



SOMMAIRE

Directeur de publication
Dr Mohamed Néjib CHAABOUNI

Chargés de la publication les docteurs
Jalel BOUBAKER, Rym HORCHANI, Hatem JABBES

Comité de rédaction les docteurs
Mohamed AYED, Slim BEN SALAH, Mounir BEN SLAMA, Nabil BEN ZINEB, Kilani CHABBOUH, Sadok EL HAMMAMI, Mohamed HOUISSA, Mohamed JOUINI, Abdelmajid KAMOUN, Rachid KAMOUN, Youssef LETAIEF, Emna MENIF

Collaboratrice: Mme Henda ZIDI CHTIOUI

Adresse

16, Rue de Touraine 1002 Tunis. Tél: 216 71 792 736 - 71 799 041 - Fax: 216 71 788 729 -
E-mail: cnom@planet.tn - Site: www.ordre-médecins.org.tn

Editorial	1
Mission de la Faculté de Médecine de Tunis	2
Médecins et sites internet	3
Relation médecins malade	6
Accident médical / faute médicale	7
Démographie médicale : CROM Tunis	8
Statistiques médicales	11
Communiqués	12
Nouvelle fourchette des honoraires	18
Informations diverses	19

EDITORIAL

La compétence: une obligation déontologique

« Le grand malheur pour un malade c'est d'être soigné par un médecin ignorant... La conscience sans la science est inutile, la sensibilité, même sincère, qui cache l'incompétence est dangereuse... » Jean Bernard

Pour répondre à la mission que la société lui a confiée, le médecin se doit d'être compétent. Cette compétence résulte des études qu'il a faites, d'une éventuelle formation complémentaire acquise et reconnue par la commission de qualification de l'Ordre. Cette compétence doit être constamment entretenue par une formation continue; soit un continuum d'apprentissage que les anglo-saxons appellent « Long Life Learning ». La compétence médicale est la première exigence de la morale professionnelle.

Actuellement livrée au libre arbitre du médecin, cette formation continue doit progressivement devenir obligatoire dotée d'un système indépendant d'évaluation et d'accréditation. Le conseil national de l'Ordre des médecins a participé en 2012 à une commission multidisciplinaire pour la mise en place d'un projet de « développement professionnel continu ». Ce projet qui est resté, malheureusement, sans suite.

La compétence du médecin n'est pas seulement technique : l'objectif des études médicales doit-il être placé sous le signe de l'harmonisation entre les acquisitions scientifiques d'une part et relationnelles d'autre part. Ces dernières doivent être prises en compte dès les premières années, imprégner toutes les études de médecine.

Il serait souhaitable que la nouvelle réforme des études médicales apporte, en plus, une dimension humaine de la médecine notamment au contact des malades, au niveau des stages hospitaliers. Les enseignants sont au cœur du sujet. Ce sont eux qui, à l'amphithéâtre, au cours des stages, au lit du malade, forment l'étudiant par l'exemplarité de leur discours et de leur comportement.

La compétence professionnelle suppose, en plus des compétences techniques et communicationnelles, une compétence éthique. Cette dernière est intrinsèquement liée au processus décisionnel entourant la prise en charge thérapeutique. Le soin porte en lui des questionnements, des situations qui laissent les étudiants ou les jeunes diplômés démunis, le contenu des enseignements n'étant pas toujours suffisamment adapté aux enjeux éthiques dont le soin est porteur. Le médecin qui sera dit «compétent» sera celui qui saura appréhender et résoudre les conflits de valeurs que sa pratique lui oppose.

Pour cela, l'enseignement de la médecine ne cesse d'évoluer, différents modèles pédagogiques se sont succédés : de la formation théorique en amphithéâtre à l'apprentissage par problèmes, au compagnonnage aux stages cliniques. L'approche par compétences s'est développée notamment pour tenter de dépasser certaines limites de l'approche par objectifs (morcellement des apprentissages). L'approche par compétences privilégie le développement d'apprentissages à partir de situations authentiques. Cette transformation des programmes d'enseignement a pour objectif de former des cliniciens accomplis non seulement savants, mais capables de prendre la bonne décision, au bon moment et de l'appliquer de la bonne manière.

Dans ce contexte, l'Ordre des médecins a la volonté d'être le garant de la compétence du médecin, au même titre qu'il garantit la valeur des diplômes initiaux ainsi que les qualités morales et professionnelles énoncées dans le code de déontologie. C'est bien, dans cette logique que s'inscrivent les réserves exprimées l'égard de la décision, précipitée, de création de nouvelles facultés de médecine à l'intérieur du pays, en l'absence des structures indispensables de formation théorique et pratique. Former des médecins compétents, ce n'est pas une sinécure; d'ailleurs les quatre facultés de médecine actuelles, en dépit de leur notoriété confirmée s'engagent d'ores et déjà, dans le cadre de leur responsabilité sociale, dans un processus d'accréditation afin de préserver ce « label » de qualité du médecin formé en Tunisie.

Docteur Mohamed Néjib CHAABOUNI

La nouvelle mission de la Faculté de Médecine de Tunis basée sur les principes de la Responsabilité Sociale.

Contexte : La Faculté de Médecine de Tunis (FMT) a assuré depuis sa création en 1964, une formation des médecins basée sur le trépied : enseignement, soins et recherche ; mais elle n'a jamais réellement vérifié l'impact de ses actions sur la société tunisienne. Les résultats des évaluations interne (2002) et externe (2005) de notre faculté ont mis en exergue des insuffisances dans notre système de formation : une médecine générale peu valorisée, souvent choisie par défaut par les étudiants ayant échoué au concours de résidanat, des stages d'externat effectués essentiellement dans les hôpitaux universitaires, peu orientés vers la médecine de première ligne, un troisième cycle réservé exclusivement aux spécialités, une recherche peu valorisée, l'absence d'une structure indépendante d'évaluation de la performance de la faculté, l'implication insignifiante de la faculté auprès des régions sous-médicalisées.

Description : Au terme de ces évaluations et dans un souci d'assurer à tous nos citoyens une qualité et une équité des soins, la FMT s'est fixée comme objectifs prioritaires de valoriser la médecine de famille en orientant le cursus de formation des étudiants vers les besoins sanitaires prioritaires de notre pays, d'améliorer l'encadrement des étudiants au lit du malade, de valoriser la recherche clinique autant que la recherche fondamentale, d'instituer une évaluation continue de l'enseignement théorique et pratique par la création d'un département d'évaluation performant et enfin de contribuer à réduire les inégalités régionales par une action concertée avec les autres partenaires de la santé. La première action menée à l'échelle nationale, a été une réforme des études médicales, valorisant la médecine de famille (ou médecine de proximité)² : cette réforme lancée en 2012 dans les quatre Facultés de Médecine de Tunisie assure à l'étudiant une formation initiale basée sur un tronc commun (premier et second cycle) qui le prépare à intégrer le troisième cycle, représenté par la Médecine de Famille ou les Spécialités. Les programmes de formation des étudiants ont été revus et actualisés, en se basant sur les principaux problèmes de santé de notre population, tels que définis par le département de Médecine de famille (par exemple : la santé maternelle et infantile, les urgences, le diabète, l'hypertension artérielle, la santé mentale, les cancers).

La deuxième action vise à réduire les inégalités régionales en terme d'accès aux soins de qualité. Pour cela nous avons initié un projet de partenariat entre la FMT et les hôpitaux régionaux du Nord-Ouest de la Tunisie. Ce projet a plusieurs objectifs :

1) coordonner et améliorer la prestation de soins de santé en première, deuxième et troisième ligne, 2) soutenir la formation médicale continue des professionnels de santé qui exercent dans ces régions, 3) organiser des projets de collaboration entre la FMT et les équipes médicales et paramédicales locales en vue d'améliorer les compétences professionnelles, 4) contribuer à la mise en place d'une infrastructure hospitalière performante.

L'objectif à moyen terme est de créer dans ces régions des Pôles Hospitalo-Universitaires en Médecine, Chirurgie, Pédiatrie et Gynécologie avec une attention privilégiée à la santé maternelle et infantile, aux urgences, à la santé mentale et à la cancérologie. Le Projet comporte deux actions visant, d'une part à améliorer les prestations de soins en première ligne et d'autre part à initier les étapes de mise en place de pôles hospitalo-universitaires dans ces régions. Les actions qui devront être menées simultanément comportent :

1/ La mise en place d'un programme de Formation Médicale Continue (FMC) destinés aux médecins de première ligne et portant sur les problèmes prioritaires de santé des citoyens de la région (exemple : HTA, diabète, santé maternelle et infantile, santé mentale...). Ce programme sera systématiquement complété par des

stages pratiques ciblés, réalisés en milieu hospitalo-universitaire.

