de certificats médicaux de virginité. Et là, la déontologie médicale considère que l'examen de virginité n'a aucune justification médicale et constitue même une violation du respect de la personnalité et de l'intimité de la femme et particulièrement si elle est ramenée sous la contrainte. Cet examen ne relève pas en réalité du rôle du médecin praticien qui peut refuser et l'examen et la rédaction d'un tel certificat. Par contre, le médecin légiste et le médecin expert peuvent être chargés par un juge pour examiner une victime d'agressions sexuelles et pour délivrer un rapport d'expertise afin d'appuyer ou non l'accusation.

En revanche, si la patiente consulte d'elle-même pour connaître sa situation surtout si elle a un doute sur sa virginité, le gynécologue pourrait accepter de réaliser cet examen et de formuler ses conclusions à sa patiente « majeure » et c'est à lui et lui seul de décider de lui remettre ou non en main propre ledit certificat médical. Le médecin fera donc de son mieux pour préserver la santé physique et psychique de ses patientes et c'est à lui d'apprécier en son âme et conscience l'importance de la détresse et d'agir en conséquence. Mais tout cela ne justifie nullement la délivrance d'un certificat médical de complaisance attestant que l'hymen est intact alors qu'il ne l'est pas et expose son auteur à des sanctions disciplinaires et pénales même si le contenu du certificat ne procure aucun bénéfice à l'utilisatrice. Dans la pratique de tous les jours d'un gynécologue, ces demandes restent assez rares et se comptent peut-être par dizaine et par an.

Conclusion

Les tunisiens sont tiraillés entre le poids de la tradition de la société arabo-musulmane dans laquelle ils vivent et la mondialisation culturelle véhiculée par les moyens de communications et par les nouvelles technologies de l'information qui mettent le plus souvent en exergue le modèle sociétal occidental. La médecine devrait continuer à apporter l'aide aux femmes en détresses mais sans toutefois contribuer négativement à la banalisation de ces actes du point de vu médical et moral.

Dr. Mounir Youssef Makni

(*) Nedra Ben Smail, psychanalyste et auteur de *Virgines ? La nouvelle sexualité des Tunisiennes*



COMPOSITION DES CROMS POUR 2012-2013

CROM BEJA

Président :	Dr. Abdellatif Toujani
Vice Président :	Dr. Khaled Bacha
Secrétaire Général :	Dr. Chaouki Riabi
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Mohamed Abdallah
Trésorier :	Dr. Sahbi Maali
Membre :	Dr. Béchir Touihri

CROM SFAX

Président :	Dr. Amine Ghorbel
Vice Président :	Dr. Mohamed Trifa
Secrétaire Général :	Dr. Lotfi Triki
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Riadh Abid
Trésorier :	Dr. Lassad Sabbah
Membres :	Dr. Imed Maaloul Dr. Ridha Mkaouar Dr. Mohamed Jallouli

CROM GABES

Président :	Dr. Med Mongi Boukhchina
Vice Président :	Dr. Abdelhakim Issaoui
Secrétaire Général :	Dr. Ridha Riahi
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Anouar Ben Yahmed
Trésorier :	Dr. Fatima Amorri
Membres :	Dr. Samia Hafi Dr. Samir Aloulou Dr. Med Hédi Kadri

CROM TUNIS

Président :	Dr. Ridha Dhaoui
Vice Président :	Dr. Samir Chtourou
Secrétaire Général :	Dr. Mohamed Ridha Ben Slama
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Moncef Ben Ayed
Trésorier :	Dr. Amine Daghfous
Membres :	Dr. Ahmed Banasr Dr. Rym Ghachem Dr. Nazih Zghal

CROM GAFSA

Président :	Dr. Zine Elabidine Missaoui
Vice Président :	Dr. Larbi Letifi
Secrétaire Général :	Dr. Abdelmoumen El Achkham
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Imed Brahmi
Trésorier :	Dr. Wided Zayani
Membres :	Dr. Abdelghani Chaabani Dr. Abid Gharbia Dr. Sabeur Gheribi

CROM SOUSSE

Président :	Dr. Mohamed Liouane
Vice Président :	Ali Mtiraoui
Secrétaire Général :	Dr. Foued Bouzaouech
Secrétaire Général Adjoint :	Dr. Samir Ben Soud
Trésorier :	Dr. Mohamed Braham
Membres :	Dr. Farhat Guetat Dr. Hatem Achache Dr. Youss Zinelabidine

CONVENTION AVEC TUNISAIR

Nous informons tous les confrères que le conseil national de l'ordre des médecins a conclu le 17 novembre 2011 une convention de partenariat avec Tunisair. Laquelle convention a pour objet de définir les conditions tarifaires dans lesquelles l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins de Tunisie, et le personnel employés par le conseil national et les conseils régionaux, ainsi que les membres de leurs familles (conjointes et enfants) pourront voyager sur les lignes de TUNISAIR.

La société TUNISAIR, s'engage à accorder à tous les bénéficiaires cités plus haut au départ de la Tunisie les avantages suivants:

- Une réduction de 20% sur le Tarif individuel applicable en classe affaire « C ».
- Une réduction de 20% sur les Tarifs applicables en classe économique (sauf pour les tarifs à basse contribution "L", "P", "N", "T" et les tarifs promotionnels).
- Une franchise de bagage supplémentaire de 10 Kg par passager.

Cette réduction, n'est pas cumulable avec les tarifs jeunes et enfants publiés, le client peut choisir le tarif le plus avantageux soit le tarif enfants ou jeunes publié sans réduction, soit le tarif adulte avec réduction prévue dans cette convention.

L'émission des billets pour le compte des bénéficiaires sus-indiqués pourra se faire auprès de tous points de ventes Tunisair, et ce, sur présentation d'une attestation approuvant l'appartenance du ou des passagers au conseil.

Tous les billets émis dans le cadre de cette convention porteront les codes d'émissions suivants : pour les ventes en classe économique VT CNOM F50, Et pour ventes en classe affaire VT CNOM F100. Les billets émis dans le cadre de cette convention porteront la mention : TU ONLY / NON TRANSFERABLE.

Le paiement se fait au comptant et toutes les opérations d'annulation, de modification et de remboursement seront effectuées selon la réglementation en vigueur.



CONVENTION AVEC TUNISIE TELECOM

Le Conseil National de l'ordre des médecins a signé une convention cadre avec Tunisie Telecom pour la fourniture de services de télécommunications aux médecins.

Offre « Community corp »

L'offre community corp permet aux membres du Conseil de communiquer et d'envoyer des SMS intra-flotte gratuitement et en illimité tout en continuant à bénéficier des différents avantages associés à chacune des offres « serenity corp » « optimum corp » et « club optimum plus » et la redevance mensuelle des lignes prépayées community qui était de 5 dt sera gratuite.

1 /Offre « Serenity pro » :

C'est la mise à jour de l'offre post-payées « corporate serenity », elle permet à ses bénéficiaires de jouir des avantages suivants :

- Une gamme de 6 forfaits de communication vers les lignes fixes, mobiles de Tunisie Télécom et autres opérateurs :

Pris forfait en DT HT	40 DT	70 DT	100 DT	130 DT	160 DT	200 DT
Usage toutes destinations	5H	10H	15H	20H	25H	30H
Bonus sur forfait	5H	10H	15H	20H	25H	100 H

- La gratuité des frais d'activation et d'acquisition des cartes SIM ;
- La gratuité des redevances mensuelles d'entretien ;
- Chaque ligne « Serenity pro », peut appeler gratuitement des membres appartenant à la flotte corporate ;
- Chaque ligne « Serenity pro », peut communiquer gratuitement avec 5 numéros préférés sur le réseau Tunisie télécom ;
- Une réduction de 20% ou de 50% appliquée sur les communications vers l'international moyennant le paiement d'une redevance mensuelle (option passeport) ;
- 50% de remise sur l'option passeport
- Tarif de communications locales, au-delà des forfaits:
 - o Vers le réseau mobile et fixe de Tunisie Telecom : 140 millimes TTC la minute
 - o Vers autres destinations nationales : 180 millimes TTC la minute