2/ La collaboration très étroite entre les différents partenaires particulièrement entre les médecins des hôpitaux régionaux et les médecins hospitalo-universitaires visant les soins, la formation médicale continue et la recherche ainsi que la mise en place d'une infrastructure hospitalière performante. Des équipes universitaires de différentes spécialités (comportant un professeur ou un maître de conférences agrégé, un assistant, un résident et un personnel paramédical) se relayeront de façon périodique dans le cadre d'un programme préétabli, coordonné par le Doyen et validé par le Conseil Scientifique. Un exemple d'action d'une équipe universitaire en Orthopédie : *Rencontre périodique (une à deux fois par mois) dans un des hôpitaux régionaux du Nord-Ouest avec tous les orthopédistes de la région (secteur public et privé) pendant 3 jours selon l'organigramme suivant : 1^{er} jour : discussion des patients à opérer, 2^{ème} jour : activités conjointes au bloc opératoire, 3^{ème} jour : FMC et discussion de l'état d'avancement du pôle, du 4^{ème} au 7^{ème} jour : un assistant et/ou un résident pourrait rester sur place pour finaliser cette mission avec l'équipe locale (cet exemple a déjà été initié par les équipes d'orthopédie de l'Hôpital Charles Nicolle et de l'Hôpital régional du Kef de 2007 à 2012).* Cette « mission » fera l'objet d'une Convention-Cadre de Partenariat signée par les intervenants concernés (Doyens de Faculté, Directeurs généraux des Etablissements Publics de Santé, Directeurs des Hôpitaux Régionaux) et le Ministre de la Santé.

La réalisation de ces objectifs sera assurée dans le cadre d'une approche participative impliquant non seulement les professionnels de la santé (corps médical et paramédical, secteurs universitaire et hospitalier, public et privé, étudiants) mais aussi les associations de patients et la société civile. Un groupe de travail comprenant des experts nationaux et internationaux est en train d'élaborer les mesures et les indicateurs³ qui seront utilisés pour surveiller et assurer la réalisation de ces objectifs clés et vérifier ainsi s'ils ont un impact sur la santé du citoyen.

Conclusion : Cette nouvelle vision de la mission de notre faculté fondée sur les principes de la responsabilité sociale en évaluant l'impact de nos actions sur la société a changé notre stratégie de formation des étudiants. Elle est inspirée par le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine (2010)⁴. Notre démarche qui s'inscrit dans un cadre national (Contrat Facultés-Territoires impliquant les 4 facultés de Médecine, la faculté de Pharmacie, la faculté de Médecine dentaire et les Hôpitaux régionaux) sera évaluée et comparée à des expériences similaires menées dans d'autres facultés de médecine.

Bibliographie :

- 1-CIDMEF (Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française) (2006). Politique et méthodologie d'évaluation des facultés de médecine et des programmes d'études médicales. Available from: <http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr>
- 2-JORT (Journal Officiel de la République Tunisienne) (2011). Décret N°90 du 25 novembre 2011 fixant le cadre général des études médicales, habilitant à l'exercice de la médecine de famille et à la spécialisation en médecine.
- 3-Boelen, C., Dharami, S., Gibbs, T. (2012) "The Social Accountability of Medical Schools and its indicators", Education for Health, 25:180-94
- 4-Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (2010), Available from: <http://www.healthsocialaccountability.org>

Docteur Ahmed Maherzi,
Doyen de la Faculté de Médecine de Tunis,
Université Tunis El Manar.



Pour la publication des sites médicaux destinés aux patients dans le respect du code de déontologie

Schématiquement, les sites web médicaux actuellement publiés sur Internet peuvent être classés en quatre catégories :

- Les sites destinés aux médecins, créés par des médecins ou des groupes de médecins (sociétés savantes ...)
- Les sites destinés aux médecins, créés par des sociétés pharmaceutiques, des sociétés d'édition ...
- Les sites destinés aux patients, créés par des médecins (sites individuels)
- Les sites destinés aux patients, créés par des sociétés, incluant des avis médicaux donnés par des médecins conventionnés avec la société gérant le site.

Ce sont essentiellement les sites destinés aux patients qui risquent de poser des problèmes d'ordre éthique et déontologique.

Un site individuel est parfaitement autorisé : le patient se connecte à Internet et consulte la page d'accueil du site. Le patient cherche donc à se procurer des informations, ce qui est parfaitement permis.

A l'inverse, l'information imposée au patient est interdite. Il en est ainsi des envois postaux et des spams.

Tout médecin peut donc publier un site individuel pour :

Se présenter, présenter son cabinet et sa propre activité

Fournir des informations médicales concernant sa spécialité

Entrer en contact avec ses patients (site interactif, messagerie) et donner un avis

Un site individuel pour se présenter :

La présentation du médecin sur son site web peut être assimilée à la forme électronique de sa plaque professionnelle ou de son entête d'ordonnance. Le médecin peut donc rapporter ses nom, prénom, date de naissance, numéro d'inscription au CNOM, titres et qualifications professionnels reconnus par le CNOM. Le médecin ne peut utiliser ni un logo, ni un pseudonyme.

CDM Art. 23. Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur les feuilles d'ordonnances et les annuaires sont :

1. Celles qui facilitent ses relations avec ses patients : nom, prénom, adresse, numéro du téléphone et heures de consultation.

2. La qualification qui lui aura été reconnue par le conseil national de l'ordre des médecins.

3. Les titres et fonctions universitaires et hospitalières qui doivent préciser la faculté ou l'hôpital dont il s'agit. Ces titres et fonctions doivent être ceux en cours au jour de l'indication. Les titres et fonctions ayant précédé l'indication doivent obligatoirement être précédés de la mention «ancien».

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

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

Le médecin est aussi autorisé à présenter son cabinet : adresse, téléphone, fax, plan du quartier, moyens de transport pour accéder au cabinet, parkings, les jours et heures de consultation et de visite.

L'utilisation d'un logiciel de prise de rendez-vous par accès sur le site doit se faire après un premier contact médecin-patient afin de confier au patient un code ou une technique d'accès. Ceci permet d'éviter que les médecins qui disposent de ce service, l'utilisent comme un moyen de "rabattage" des internautes.

Le médecin peut aussi présenter son exercice sur son site : présence ou non d'un fichier informatisé, honoraires, tarif des principaux actes appliqués dans le respect de la loi.

Le médecin qui dispose d'un site Internet individuel pourrait en faire mention sur ses ordonnances après avis du CROM dont il dépend. En effet, des inscriptions à caractère informatique pourraient être autorisées sur les ordonnances des médecins (sous réserve de l'usage déontologique qui en sera fait), à savoir l'adresse électronique (du type foulen.benfoulen@internet.tn) et l'adresse du site web (uniform resource locator ou URL du type <http://www.siteweb.org>).

Déontologiquement, il est interdit de :

Faire de la publicité pour son activité

CDM Art. 16. La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de propagande et de publicité sont interdits aux médecins.

Sont également interdites les manifestations spectaculaires touchant à la médecine et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Détourner les patients (liens de re-direction ou logiciel de rendez-vous sans code d'accès par exemple)

CDM Art. 50. Le détournement ou toute tentative de détournement de Clientèle est interdit.

Placer des liens automatiques de re-direction, pour respecter le libre choix du patient.

Mentionner le nombre d'actes effectués. Outre l'aspect promotionnel, la quantité ne permet pas de préjuger de la qualité ni de la compétence du praticien.

Publier un comparatif des honoraires.

Utiliser les « cookies » ou de tout autre outil visant à identifier ou à profiler les visiteurs du site à leur insu.

Un site pour fournir des informations médicales :

L'information médicale fournie par tout médecin sur Internet doit être scientifiquement exacte, exhaustive, actualisée, fiable, pertinente, licite, intelligible et validée.

Les liens éventuels vers d'autres sites ne sont envisageables que dans la mesure où ces derniers respectent le code de déontologie médicale

Le médecin conventionné avec une société ou un organisme qui gère un site Internet est tenu de faire viser sa convention par le CROM dont il dépend.

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

Tout projet de convention ou renouvellement de convention, en vue de l'exercice de la médecine, doit être préalablement communiqué au conseil régional de l'ordre des médecins. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code, avec les clauses des contrats-types établis par le conseil national de l'ordre et les collectivités ou institutions intéressées et avec les dispositions législatives ou réglementaires. Le médecin doit signer et remettre au conseil régional de l'ordre une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre lettre relative au contrat soumis à l'examen du conseil.

Sont interdits :

La défense des concepts non validées

CDM Art. 26. Le médecin ne doit pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner sa communication des réserves qui s'imposent. Il ne doit pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

L'aliénation de l'indépendance du médecin

CDM Art. 11. Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

La publication des témoignages de patients

La ristourne et le compéage

CDM Art. 17. Sont interdits :

1. Tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite.
2. Toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade
3. Toute dichotomie entre médecins notamment tout versement, acceptation ou partage clandestin d'honoraires entre praticiens
4. Toute commission à quelque personne que ce soit
5. L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque et notamment pour examens, prescriptions de médicament et d'appareils, envoi dans une station de cure ou établissement sanitaire privé.

CDM Art. 19. Tout compéage entre médecin et pharmacien, auxiliaire médical et toute autre personne, est interdit. Il est interdit à un médecin de donner des consultations dans les locaux dépendant d'un auxiliaire médical ou de toute autre personne exerçant une profession pouvant avoir des rapports avec son art.

Un site pour rester en contact avec ses patients :

Le médecin peut recourir à un site web interactif pour rester en contact avec ses patients, dans le cadre du principe de la continuité des soins.

L'utilisation d'Internet n'est pas très fréquente dans les rapports entre patients et médecins. En l'an 2000, 6 % seulement des patients américains utilisaient le Net pour correspondre avec leur médecin.

Il existe ici une grande analogie avec l'avis que pourrait donner le médecin par téléphone. Le CNOM a déjà publié en 2006 son avis sur ce sujet.

Schématiquement, trois situations peuvent être envisagées :

1^{er} cas : patient connu

Pour un patient connu, posant une question simple dans les suites d'une consultation, il est déontologiquement

acceptable de répondre par téléphone, par exemple pour préciser la prescription d'un médicament bien identifié. Toutefois, certaines précautions s'imposent :

- Le médecin doit s'assurer de l'identité de son interlocuteur. Il peut éventuellement lui demander son numéro de téléphone pour le rappeler lui-même peu après.
- Le médecin estime qu'un nouvel examen clinique du patient n'est pas nécessaire et que la nature exacte de la demande est bien identifiée. Il faudra se méfier des aléas d'une transmission par personne interposée, que ce soit un proche du patient ou la secrétaire médicale.
- Le médecin doit reporter les circonstances et le contenu de cette prescription téléphonique dans le dossier médical du patient...

2^{ème} cas : patient non identifié

Pour un patient non identifié, et en dehors d'une urgence, le médecin doit se limiter dans son entretien téléphonique à une simple information de caractère général tout en lui proposant une vraie consultation

3^{ème} cas : urgence

S'il y a une urgence apparente, l'attitude la plus logique à adopter est de se déplacer ou de faire venir le patient. Dans certains cas, des mesures immédiates peuvent être conseillées : appel du SAMU, prise d'un médicament donné en urgence ...

L'avis médical sur Internet varie de la simple information d'ordre général ou personnalisée (après réponse à un questionnaire par exemple), à une véritable consultation en ligne. Celle-ci ne peut pas être déontologiquement acceptée, dans l'état actuel de nos connaissances, car elle est imparfaite, l'examen physique ne pouvant être fait.

Les principes déontologiques d'un avis sur Internet sont les suivants :

Le médecin doit s'authentifier avant d'entrer en contact avec un patient.

Le patient peut rester anonyme.

Les informations, conseils, avis personnels ne doivent se faire qu'après relation clinique avec le patient concerné

CDM Art. 83. *Les prestations de consultations des médecins de libre pratique sont dispensées exclusivement dans leurs cabinets à l'exception des visites à domicile en cas d'urgence et des activités de médecine du travail, de médecine scolaire et universitaire, de contrôle et d'expertise.*

La responsabilité professionnelle du médecin intervenant est totalement engagée, sur les plans civil, pénal, et disciplinaire. La prise d'honoraires est actuellement interdite, elle doit être étudiée

CDM Art. 10. *Les principes ci-après énoncés s'imposent à tout médecin, sauf dans les cas où leur observation est incompatible avec une prescription législative ou réglementaire ou serait de nature à compromettre le fonctionnement et le développement normaux des services ou institutions de médecine sociale. Ces principes sont :*

- le libre choix du médecin par le malade.
- la liberté des prescriptions du médecin.
- le paiement direct des honoraires par le malade au médecin sauf dérogations prévues par le présent code.

Le secret médical doit être préservé sur le net

CDM Art. 8. *Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi.*

Ce volet soulève le problème d'authentification des intervenants sur Internet.

En ce qui concerne l'identification du médecin, des solutions sont possibles : élaboration d'une carte des professionnels de santé, mise en ligne par le CNOM de l'annuaire officiel des médecins en situation régulière d'exercice, création d'une carte qui permet la signature électronique ...

En ce qui concerne le patient, il est pour le moment impossible à un médecin de savoir si un conseil qu'il donnera sur Internet parviendra bien au patient qu'il a effectivement interrogé. C'est une des raisons pour lesquelles il est préférable de ne pas avoir recours à des avis ou des conseils personnalisés mais de rester dans le domaine des conseils généraux.

Un autre problème est celui de la confidentialité des informations circulant entre les intervenants.

A l'heure actuelle, la confidentialité n'est assurée que si le praticien et le patient se servent d'un système de cryptage sur leurs postes.

Docteurs Nabil BEN ZINEB & Mohamed JOUINI

L'INFORMATION, BASE DE LA RELATION MEDECIN MALADE

Longtemps un certain paternalisme médical a prévalu, le médecin impose au malade, parfois sans explications, la décision qu'il jugeait la meilleure.

La notion de consentement aux soins n'apparaît que dans la deuxième moitié du vingtième siècle. Elle devient rapidement la pierre angulaire de la relation médecin malade. Elle joue un rôle déterminant dans toutes les phases de l'exercice médical (l'accueil, l'entretien, l'examen), dans l'acceptation de la décision médicale et enfin dans l'observance du traitement.

Parallèlement la société a modifié ses normes, privilégiant la notion de contrat de soins. Le malade, autre fois, confiant dans la décision médicale, devient un patient partenaire autonome, puis codécideur, enfin et à la limite « usager, consommateur de soins ». Ainsi, un climat de méfiance entre le corps médical et les malades s'installe avec son corollaire de médecine judiciarisée.

C'est dans ce contexte particulier que la qualité de la communication médecin-malade prend toute sa dimension, véritable outil qui devrait permettre de préserver la relation Soignant-Soigné.

La communication est le vecteur de l'information

La communication, un échange de messages (verbaux, écrits ou comportementaux) entre les personnes, constitue l'élément essentiel de la relation médecin malade. Elle joue un rôle déterminant dans toutes les phases de l'exercice médical (l'accueil, l'entretien, l'examen), dans l'acceptation de la décision médicale et enfin dans l'observance du traitement.

La plupart des malentendus, des litiges, voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés sont liés à une carence de communication: manque d'écoute qui prive le médecin d'informations essentielles, non seulement sur les symptômes ressentis par le malade mais aussi sur son état d'esprit, ses croyances, son inquiétude; manque d'explications qui laisse le malade sous l'emprise de ses questions, ses doutes et ses angoisses.

La raison majeure de ce manque d'écoute est souvent le manque de temps lié, entre autres, à l'hypertechnicité déshumanisante de la médecine actuelle. Si en médecine et en chirurgie traditionnelles la relation médecin-malade se déroule encore le plus souvent dans l'esprit du « colloque singulier », ces mêmes disciplines rencontrent des difficultés particulières lorsqu'elles abordent des activités de pointe ou d'innovation (chirurgie cardiaque, transplantation d'organes, réanimation...). La diversité des spécialités impliquées, l'inaccessibilité des locaux, la multiplicité des intervenants, la dilution des responsabilités sont autant d'obstacles à la communication avec le malade, ou sa famille.

Tenir compte de l'influence des médias

Les médias, avec en tête Internet, sont un prodigieux moyen d'information. Il comportent toutes fois de graves inconvénients: l'utilisateur découvre d'innombrables informations qui ne sont ni triées, ni hiérarchisées, ni évaluées et qu'il a tendance à mettre en concurrence avec celles données par le médecin. Plus grave encore, Internet favorise l'automédication débridée offrant au patient la possibilité de puiser sans contrôle dans un éventail illimité de thérapeutiques plus ou moins valables.