2/Offre « Optimum corp»

Cette offre s'adresse aux membres du conseil ayant des lignes prépayées et qui peuvent jouir des avantages suivants :

- Des tarifs uniques de communication locale pour une optimisation des coûts dans le forfait ;
- Vers le réseau fixe et mobile de Tunisie Télécom : 129 millimes HT la minute (160 millimes TTC) ;
- Vers le réseau Tunisiana et orange : 151 millimes HT la minute (190 millimes TTC).
- Tarification unique hors forfait : 200 millimes TTC la minute toute destination locale ;
- Un bonus sur forfait de 50% à utiliser sur le réseau de Tunisie Télécom (mobile TT, Elissa et Fixe) ;
- Chaque membre de la flotte Optimum, peut appeler gratuitement une autre ligne corporate sans aucune redevance mensuelle.
- Les lignes optimum ayant un forfait mensuel de 20 DT peuvent appeler gratuitement 2 lignes préférées sur le réseau Tunisie Télécom ;
- Les lignes optimum ayant un forfait mensuel de 30 DT peuvent appeler gratuitement 5 lignes préférées sur le réseau Tunisie Télécom ;

3 / Offre « Club Optimum plus »

Tunisie Telecom vous offre la possibilité d'étendre les avantages de l'offre « Optimum Corp». Pour le reste du Personnel dont les consommations mobiles ne sont pas prises en charge. L'offre Club Optimum plus permet à ses bénéficiaires de jouir des avantages suivants :

- Une tarification unique de communication toutes destinations : 161 millimes HT la minute (200 millimes TTC)
- Un bonus de bienvenue de 1 ,5 DT SMS
- Un bonus sur recharge de 35% à utiliser sur tout le réseau de Tunisie Telecom (Mobile et Fixe) et valable 90 Jours
- Option Communauté : communications gratuites et illimités intra_flotte moyennant le paiement de 5 DT / mois sur la facture optimum
- Option ahbeb optimum : Communication Voix et SMS illimités vers un numéro favori par semaine moyennant le paiement de 2 DT (code USSD *199*1*le numéro #)

4/ Offre « BlackBerry »

- Solution BlackBerry Pro : solution adaptée aux utilisateurs de messagerie de type Pop3 et Imap 4 : messagerie utilisée par les fournisseurs de services internet
- Forfait Blackberry Pro :



Type du forfait	Forfait mensuel	Tarification au-delà du forfait
Forfait illimité email et navigation	25 DT TTC	—

Pour l'achat au comptant d'un terminal blackberry curve 8520 ou torch 9800 Tunisie Télécom accorde exceptionnellement pour le conseil national de l'Ordre des médecins une remise de 50% dans la limite du stock disponible.

Offre 3 G++

1/ Offre Clé 3G++

Les clients pourront accéder à Internet sur leur ordinateur, via une clé 3G se connectant sur le réseau de Tunisie Telecom et exceptionnellement. Les clés seront livrées gratuitement

Forfait Postpayé/plafonné	Tarif	Remise	Tarif DT	Validité	Engagement
10 Go	30 DT	10%	27	1 mois	12 mois
10 Go	25 DT	20%	20	1 mois	24 mois

Forfait hybride plafonné :

- Au-delà du forfait prévu pour le mois, le client peut recharger sa clé et continuer à naviguer. Une tarification 5millime/ko (par palier de 10Ko) lui sera appliquée. Tous les modes de recharge existants sont possibles.
- Le client reçoit une facture mensuelle avec les frais de sont forfait.

Forfait Postpayé:

- Au-delà du forfait prévu pour le mois, le client peut continuer à naviguer. Une tarification 10DT/1Go lui sera appliquée. Les frais supplémentaires seront mentionnés sur sa facture.
- Le client reçoit une facture mensuelle avec les frais de sont forfait ainsi que sa consommation supplémentaire.