L'empathie

L'empathie est l'attitude qui permet le mieux de situer les interlocuteurs, proches sans familiarité, respectueux l'un de l'autre sans condescendance ni apitoiement. Elle ne consiste pas à « se mettre à la place de l'autre », ce qui pourrait faire perdre au médecin son identité et sa clairvoyance, mais à s'intéresser à la personne du patient et à s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent.

Cette attitude d'attention s'apparente davantage à une alliance, à un compagnonnage qu'à un contrat.

La communication non verbale peut-être, elle aussi, facteur d'empathie. Il faut avoir été soi-même demandeur de soins pour connaître la valeur d'un geste amical, d'un regard complice, d'un sourire.

Une information loyale complète et intelligible

L'information du patient et de sa famille est essentielle. Elle doit être vraie, claire, nuancée, ajustée au degré de compréhension de chacun, éventuellement réitérée. Elle demande de la part du médecin une attention particulière car elle est chargée, pour le malade, de tous les espoirs et de toutes les appréhensions, qu'il s'agisse de la révélation d'un diagnostic, de la proposition d'un examen complémentaire ou du choix d'un traitement.

L'information doit être donnée en langage intelligible, en termes mesurés, sans jamais sous-estimer la résonance de certains mots dans l'esprit du patient anxieux et de sa famille.

C'est un art difficile d'écouter patiemment, humblement, de conduire un dialogue, d'informer sans aller au-delà de ce que le malade veut savoir.

L'annonce d'une maladie grave, à fortiori d'un pronostic fatal, doit être délivrée progressivement, par touches successives, sans jamais tuer l'espoir.

Enfin le fait qu'un patient signe le formulaire pour autoriser l'intervention chirurgicale ne signifie pas que le médecin est déchargé de son devoir d'informer le patient.

La relation médecin-malade : une confiance partagée

Toutes ces recommandations devraient contribuer à entretenir une véritable « culture de la communication », fondée sur l'attention au malade aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine ambulatoire. La relation médecin-malade doit préserver sa qualité première, la confiance partagée. Bien que le projet, en cours, de réforme du code de déontologie médicale (Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993) envisage de renforcer l'obligation d'information et du consentement du patient, aucune disposition légale ne peut couvrir l'infinité des cas particuliers en pratique clinique, et ne dispense de l'engagement personnel du médecin. La loi n'est pas l'éthique.

Docteur Mohamed Néjib CHAABOUNI



ACCIDENT MÉDICAL N'EST PAS SYNONYME DE FAUTE MÉDICALE

L'Ordre national des médecins affirme sa totale adhésion au principe de la liberté d'expression consacré par la Déclaration universelle des droits de l'homme, laquelle liberté d'expression est étroitement associée à la liberté des médias et au droit à l'information.

Toutes fois les journalistes sont investis d'une responsabilité sociale dont ils ne peuvent se défaire chaque fois qu'ils abordent le sujet des accidents médicaux. Cette responsabilité consiste d'abord à prendre conscience de l'impact du récit médiatique d'un «accident médical» sur les patients, leurs proches et sur le public d'une manière générale. Elle consiste ensuite à mesurer la pertinence des mots, des détails, des images et des interprétations avancées.

La famille médicale s'interroge, légitimement, sur les «scoops» qui envahissent de manière récurrente les médias ainsi que sur le traitement médiatique outrancier propulsant des informations souvent approximatives, qui à terme, entament largement la confiance des patients envers les acteurs de santé.

L'Ordre national des médecins considère abusive l'utilisation quasi constante de l'expression «faute médicale» pour rapporter un accident médical, ce qui traduit davantage la recherche du sensationnel plutôt que l'intérêt légitime d'information du public.

Présenter les accidents médicaux comme étant le résultat évident d'une faute médicale est une manière tronquée de lire la réalité des faits, et altère injustement la qualité de la relation de soins dans le cadre du colloque singulier médecin-patient.

Seule l'expertise est habilitée à se prononcer

Nous rappelons que l'accident médical est un événement indésirable qui vient perturber le cours normal d'une hospitalisation ou d'un traitement. Il peut être mineur ou majeur, fautif ou non, lié au médecin, au personnel soignant ou à l'organisation de l'institution de soins.

Nous rappelons que tout accident médical n'engage pas automatiquement la responsabilité du médecin. Pour ce faire, il faut qu'il soit reconnu comme fautif.

Chaque cas est unique, et il est extrêmement difficile en l'absence d'expertise médicale de dire si une faute médicale caractérisée a été commise.

Seule l'expertise (souvent un comité d'experts) est habilitée à se prononcer sur la réalité de la faute médicale et de faire lien entre cette faute et le préjudice subi.

L'accident médical est par conséquent un sujet délicat et multifactoriel dont il convient de comprendre la complexité afin d'en assurer un traitement médiatique approprié.

Pour cela il est utile de consulter au préalable des sources professionnelles fiables permettant notamment une remise en contexte.

Désinformation, un danger pour la santé publique

L'Ordre national des médecins a déploré les conséquences désastreuses du contenu d'un dossier télévisé sur le programme national de transplantation d'organes.

Des informations brouillées mêlées à des accusations infondées de trafic d'organes cultivent le sensationnel sur un plateau de télévision «médecine spectacle». Le doute est donc semé dans l'esprit des tunisiens, installant désormais une retissure à l'égard du prélèvement d'organes. Une chute de l'activité de greffe s'ensuit, au grand désespoir des patients en attente de transplantation d'organes. Tout ce fatras relève d'une prérogative journalistique assez pathétique et qu'aucune organisation (syndicat des journalistes ou une instance de régulation) n'intervienne ou ne corrige les errements médiatiques. Une forme d'impunité affligeante dans un pays en pleine transition démocratique.

Docteur Mohamed Néjib CHAABOUNI

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : C.R.O.M DE TUNIS.

FAUT-IL CONTINUER À APPLIQUER LA POLITIQUE DE L'AUTRICHE ?

Introduction

Le territoire régi par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Tunis s'étend sur une superficie de 12053 Km² divisé sur le plan administratif en 7 gouvernorats et 84 délégations.

Selon les estimations de l'Institut National des Statistiques à la date du 1er Janvier 2013, ce territoire compte 4 038 795 d'habitants (soit 37,28% de l'ensemble de la population tunisienne) dont 19,42% sont ruraux. Le gouvernorat de Tunis compte un peu plus d'un million d'habitants tous urbains alors que le gouvernorat de Zaghouan est le moins peuplé avec une majorité rurale [Tableau 1]

Tableau 1 : Répartition démographique des 7 gouvernorats

Gouvernorat	Délégations	Urbain	Rural
Tunis	21	1 003 890	0
Ariana	7	484 489	49 592
Mannouba	8	281 075	96 865
Ben Arous	12	551 814	57 273
Nabeul	16	517 235	262 170
Bizerte	14	348 137	211 176
Zaghouan	6	67 728	107 393

Exercice libéral exclusif

Données générales

Jusqu'au mois de mai 2013, neuf mille cinq cent trente-cinq médecins sont inscrits au tableau de l'ordre du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) de Tunis dont 3535 médecins d'exercice libéral exclusif soit 37,07% de l'ensemble des médecins. Mille trois cent vingt-deux médecins, seulement, exercent leur art en tant que médecin généraliste soit 37,40% des médecins installés dans le secteur libéral.

Les médecins libéraux sont plutôt des hommes (60,55%) quadragénaires ou quinquagénaires (1848/3535) avec un âge moyen de 50,2 ans. On observe, cependant, une tendance à la féminisation de la profession. En effet, la génération montante qui s'installe est composée de 434 femmes contre 266 hommes.

L'étude de la pyramide des âges nous montre par ailleurs que nos aînés ne connaissent pas la retraite et ils restent en activité même au-delà de 70 ans (59 médecins).

Densité médicale

La densité médicale correspond au nombre de médecins exerçant rapporté à 100 000 habitants. Elle témoigne de l'importance de la couverture médicale dans une région donnée.

La densité médicale moyenne au niveau du territoire du CROM de Tunis est de 87 médecins pour 100 000 habitants

Cette densité varie d'un gouvernorat à l'autre allant de 27/100 000 habitants à Zaghouan à 164/100 000 habitants à Tunis [Tableau 2]

Tableau 2 : Densité médicale

Gouvernorat	Médecins	Habitants	Densité Médicale
Tunis	1644	1 003 890	164
Ariana	534	534 040	100
Mannouba	141	377 939	37
Ben Arous	434	609 087	71
Nabeul	461	779 405	59
Bizerte	274	559 313	49
Zaghouan	48	175 121	27

Une région est dite sous médicalisée si la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne du territoire. Elle est dite sur dotée si la densité médicale est supérieure de 30% à la moyenne du territoire. De ce fait 61 médecins pour 100 000 habitants constitue le seuil minimal au-dessous duquel le gouvernorat est considéré sous médicalisé et une densité de 114 médecins pour 100 000 habitants constitue un seuil maximal au-delà duquel le gouvernorat est considéré comme sur doté. Ainsi Les gouvernorats de Nabeul, Bizerte, Mannouba et Zaghouan sont considérés sous médicalisés alors que le gouvernorat de Tunis est clairement sur médicalisé.

Médecins généralistes

Mille trois cent vingt-deux médecins exercent en tant que généralistes répartis sur les sept gouvernorats avec une densité moyenne de 33 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

La densité médicale varie de 19 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Zaghouan à 45 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Tunis

Les gouvernorats comptant moins de 23 médecins généralistes pour 100 000 habitants sont considérés sous médicalisés et ceux comptant plus de 43 médecins pour 100 000 habitants sont considérés comme sur dotés. De ce fait seul le gouvernorat de Zaghouan est sous doté en médecins généraliste alors que le gouvernorat de Tunis est le seul à être sur médicalisé [Tableau 3]

Tableau 3 : Médecins généralistes : densité médicale

Gouvernorat	Médecins	Habitants	Densité Médicale
Tunis	455	1 003 890	45
Ariana	189	534 040	35
Mannouba	97	377 939	26
Ben Arous	205	609 087	34
Nabeul	207	779 405	27
Bizerte	136	559 313	24
Zaghouan	33	175 121	19

Pour savoir si les médecins généralistes sont répartis de façon homogène sur l'ensemble des délégations d'un même gouvernorat nous nous sommes aidés du calcul du coefficient de variation de la densité médicale au niveau de chaque gouvernorat.

Le coefficient de variation n'étant autre que le rapport de l'écart type à la moyenne.

Plus ce coefficient est faible plus la distribution des médecins est homogène et plus ce coefficient est élevé plus cette distribution est hétérogène [Tableau 4]

Tableau 4 : Médecins généralistes : coefficient de variation

Gouvernorat	Médecins	Densité médicale	Coefficient de variation
Tunis	455	45	0.950
Ariana	189	35	0.753
Mannouba	97	26	0.855
Ben Arous	205	34	0.509
Nabeul	207	27	0.446
Bizerte	136	24	0.778
Zaghouan	33	19	0.735

Avec un coefficient de 0.950 le gouvernorat de Tunis est celui où les médecins généralistes sont les moins bien répartis sur les 21 délégations que compte ce gouvernorat. Les délégations de BabBhar, El Menzah, la Marsa et Carthage avec des densités médicales respectives de 208, 108, 107 et 66 sont les délégations les mieux dotées. Cependant les délégations de Kabbaria, Hrairia, Djebel Djelloud, Sijoumi et el Omrane avec des densités médicales respectives de 8, 11, 15, 18 et 21 sont des délégations sous médicalisées. Un rapport de 1/26 entre la délégation la moins bien dotée et celle surmédicalisée fait que la différence entre les délégations de ce même gouvernorat ne peut passer inaperçue. Quand une seule rue à el Manar I compte 20 médecins généralistes alors que la délégation de Hrairia qui abrite 99 533 habitants n'en compte que 11 nous ne pouvons qu'être perplexe quant à cette inégalité flagrante nous incitons à chercher des solutions pragmatiques et efficaces pour réduire l'écart entre ces délégations voire même entre les différentes localités d'une même délégation.

Médecins spécialistes

Deux mille deux cent treize médecins spécialistes exercent dans le secteur libéral dont plus de la moitié sur le seul gouvernorat de Tunis avec une densité médicale moyenne de 54 médecins spécialistes pour 100 000 habitants [tableau 5]

Tableau 5 : Médecins spécialistes : densité médicale

Gouvernorat	Médecins	Habitants	Densité Médicale
Tunis	1189	1 003 890	118
Ariana	345	534 040	65
Mannouba	44	377 939	12
Ben Arous	228	609 087	37
Nabeul	254	779 405	33
Bizerte	138	559 313	25
Zaghouan	15	175 121	9

Les gouvernorats comptant moins de 38 médecins spécialiste pour 100 000 habitants sont considérés sous médicalisés et ceux comptant plus de 71 médecins pour 100 000 habitants sont considérés comme sur dotés. De ce fait les gouvernorats de Ben Arous, Nabeul, Bizerte, Mannouba et Zaghouan sont sous médicalisés en médecins spécialistes alors que le gouvernorat de Tunis en est largement sur doté.

Cette surcharge en spécialiste n'intéresse pas tout le gouvernorat de Tunis mais quelques délégations privilégiées tels que BabBhar, El Menzah, La Marsa, Cité El Khadhra et le Bardo avec des densités respectives de 937, 886, 220, 153 et 138 médecins pour 100 000 habitants alors que d'autres n'en comptent aucun à savoir El Omrane, Djebel Djelloud et Sijoumi. Les médecins spécialistes préférant s'installer très proches des structures hospitalières privées. En effet nous dénombrons 112 médecins spécialistes autour de la Clinique El Manara et de La Clinique de Tunis à EL Manar I délégation d'el Menzah et 85 médecins spécialistes à proximité de la Clinique Avicenne à EL Manar II au sein de la même délégation d'El Menzah

Pour pallier à ce déséquilibre flagrant, il faudra établir un état des lieux de chaque spécialité au niveau de chaque gouvernorat et au niveau de chaque délégation et le comparer aux besoins de la population [tableau 6]

Tableau 6 : Densité médicale fonction des spécialités

Spécialité	Médecins	Habitants	Densité Médicale
Chirurgie Générale	96	4 038 795	2
Orthopédie	84	4 038 795	2
Chirurgie	7	4 038 795	-
Carcinologique			
Carcinologie	8	4 038 795	-
Cardiologie	139	4 038 795	3
Gynéco-Obstétrique	335	993 600*	33
Pédiatrie	207	852 800§	24
Psychiatrie	83	4 038 795	2
Radiologie	145	4 038 795	3

* femmes en âge d'activité génitale

§ enfants âgés de moins de 15 ans

Chirurgie Générale et Orthopédie

Quatre-vingt seize chirurgiens et 84 orthopédistes exercent en libre pratique sur le territoire du CROM de Tunis avec une densité médicale de 2 chirurgiens et 2 orthopédistes pour 100 000 habitants. Leur distribution sur les différents gouvernorats est quasi équivalente avec un point commun leur absence du gouvernorat de Mannouba qui compte certes un Centre Hospitalier Universitaire d'orthopédie mais pas de chirurgie générale.

Chirurgie Carcinologique et Carcinologie médicale

Sept chirurgiens carcinologiques et 8 carcinologues exercent en libre pratique exclusif sur le territoire du CROM de Tunis et plus particulièrement à Tunis et à l'Ariana pour ce qui concerne les chirurgiens ; Les Carcinologues sont répartis sur trois gouvernorats : Tunis, Ariana et Bizerte. L'absence de carcinologues dans les autres gouvernorats ne peut être expliquée comme l'absence de chirurgien carcinologue dans le gouvernorat de Nabeul qui est doté de deux blocs opératoires.

Cardiologie

Spécialité d'urgence et de proximité, la cardiologie semble répondre aux mêmes lois de distributions à savoir la proximité d'une structure hospitalière expliquant la concentration des cardiologues à Tunis avec une densité de 7 médecins pour 100 000 habitants et à l'Ariana avec 4 médecins pour 100 000 habitants. Nous notons toutefois l'absence de cardiologue à Zaghouan. Le cardiologue libéral le plus proche pour un zaghouanais est installé à el Mourouj soit à 50 km de son lieu d'habitation.

Gynéco-Obstétrique

Trois cent trente-cinq gynéco-obstétriciens exercent en libre pratique avec une densité moyenne de 33 médecins pour 100 000 femmes âgées entre 15 et 45 ans. Les gouvernorats de Bizerte, Mannouba et Zaghouan ayant une densité médicale de moins de 23 gynécologues pour 100 000 femmes demanderaient à être mieux dotés [Tableau 7].

Tableau 7 : Médecins Gynéco-obstétriciens : densité médicale

Gouvernorat	Médecins	Femmes > 15 ans	Densité Médicale
Tunis	167	250 200	67
Ariana	42	131 700	32
Mannouba	11	96 600	11
Ben Arous	42	150 800	28
Nabeul	48	187 700	25
Bizerte	20	132 600	15
Zaghouan	5	44 000	11

Pédiatrie

Classiquement, les pédiatres s'installent pas loin des gynécologues, il est donc pas du tout étonnant d'observer une distribution quasi comparable avec une densité médicale de 24 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. Avec une densité de moins de 17 pédiatres pour 100 000 enfants Nabeul s'ajoute à la liste des gouvernorats déficitaire sus citée.