Promotion de lancement un mois gratuit pour un engagement d'une année, deux mois gratuits pour un engagement de deux ans

2/Offre mobile 3G++

Forfait	Tarifs	Remise	Tarifs après remise	Engagement
6Go	30 DT	10%	27	1 année
3 Go	20 DT	20%	16	1 année
Facturation au delà du forfait	Corporate pop : 10 DT le palier de 1 GO Optimum : 5 millimes par palier de 10 KO			

Promotion de lancement : Un mois gratuit est offert suite à la souscription à l'un des forfaits internet mobile
*Pour les clients prépayés (club optimum /club optimum plus)

Forfait plafonné	Prix	Validité	Activation
4GO	30 DT	30 JOUR	*140*3#
Facturation au delà du forfait	5 millimes par palier de 10 Ko		



SOYEZ GÉNÉREUX

Nous avons participé à une réunion d'information organisée par le secrétaire d'état auprès du ministre des finances le lundi 17 septembre 2012 sur le thème des ressources financières nécessaires pour le bouclage du budget de 2012. L'information a porté sur deux points, le premier concerne la réconciliation fiscale par la prolongation du délai jusqu'au 30 septembre 2012 pour permettre aux retardataires de régulariser leur situation sans avoir à payer de pénalité. Le deuxième point sur lequel notre hôte a beaucoup insisté concerne la contribution volontaire à l'effort budgétaire de l'Etat, pour l'exercice de l'année 2012 et nous a demandé de passer l'information auprès de nos membres.

Nous portons à la connaissance de tous les collègues qui désirent contribuer à cet effort qu'il leurs est possible de déposer leurs donations à l'une des recettes de finances de leur choix contre une quittance de paiement.

Dr. Kilani Chabbouh

A PROPOS DES CENTRES DE CONSEIL ET DE DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT DU VIH

Jusqu'au 30 octobre 2010, le nombre cumulatif des cas déclarés depuis 1987 est de 1620 et le nombre de porteurs du virus VIH est de 1109 cas. Pour les 52 nouveaux cas détectés, 28 étaient des hommes, 20 des femmes et 4 enfants avec une stabilité de l'incidence par rapport à la même période de 2009 et le nombre de stade sida maladie parmi les nouveaux cas était de 15 cas contre 19 pour la même période en 2009.

Les résultats des enquêtes réalisées en 2009 auprès des groupes réputés d'être à haut risque, montrent que la prévalence du VIH chez ces populations est relativement faible avec respectivement 0.43% chez les professionnelles de sexe, 3.1% chez les usagers de drogues injectables et 4.9 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Ces nouvelles données de séroprévalence risquent d'influencer la situation actuelle pouvant la faire passer d'une épidémie à faible prévalence vers une épidémie concentrée. Et c'est la raison pour laquelle l'effort de prévention doit se poursuivre dans la population générale et doit s'intensifier dans les groupes à risque.

La chargée de communication de l'unité de gestion du programme Fonds Mondial de lutte contre le SIDA nous a demandé de diffuser l'information auprès des médecins à propos des centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit du VIH dont voici quelques informations figurant sur le dépliant mis à la disposition du grand public.

Comment se fait le test de dépistage du VIH ?

Prélever une goutte de sang au bout du doigt qui permettrait à la personne qui a fait le test, de connaître la présence ou non du VIH dans le sang. C'est une démarche rapide et volontaire.

Pourquoi ce test ?

Le test permet de savoir si on est porteur ou non du VIH.

- Si le test est négatif vous aurez une information adéquate sur absence d'infection à VIH. Le résultat est obtenu immédiatement dans les 20 minutes.
- Si le test est positif ou douteux, il vous sera ultérieurement confirmé grâce à une analyse sur prise de sang et vous bénéficierez d'une prise en charge complète et adaptée à votre situation

A qui ?

- Si vous avez eu un rapport sexuel non protégé (sans préservatif).
- Si vous avez partagé une seringue d'un usager de drogue.
- Vous vous êtes blessé(e) accidentellement avec une seringue usagée, ou un objet souillé de sang d'une autre personne inconnue ou porteuse du VIH.

Comment et où faire le test ?

A l'un des 25 centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG) répartis sur tout le pays, on prélève une goutte de sang au bout du doigt, sans pièces d'identité, sans carnet de soins et sans rendez-vous préalable.