Tableau 8 : Médecins pédiatres : densité médicale

Gouvernorat	Médecins	Enfants <15 ans	Densité Médicale
Tunis	75	196100	38
Ariana	43	111 700	38
Mannouba	10	77900	13
Ben Arous	30	126100	24
Nabeul	27	174300	15
Bizerte	20	125400	15
Zaghouan	2	41300	5

Psychiatrie

Quatre-vingt trois psychiatres d'activité libérale exercent sur l'ensemble du territoire mise à part les gouvernorats de Mannouba et de Zaghouan. Si l'absence de psychiatre de libre pratique pourrait être expliquée par la présence d'un Centre Hospitalo-Universitaire spécialisé à Mannouba, celle-ci n'a pas de fondement à Zaghouan. Les dépressifs zaghouanais devraient faire l'effort d'un déplacement de 100 km aller et retour pour voir le psychiatre le plus proche.

Radiologie

Cent quarante-cinq radiologues installés dont plus de la moitié au gouvernorat de Tunis seuls ou en association avec un ou plusieurs autres radiologues au sein d'un même centre. Les gouvernorats de Tunis et de l'Ariana sont ceux les mieux dotés et ceux de Mannouba et de Zaghouan tiennent la lanterne rouge avec un radiologue pour 100 000 habitants. L'inégalité inter régionale est scandaleuse lorsqu'on retrouve 4 centres radiologiques dans une même rue à El Manar 1 dont deux dans une même résidence alors que pour tout le gouvernorat de Zaghouan on ne dénombre qu'un seul centre.

Conclusion

Au terme de cette étude, il apparaît claire que la répartition des médecins de libre pratique aussi bien généralistes que spécialiste est très inégalitaire. Continuer à délivrer des autorisations d'ouverture de cabinets médicaux sur le seul critère de la conformité de l'installation au code de déontologie médicale en faisant abstraction totale de la démographie médicale ne semble plus possible voire dangereuse pour l'avenir de notre profession.

Le CROM devra agir bien en amont de l'installation et dès que le confrère envisage celle-ci en lui prodiguant les conseils nécessaires pour s'installer aux endroits où le besoin se fait le plus entendre.

Le Besoin étant préalablement défini en collaboration avec les directions régionales de la santé.

Définir un numérus clausus d'installation pourrait être une solution adéquate dans certains gouvernorats et tout particulièrement celui de Tunis et de l'Ariana où l'encombrement conduit inéluctablement à des pratiques anti-déontologiques et des installations non encadrées ne peut qu'aggraver le phénomène.

Docteur Nazih ZGHAL

CROM	GOUVERNORAT	MEDECINS DE LIBRE PRATIQUE						SECTEUR PUBLIC (SP+ Administratifs+salariés+contractuels+ Travail						TOTAL
		Généralistes			Spécialistes			Généralistes			Spécialistes			
		F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	
	Ariana	69	118	185	132	185	504	100	43	143	72	30	245	749
	Ben Arous	55	153	208	109	134	451	86	49	135	30	26	191	642
	Manouba	30	78	108	18	30	156	76	48	124	53	24	201	357
	Tunis	127	331	458	338	932	1728	452	432	884	550	532	1966	3694
	Bizerte	33	105	138	45	99	282	80	93	173	42	50	265	547
	Nabeul	48	164	212	74	191	477	96	73	169	38	50	257	734
	Zaghwan	6	26	32	3	13	48	29	46	75	18	13	106	154
	TOTAL	368	975	1343	719	1564	3646	919	784	1703	803	725	3231	6877
	Béja	5	36	41	9	52	102	57	30	87	25	23	135	237
	Jendouba	1	46	47	11	29	87	52	47	99	20	37	156	243
	Le Kef	6	28	34	4	27	65	29	50	79	10	45	134	199
	Siliana	1	19	20	2	4	26	51	42	93	10	30	133	159
	TOTAL	13	129	142	26	112	280	189	169	358	65	135	558	838
	Sousse	57	132	189	233	417	839	334	161	495	136	276	907	1746
	Monastir	54	110	164	52	97	313	105	109	214	61	118	393	706
	Mahdia	23	76	99	14	43	156	54	75	129	20	45	194	350
	Kairouan	16	65	81	9	55	145	55	84	139	15	33	187	332
	TOTAL	151	383	534	308	400	1453	548	429	977	232	472	1542	2995
	Sfax	120	237	357	194	469	1020	126	152	278	148	188	614	1634
	Sidi Bouzid	8	40	48	5	15	68	20	58	78	3	21	102	170
	TOTAL	128	277	405	199	484	1088	146	210	356	151	209	716	1804
	Gabès	6	55	61	9	73	143	58	55	113	31	41	185	328
	Medenine	31	94	125	23	123	271	47	70	117	17	46	180	451
	Yataouine	0	13	13	0	9	22	5	41	46	1	8	55	77
	TOTAL	37	162	199	32	205	436	110	166	276	49	95	420	856
	Gafsa	8	31	39	11	38	88	39	84	123	13	17	153	241
	Kasserine	6	38	44	4	26	74	18	62	80	1	13	94	168
	Kébili	4	18	22	5	10	37	19	36	55	2	5	62	99
	Tozeur	2	8	10	2	5	17	18	38	56	3	14	73	90
	TOTAL	20	95	115	22	79	216	94	220	314	19	49	382	598
	TOTAL GENERAL	717	2021	2738	1306	2864	7119	2006	1978	3984	1319	1685	6849	13968

Nombre Total des médecins inscrits au T.O. = 18252

médecins sans activités + Autres (Ministres, à l'étranger, retraités, délégués)= 4284

Conseils nationaux des Ordres : Médecins et Médecins Dentistes

Les conseils nationaux des ordres des médecins et des médecins dentistes ont été surpris d'apprendre la décision du conseil ministériel restreint du 21 Novembre 2013 de créer trois facultés de médecine et une faculté de médecine dentaire nouvelles alors qu'ils en ignoraient jusqu'au projet.

Ils considèrent que de telles créations ne pouvaient avoir de cohérence qu'à une triple condition :

- Répondre à une demande en formation.
- Promouvoir une politique d'excellence au service de la santé de la population.
- Impulser un développement régional.

Elles mettent en exergue au contraire un triple malentendu :

- 1- Notre rythme et notre capacité de formation dont les effets sur la démographie en praticiens sont multipliés d'année en année, nous situeront à très moyen terme dans les limites compatibles avec un exercice de qualité.
- 2- La priorité en matière de santé de la population doit consister dans une mise à niveau générale et systématique des structures de soins. Cette mise à niveau crédibilisera les pôles de soins et non l'inverse.
- 3- Le développement des régions se fera quand des pouvoirs leurs seront dévolus et reconnus, quand elles gèreront leurs moyens propres et ceux qui leurs seront rétrocédés, quand elles auront et assumeront pleinement une autonomie de décision et de gestion.

Les saupoudrages de projets et les mesures coercitives décidées par un pouvoir centralisateur n'ont pour effet que de générer des rancœurs.

La Tunisie, nouvelle ne peut plus s'accommoder d'improvisations, d'effets d'annonces ou d'ukases, elle a besoin d'une vision et de véritables réformes.

A ces réformes, quels qu'en soient le prix et les servitudes les corps médicaux apporteront une participation militante.

الهيئة الوطنية لعامة الأطباء والهيئة الوطنية لعامة أطباء الأسنان

بيان

إن الهيئة الوطنية لعامة الأطباء والهيئة الوطنية لعامة أطباء الأسنان يعربان عن استغرابهم للقرار الذي اتخذته المجلس الوزاري المصنق ليوم 21 نوفمبر 2013 بإحداث ثلاث كليات للطب وكلية لطب الأسنان .

وتعتبر الهيئتان أن مثل هذه الإحداثيات لا يمكن أن تكون مجدية إلا إذا اجتمعت فيها شروط ثلاث :

- الاستجابة لطلب تكوين في الغرض
- البحث على الامتياز في خدمة صحة الأهالي
- الدفع للتنمية الجهوية

بينما نراها عكسا لذلك تسلط الضوء على سوء فهم لثلاث نقاط :

1. نسق التكوين وطاقته الحالية و الديمغرافية المهنية الناتجة عنه تجربنا في آجال قريبة إلى حدود متناغمة مع المستوى العلاجي المأمول .
2. الأولويات بالنسبة لصحة الأهالي تكمن حتما في تطوير شامل ومطرد للمؤسسات الصحية . بهذا التطوير تنال الأقطاب العلاجية مصداقيتها لا بعكس ذلك .
3. أما التنمية الجهوية فتكمن في تمكين الجهات من سلطات فاعلة بحيث يتصرفون في إمكانياتهم الذاتية والمنقولة فيكون لهم مبادرة القرار والتصرف .

أما المشاريع هنا وهناك والقرارات المسلطة من طرف سلطة متركزة فمن شأنها ألا تولد إلا الأحقاد .

فلا يمكن لتونس الجديدة أن تتماشى مع الإرتجالات وتأثيرات الإعلان والأوامر المسقطة، بل هي في حاجة لرؤية وإصلاحات جذرية .

وهياكلنا الصحية على أتم الاستعداد لدعم هذه الإصلاحات دعما نشيطا مهما كان المجمود المطلوب .

تونس 11 تموز 2013

الجمهورية التونسية

- وزارة الصحة

وتن

منشور عدد 93 لسنة 2013

الموضوع: حول إخضاع بعض المثرات العقلية إلى إجراءات خاصة من حيث الوصف والصرف والإستعمال.

المرجع: المنشور عدد 99/113 المؤرخ في 13 ديسمبر 1999 المنطبق بطرق وصف وتوزيع وصرف الأدوية المستهدفة بالإفراط والمدرجة ضمن قائمة محددة ببلاغ من وزارة الصحة العمومية.

في إطار العمل على الحد من ظاهرة الإستعمال المفرط للمثرات العقلية تقرر اعتماد إجراءات خاصة من حيث الوصف والصرف والإستعمال للأدوية التالية:

- تريهكسيفينيديل «Trihexyphénidyle» (Parkizol* - Arianc*)
- كلونازيبام «Clonazépam» (Aklonil* - Rivotril*)
- لورازيبام «Lorazépam» (Temesta*)
- ديازيبام «Diazépam» (Valium*)

وعليه، فإن أطباء وصيادلة القطاع الخاص مدعوون للإلتزام بما يلي:

• يتم وصف الأدوية المبينة أعلاه من طرف الطبيب وجوبا على وصفات زرقاء، مرفعة، مأخوذة من دفتر ذي مقطوعات وفق الأنموذج المعتمد بالقطاع العمومي، وذلك لمدة ثلاث (3) أشهر وتحمل تكاليف طبع وتوزيع هذه الدفاتر على المجلس الوطني لعصاة الأطباء.

• يجب على الطبيب المباشر أن يدون بالملف الطبي وبالوصفة رقم بطاقة التعريف الوطنية للمريض أو عند الإقتضاء للشخص الموافق له.

• لا تسلم المريض أو للشخص المرافق له إلا وصفة واحدة يحتفظ بها الصيدلي بعد صرفها.

• لا يمكن للصيدلي صرف الوصفة إلا بعد إستظهار المريض أو الشخص المرافق له ببطاقة تعريفه الوطنية وتسجيل رقمها بنقتر الوصفات بالحبر الأخضر.

• يتم صرف الوصفة التي تنص على المؤثرات العقلية المذكورة أعلاه وجوبا من قبل الصيدلي المنتصب بالولاية التي يباشر فيها الطبيب الذي سلم الوصفة أو بالولاية التي يوجد بها مقر إقامة المريض.

• يجب على كل طبيب يصف المؤثرات العقلية المذكورة أعلاه من الإدارات الجهوية للصحة التي يرجع لها بالنظر بكشوفات لتلك الوصفات كل ثلاثة أشهر. كما يجب على المبادلة من تلك الإدارات بالكشوفات المتعلقة بصرف الوصفات كل ثلاثة أشهر.

• يقدم المجلس الوطني لعمادة الأطباء لإدارة التقنبة الطبية بوزارة الصحة كشوفات لثلاثة حول أعداد دفاتر الوصفات المقتناة من طرف منخرطيه.

واعتبارا لما اكتسبه هذه الإجراءات من أهمية في مجال حسن التصرف في المؤثرات العقلية فإني أولى عناية خاصة للتقيد بها والحرص على تطبيقها بكل عناية.

وزير الصحة

وليس الصحة
الإفريقيات

المرسل إليهم : للإعلام والمتابعة والتنفيذ كل فيما يخصه

- أعضاء الديوان
- المديرين العامون ومديري الإدارة المركزية
- المدير العام لمركز الإعلامية بوزارة الصحة



المجلس الوطني لعامة الاطباء Conseil national de l'Ordre des médecins

Communiqué

Le conseil national de l'Ordre des médecins informe l'ensemble des praticiens qu'en vertu des dispositions de la circulaire du ministre de la santé sous le n°23/2013 en date du 11 avril 2013, la prescription des quatre produits psychotropes suivants est mise sous contrôle particulier afin d'en assurer la traçabilité et d'éviter l'usage abusif de ces médicaments:

1/Trihexyphénidyle : Artana* Parkizol*

2/Clonazépam: Rivotril* Aklonil

3/Lorazépam : Temesta*

4/Diazépam: Valium*

Ainsi, dorénavant, la prescription médicale de ces quatre produits se fera impérativement sur des ordonnances numérotées, de couleur bleue, établies par le conseil national de l'Ordre des médecins et mises à la disposition des prescripteurs au niveau des conseils régionaux de l'Ordre.

Les médecins prescripteurs doivent dorénavant noter sur le dossier médical du patient le numéro de l'ordonnance bleue délivrée ainsi que le numéro de la carte d'identité du dit patient ou éventuellement le numéro de la carte d'identité de l'accompagnant.

Une seule ordonnance est délivrée par patient ou bien son accompagnant, la quelle ordonnance sera conservée par le pharmacien qui délivre ces psychotropes.

Le pharmacien ne délivre ces médicaments que sur présentation de la carte d'identité du patient ou de l'accompagnant.

Les psychotropes en question ne sont délivrés que par les pharmaciens installés dans le gouvernorat où exerce le médecin prescripteur ou dans le gouvernorat où habite le patient.

Un état trimestriel des prescriptions de ces psychotropes sera mis à la disposition des directions régionales de la santé territorialement compétentes par les médecins et les pharmaciens concernés.



16 نهج التوران - 1002 تونس - الهاتف : 71.792.736 - 71.799.041 - الفاكس : 71.788.729
16, Rue de Touraine - 1002 Tunis - Tél. : 71.792.736 - 71.799.041 - Fax : 71.788.729
E-mail : Cnom@planet.tn
Site : www.ordre-medecins.org.tn

MEDECINS SPECIALISTES DANS LES REGIONS : SERVICE OBLIGATOIRE

بلاغ المجلس الوطني لعمادة الأطباء،

حول مشروع تنقيح القانون عدد 21 لسنة 1991

ينكب المجلس الوطني التأسيسي حاليا على دراسة مشروع تنقيح القانون عدد 21 لسنة 1991 المؤرخ في 13 مارس 1991 ، الذي يقرّ بوجوبية ممارسة أطباء الاختصاص لمدة ثلاث سنوات بالهيكل الصحية العمومية كشرط للترخيص للممارسة في القطاع الخاص.

إن هذا المشروع يدعي الحدّ من نقص أطباء الاختصاص في الجهات الداخلية وهذا الإشكال موجود في جلّ بلدان العالم، وقد أثبتت الإجراءات الإلزامية في هاته البلدان فشلها في حلّ المشكل.

كما لنا في تونس أمثلة في محدودية الحلول الإجبارية على غرار قانون الخدمة المدنية أو الأمر عدد 3335/2009 المتعلق بوجوب الممارسة في الجهات مدة سنة لكل الناجحين في مناظرة إنتداب الأطباء المساعدين الإستشفائيين الجامعيين الذي تسبّب في عزوف الأطباء على التقدّم لإجراء المناظرة.

من جهة أخرى، ترى العمادة أن هذا المشروع إنتقائي ولا يضمن المساواة بين مختلف الاختصاصات ، ممّا سيؤدي إلى عزوف الأطباء عن الاختصاصات المطلوبة (جراحة عامة، تخدير وإنعاش، توليد) أو هجرتهم إلى الخارج.