Le test est anonyme et gratuit, vous pensez avoir vécu l'une de ces situations, il est fortement conseillé de faire un test de dépistage. Le test est le premier pas pour une prise en charge appropriée.

Dr. Mounir Youssef Makni



LISTE DES CCDAG HIV

Gouvernorat de Ben Arous

Centre des soins de santé de base d'Ezzahra. Av. H. Bourguiba. 2034 Ezzahra. Tél.: 71 481 814

Centre de la Santé de la reproduction de Hammam Lif de l'ONFP.

4 rue Ibn Rochd 2050 Hammam Lif. Tél.: 71 293 070

Gouvernorat de Béja

Le CSB Larbi Zarrouk - Service des soins de santé de base. Av. Okba Ibn Nafaa, Béja. Tél. : 78 457 850

Gouvernorat de Bizerte

Service régional des soins de santé de base. Av. Hassan Nouri 7000 Bizerte. Tel : 72 444 499

Gouvernorat de Gafsa

Centre de la Santé de la reproduction de l'ONFP. Rue Houcine Bouzaiène- 2100 Gafsa. Tél.: 76 226 480

Gouvernorat de Gabès

Le centre régional de la santé de la reproduction de l'ONFP. 10 Av. de Tunis - 6000 - Gabès Tel : 75 271 967

Gouvernorat de Jendouba

Le Centre Médical Scolaire et Universitaire. Av. H. Bourguiba 8100 – Jendouba. Tel: 78 612 675

Gouvernorat de Kasserine

Centre de la Santé de la reproduction de l'ONFP -Espace Ami des jeunes.

Gouvernorat de Kairouan

L'hôpital régional Ibn El Jazzar. Rue Ibn El Jazzar 3100 – Kairouan. Tél : 77 227 177

Gouvernorat de Kébili

Centre de la santé de la reproduction de l'ONFP. Av. 7 novembre 1987 - 4200 Kébili. Tél.: 75 490 740

Gouvernorat du Kef

Direction régionale de la santé publique. Av. H. Bourguiba 7100 Le Kef. Tél.: 78 201 745

Gouvernorat de Nabeul

Centre de la santé de la reproduction de l'ONFP

Ave. Habib Thameur -Hôpital Med Tlatli - 8000 Nabeul. Tél.: 72 286 004

Gouvernorat de la Manouba

Centre de la santé de la reproduction de «Douar Hicher» de l'ONFP.

Rue de Kairouan - 2010 La Manouba. Tél.: 71 545 090

Le centre régional de la médecine scolaire et universitaire. Sidi Amor - 2010 – Manouba. Tel : 71 603 944

Gouvernorat de Mahdia

Hôpital Tahar Sfar de Mahdia - Unité de la banque du sang. 5111 Hiboun – Mahdia. Tél.: 73 671 744 poste 1429

Gouvernorat de Médenine

Centre de la santé de la reproduction de l'ONFP. Rue Abdelhafidh Belkadi - 4100 Médenine. Tél.: 75 648 333

Gouvernorat de Monastir

Centre de la santé de la reproduction de l'ONFP. Rue Ibn Sina - 5000 Monastir. Tél.: 73 461 954

Hôpital universitaire «Fattouma Bourguiba» Service de médecine préventive. Imm. de la consultation externe. Avenue 1er juin. 5000 Monastir. Tél.: 73 447 108 - 73 460 411

Gouvernorat de Sfax

Association tunisienne de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, Av. 5 Août –

Rue 19 juillet – 3002 Sfax. Tél.: 74 203 500

Direction régionale de la S.P de Sfax, Av. Majida Boulila – SSB. - 3002 Sfax. Tél.: 74 244 624

Gouvernorat de Sousse

Centre de médecine scolaire et universitaire de Sousse. Rue Hasdrubal – 4002 Sousse. Tél.: 73 332 593

Gouvernorat de Tozeur

Direction régionale de la santé publique de Tozeur. SSB 36 rue Malek Noura - 2200 Tozeur. Tél.: 76 470 400

Gouvernorat de Tunis

Association tunisienne d'information et d'orientation sur le Sida.

43, Rue Hédi Saidi- Bab Saâdoun - 1005 Tunis. Tél.: 71 957 544

Centre Intermédiaire de la Marsa. Rue Ibdilia - 2070 La Marsa. Tél.: 71 775 766

Centre des soins de santé de base 9 avril à Tunis. Av. 9 avril 1938 – à côté de l'HCN



CONSEIL DE DISCIPLINE

Au cours des deux dernières années, nous avons tenu deux conseils de discipline. L'organisation d'un conseil de discipline est une procédure longue, couteuse, et nécessite une préparation minutieuse. L'objectif de la procédure disciplinaire ordinale est avant tout la protection de la profession plutôt que la répression du comparant fautif.

Il faut savoir que la tenue d'un conseil de discipline de l'ordre des médecins ne peut être réglementaire qu'en présence d'un quorum d'au moins 11 conseillers parmi les 16 membres du CNOM.

En tout et pour tout, nous nous sommes prononcés sur 17 dossiers disciplinaires dont 5 par contumace. Les comparants ont une moyenne d'âge de 51,5 ans avec des extrêmes allant de 38 à 63 ans, ils sont majoritairement de sexe masculin (16/17) et équitablement répartis entre médecins spécialistes (9) et généralistes (8) et exerçant pour la plus part dans le secteur libéral (15/17).

Les principales infractions reprochées concernent 5 fois des certificats médicaux de complaisance ou de rapport tendancieux et autant de cas d'exercices irréguliers de la médecine (remplacements ou installation non autorisés, cabinet secondaire), 2 fois pour cumule d'un exercice médical avec une activité commerciale incompatible, 3 infractions concernent la diffamation de confrères ou de l'instance ordinale, une fois pour honoraires abusifs et une fois pour charlatanisme.

Après avoir écouté la décision de comparution et les plaidoyers des confrères et/ou de leur avocat et après délibération les sanctions prononcées étaient dans un seul cas un non lieu et pour le reste elles vont du blâme à l'interdiction temporaire d'exercice : blâme (5), avertissement (2), interdiction d'exercice de 1 mois (5), de 3 mois (2), de 1 an (1) et de 3 ans (1).

La Rédaction

Suite de la page 24

COMMUNIQUÉ CONJOINT DES CONSEILS NATIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS ET DES MÉDECINS DENTISTES

Un décret portant création d'un comité national de certification des prestations de santé est publié au journal officiel n°72 du 11 septembre 2012.

Le conseil national de l'Ordre des médecins qui a participé à une courte consultation et le conseil national de l'Ordre des médecins dentistes qui n'a pas été consulté tiennent à faire savoir que ce texte leur inspire les plus extrêmes réserves. Ils les ont d'ailleurs exprimées dans une lettre commune adressée au Ministre de la Santé, alors que le programme de création de ce comité en était au stade d'élaboration.

Leurs griefs tiennent essentiellement en trois points :

1/ Le projet a été porté par le Ministre de la Santé en 2010 et ardemment défendu dans le cadre de la politique d'alors de merchandising des prestations de santé. Les deux conseils de l'Ordre l'avaient dénoncé pour les inévitables effets pervers qu'il allait avoir.

2/Une question de principe veut qu'une institution compétente vis-à-vis de tous les secteurs d'exercice, dotée de prérogatives d'évaluation et d'un pouvoir décisionnel ait un statut de totale indépendance et ne soit pas à tous ses niveaux sous l'autorité de fait du ministre comme c'est le cas dans ce texte.

3/Introduire aujourd'hui des mécanismes de discrimination, fut-ce par le haut, apparait comme une contre réponse apportée aux insuffisances et aux inégalités dont souffre à la base notre système de santé et que dénoncent inlassablement les organisations professionnelles et la population.

Il ya lieu par ailleurs de constater que ce décret ne vient pas en application d'une loi préexistante et qu'il est pris alors même que le débat national sur la réforme du système de santé est lancé, ce qui laisse craindre une volonté du fait accompli.