إن المجلس الوطني لعمادة الأطباء على إستعداد تام ودائم للمساهمة في إيجاد الحلول للحدّ من التفاوت بين الجهات وضمان حق كل تونسي في حماية صحته في أحسن الظروف الممكنة، وبقدر ما نعيب على هذا المشروع عدم قدرته على حلّ هذا المشكل فإننا نقترح الإجراءات العملية التالية لتحقيق هاته الأهداف:

1 – تفعيل الخط الأمامي في المنظومة الصحية العمومية المرتكز أساسا على طبيب العائلة (دعم الانتدابات والتجهيزات، التكوين المستمر....) مما يقلّص اللجوء إلى أطباء الاختصاص.

2 – إحداث أقطاب إستشفائية عمومية جهوية متعدّدة الإختصاصات ومتكاملة ، يتمتع فيها أطباء الأختصاص بتحفيزات (تحسين أجور- تخفيض أديات ، تنقيص في ساعات العمل، حق النقلة بعد مدة يقع الإتفاق عليها مسبقا، توفير الأمن ، تسهيلات في السكن والتنقل....) دون اللجوء إلى النشاط التكميلي الخاص الذي أثبت عدم جدواه، ويكون الترابط بين الأقطاب الصحية والمراكز الصحية الأمامية التابعة لها عبر إحداث شبكة نقل صحيّ متكاملة وفتح خطوط هاتفية خضراء.

إن الوقوف على جميع النقائص الموجودة حاليا في المستشفيات الجهوية والتي أدت إلى كثرة إستقالات أطباء الاختصاص يمكن أن يجنبنا تكرار فشل هذه التجربة (بنية تحتية ، تجهيزات ، أعوان)

3 – تفعيل الشراكة بين الأقطاب الجهوية والمشتشفيات الجامعية وذلك بربط كل فريق مختص

بالجهات بقسم استشفائي جامعي ممّا يمكن أطباء الاختصاص حديثي الإنتداب من التأطير والمساعدة من قبل الأطباء ذوي الخبرة.

ويمكن أن تكون هذه الإحاطة عن طريق الطب عن بعد أو تنقل الأطباء الجامعيين إلى الجهات أو تسهيل نقل المرضى إلى المستشفى الجامعي.

4- التأهيل الشامل للجهات على المدى المتوسط سيمكّن من تقليص الفوارق بين الجهات على جميع المستويات وخاصة الصحة.



Les représentants :

- du Conseil national de l'Ordre des médecins
- de la Conférence des doyens des facultés de médecine
- du Syndicat des médecins de la santé publique
- du Syndicat des médecins de libre pratique
- du Syndicat des médecins hospitalo-universitaires
- du Syndicat des internes et des résidents
- de l'Union des médecins spécialistes libéraux

réunis le jeudi 26 décembre 2013 à la Maison du Médecin, ont réitéré leurs préoccupations face au déséquilibre de répartition géographiques des prestations sanitaires dans le pays à l'origine de l'inégalité d'accès aux soins.

L'ensemble des instances représentatives ont déjà exprimé, séparément, leur refus du projet d'amendement de la loi 91-21 du 13 mars 1991, actuellement à l'étude au niveau de l'ANC et considèrent ce projet :

ARBITRAIRE, car sans étude rationnelle prenant en considération les données de la carte sanitaire et les moyens mis à la disposition par le budget de la santé pour motiver cette décision en toute transparence.

PRECIPITÉ, car il court-circuite le dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé dont les travaux sont, suspendus, depuis, en signe de protestation.

COERCITIF car il est contraire à toutes les déclarations des instances internationales du travail et porte atteinte aux libertés individuelles.

INOOPERANT car la médecine de spécialité s'exerce obligatoirement sur un plateau technique au sein d'équipes médicales complémentaires. Ce projet n'est que le recyclage de diverses mesures précédentes inappropriées.

Les instances représentatives estiment que la priorité serait de mettre à niveau les structures sanitaires publiques et de consolider la médecine de première ligne. Les choix de stratégie sanitaires à travers le monde s'appuient maintenant sur le rôle central du médecin de famille. La création de pôles sanitaires de performance à l'intérieur du pays soutenus par les structures universitaires existantes serait la solution de choix permettant à court et moyentermes l'accès aux soins de spécialité de qualité. La solution à long terme est tributaire d'un programme de développement régional équitable.

L'ensemble des instances représentatives expriment leur indignation face à la campagne de dénigrement et de désinformation menée à l'encontre des médecins les déclarant coupables de l'ensemble des maux et des insuffisances du système actuel de santé.

L'ensemble des instances représentatives déplorent l'empressement dans le processus d'adoption de ce projet, contre l'avis du corps médical, dans une volonté du fait accompli.



NOUVELLE FOURCHETTE DES HONORAIRES (À PARTIR DU 1 AVRIL 2013)

La commission prévue par le code de déontologie médicale dans son article 42, a fixé la fourchette des honoraires médicaux dans le secteur libéral comme suit :

C	25 ^D ,000 à 30 ^D ,000
Cs	35 ^D ,000 à 45 ^D ,000
Cpsy	40 ^D ,000 à 50 ^D ,000
Cneuro	40 ^D ,000 à 50 ^D ,000
V	C + C/2
Vs	Cs + Cs/2
Vpsy	Cpsy + Cpsy/2
V neuro	C neuro + Cneuro/2
Vnuit	C x 2
Vs nuit	Cs x 2
KE	3 ^D ,000 à 3 ^D ,500
KC	6 ^D ,000 à 8 ^D ,000
KH (acte d'hémodialyse chronique)	30 ^D ,000 à 35 ^D ,000
Ik	1 ^D ,150 à 1 ^D ,725
Z	1 ^D ,200 à 1 ^D ,600
S	11 ^D ,500 à 15 ^D ,000
I	23 ^D ,000 à 28 ^D ,000
E	4 ^D ,500 à 6 ^D ,000
Rn	11 ^D ,000 à 15 ^D ,000
Rt	3 ^D ,500 à 5 ^D ,000
Accouchement	Forfait 1 : 350^D,000 à 400^D,000 Forfait 2 : 400^D,000 à 450^D,000
B	0 ^D ,250 à 0 ^D ,300
P	0 ^D ,350 à 0 ^D ,450
Prise en charge par un médecin qualifié d'un malade présentant une ou plusieurs détresses vitales et par 24h : - patient non ventilé - patient ventilé	92 ^D ,000 à 115 ^D ,000 115 ^D ,000 à 138 ^D ,000
Vacations horaires de : - médecine de soins - médecine du travail - médecine de contrôle	C x 1,5 à Cx 3 par vacation horaire
Expertise	2Cs à 10Cs par expertise



ARRIERES DE COTISATION

Le conseil national de l'Ordre des médecins prie les confrères en retard de paiement de leur cotisation de bien vouloir s'acquitter de cette obligation auprès du conseil régional territorialement compétent. Toutefois à l'échéance d'un délai fixé dans le courrier qu'il leur aura été personnellement adressé, le conseil national se verrait à son grand regret, astreint à l'application de la procédure (décision de radiation temporaire du tableau, transmise aux autorités) prévue par l'article 120 du code de déontologie médicale, objet du décret 93-115 du 17 mai 1993.

Il est à rappeler que l'exercice de la médecine en Tunisie est soumis à certaines conditions, dont l'obligation d'être inscrit au Tableau de l'Ordre (article 1er de la loi 91 du 13 mars 1991.)

La cotisation de 2014 est désormais de 60 dinars.

Le CNOM compte sur la compréhension et la solidarité de tous.

Meilleurs vœux

Article 120

Le médecin qui ne paye pas ses cotisations à l'ordre des médecins pendant deux années consécutives sera après mise en demeure radié temporairement du tableau de l'ordre.

Sa réinscription sera prononcée d'office dès qu'il aura acquitté ses cotisations.



BULLETIN N°36 : DERNIER BULLETIN VERSION PAPIER

Le bulletin qui est entre vos mains est le dernier bulletin version papier.

Dans un souci d'améliorer la communication entre nous, nous procédons à une mise à niveau du site web qui comportera désormais un bulletin numérique dans lequel vos articles et vos propositions seront les bienvenus.

NOUVELLE BASE DE DONNEE : APPEL POUR ACTUALISER VOS DONNEES

Le conseil national et les conseils régionaux de l'Ordre des médecins informent les confrères de la création d'une nouvelle base de données regroupant l'ensemble des médecins de la Tunisie.

Le principal objectif de cette nouvelle base est de faciliter la communication entre nous.

Pour ce, vous êtes priés de communiquer aux différents conseils régionaux de l'Ordre des médecins vos coordonnées actualisées (téléphone, GSM, fax, adresse, email) afin d'optimiser au mieux le fonctionnement de cette base.