SOYEZ AU RENDEZ-VOUS AUX PROCHAINES ÉLECTIONS

La représentativité du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a été mise en cause par des membres de la famille médicale à cause du taux d'abstention qu'ont connu ses élections. Ce manque d'intérêt à l'égard du geste citoyen n'est cependant pas le monopole des élections de notre corporation.

Il convient de rappeler que les élections ordinaires sont organisées par la loi 91-21 du 13 mars 1991. Cette loi, avec ses deux décrets d'application, a introduit par rapport au texte qu'elle réformait trois progrès : le premier concerne la suppression du vote par correspondance évitant ainsi le bourrage des urnes, le deuxième progrès multiplie le nombre de bureaux de vote à 6 et s'approche plus des électeurs sur tout le territoire national et enfin le troisième, en limitant le nombre de mandats successifs à deux, il permet le renouvellement des équipes.

Ces textes ont aussi apporté une rigueur nouvelle en fixant dans ses moindres détails la procédure électorale et ont donné à tout médecin le droit de contestation et de recours auprès des tribunaux compétents. Ces procédures ont toujours été scrupuleusement respectées et chaque électeur a pu exercer ses droits.

Une nouvelle échéance électorale se présente en janvier 2013 en vue de renouveler la moitié sortante du bureau du conseil national de l'Ordre. L'institution compte sur l'engagement volontaire et bénévole des conseillères et conseillers, anciens et nouveaux pour défendre les valeurs qui fondent l'exercice médical et la pérennité d'une médecine indépendante et de qualité.

Dr. Mohamed Nejib Chaabouni

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ÉLECTIVES DU CONSEIL NATIONAL Appel à candidature

Nous informons tous les confrères que des assemblées générales ordinaires électives seront organisées au niveau des conseils régionaux le samedi 12 janvier 2013 pour le renouvellement de la moitié sortante des membres du conseil national de l'ordre des médecins. Huit postes sont à pourvoir (08).

Nous rappelons ici les conditions réglementaires stipulées au décret n° 448 - 92 du 10 mars 1992 relatives aux candidatures :

- Les candidats au conseil national de l'ordre des médecins doivent être de nationalité tunisienne, jouir de leurs droits civiques et inscrits au tableau de l'ordre depuis au moins dix (10) ans.
- Les candidats aux élections du conseil national devront faire acte de candidature par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président du conseil national de l'ordre des médecins. Cette lettre devra parvenir dix (10) jours au moins avant la date prévue pour la tenue des élections. Le dernier jour de réception des candidatures sera le 31 décembre 2012.

Le Président

DES PLUMES PLUS ACÉRÉES (*)

Même si le bulletin de l'Ordre des Médecins de Tunisie est destiné aux médecins, il constitue une excellente source d'information pour les journalistes. Les sujets traités dans le dernier numéro (34) qu'il s'agisse de « la complicité des médecins de prison dans la torture », des « dépassements d'honoraires », des « certificats médicaux de complaisance », du « service national des médecins spécialistes », des « hôpitaux privés » de « l'activité privée complémentaire, la fameuse APC », ne concernent pas que les médecins et peuvent donner lieu à des enquêtes intéressantes dans des media grand public.

S'il est vrai que les médecins, au contraire d'autres corporations comme les avocats, ont brillé par leur absence ces derniers mois de la scène politique, ils ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes. Voilà une occasion en or de participer plus intensément à la vie de la cité et d'exposer ses problèmes. Ils l'ont ratée. Cependant, il n'est jamais trop tard pour bien faire. Ils pourront commencer par assurer une plus large diffusion à ce bulletin. Il ne suffit pas de prêcher des convertis, il faut aussi s'adresser aux leaders d'opinions : hauts cadres de l'administration, partis politiques et surtout les journalistes, d'autant plus que nos médecins n'ont pas à rougir de leur bulletin. Une présentation, certes sobre mais qui ne donne pas dans le misérabilisme et des articles concis, bien rédigés et des plumes plus acérées (enfin) sous-tendues par une argumentation qui emporte souvent la conviction ou à tout le moins qui nous invite à relativiser certains a priori qui ont la vie dure. Un pas dans la bonne direction.

(*) Article publié sur le journal en ligne « Leaders » le 13 octobre 2011