

RAPPORT DE L'ASSEMBLEE GENERALE DU CROM. DE SOUSSE

Hôtel Tej Marhaba Sousse: 28/07/95

TABLE RONDE: L'EXERCICE DE LA MEDECINE AU QUOTIDIEN

Le 28 Juillet 1995 s'est tenue à l'Hôtel Tej Marhaba à Sousse l'Assemblée Générale Ordinaire du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Sousse (CROMS) et ce conformément aux dispositions réglementant les Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins.

Conscient de son rôle légitime dans la défense de la profession le CROMS a jugé utile d'organiser au cours de cette Assemblée Générale une table ronde ayant pour thème : **L'EXERCICE DE LA MEDECINE AU QUOTIDIEN.**

Les Professeurs **Mohsen JEDDI**, **Mohamed JERRY**, **Majed ZEMNI** et les Docteurs **Bechir BOURAOUI**, **Rabeh CHAIBI** et **Med Hachmi BESBES** ont été invités à animer cette table ronde.

Dans son allocution d'ouverture et d'introduction de la table ronde le Docteur **Mohamed EL ATOUI** Président du CROMS a rappelé les différentes contraintes à l'exercice de la médecine et a appelé les médecins et ce quelque soit leur mode d'exercice à unir leurs efforts pour résoudre les problèmes et affronter les difficultés qui ne cessent d'augmenter au fil des années. De ces efforts doit naître une volonté commune pour aboutir à la consécration d'un équilibre harmonieux entre les éléments de notre équation sanitaire à savoir:

- l'administration pourvoyeuse de moyens
- le corps médical dispensateur de soins
- la société bénéficiaire de cette double attention.

Le secteur privé qui voit grossir ses rangs d'année en année et prenant l'allure d'un "colosse aux pieds d'argile" se heurte de plus en plus à une médecine compartimentée et sectorisée réduisant ainsi ses relations avec ses confrères du secteur public et l'acculant à se renfermer sur lui même le rendant ainsi beaucoup plus vulnérable.

Le président du CROMS invite les confrères à un débat qu'il souhaite voir évoluer dans un esprit critique et non de critique, fructueux à l'image d'un corps médical assumant ses responsabilités. Il émet le vœux que cette table ronde pose les jalons d'une action qui visera à renforcer la défense et le rayonnement de la profession en lui imprimant un nouvel élan tant attendu.

A la suite de cette intervention, le Pr. **Majed ZEMNI** prend la parole et présente un état de la situation actuelle en matière de démographie médicale, de dépenses de santé et des sources de financement:

En matière de démographie médicale il en ressort que sur les 7558 médecins inscrits à l'Ordre des Médecins 6700 sont actuellement en exercice et sont répartis de manière égale entre les secteurs privé et public. 52% des médecins privés sont des généralistes et 70% des médecins du secteur public sont des hospitalo-sanitaires.

Le nombre total des lits hospitaliers est de 16446 soit 2 lits pour 1000 habitants. Ces lits se répartissent ainsi et selon la catégorie des hôpitaux:

100 hôpitaux de circonscriptions avec 2909 lits (18.8%)
22 hôpitaux régionaux avec 5860 lits (31.5%)
9 CHU, 8 Centres spécialisés et 5 Instituts totalisent 7677 lits (49.5%).

Les Centres de Santé de Base (CSB) sont au nombre de 1476 en 1990 soit 1 CSB pour 5400 habitants en moyenne.

Les établissements de soins du secteur para-public sont au nombre de 6 polycliniques employant 100 médecins à plein temps.

Le secteur privé met à la disposition de la population 63 cliniques totalisant 2000 lits et 2012 cabinets de libre pratique. Ces cabinets sont concentrés dans les grandes villes côtières avec 1 cabinet pour 1250 habitants pour la ville de Tunis contre 1 cabinet pour 24600 habitants à Kasserine.

Les dépenses de santé étaient de 351.1 M.D (4.4% du P.I.B.) en 1987 et sont de 835.4 MD (5.6% du P.I.B.) en 1993 soit une augmentation de 238%.

Cependant malgré cette augmentation des dépenses on note un recul de -10% de la contribution de l'état à ces dépenses entre 1987 (159.2 MD) et 1993 (293.9 MD). Parallèlement on note une augmentation de la contribution des ménages aux dépenses de soins, elle représente 49.5% des dépenses globales en 1993. Les taux de contribution des Organismes de Sécurité Sociale et de Médecine de Travail sont restés pratiquement inchangés.

En 1993 les dépenses de soins s'élevaient à 98D par personne et par an dont 48D le sont directement par les ménages.

Les dépenses des ménages sont essentiellement effectuées dans le secteur privé, la part de leurs dépenses effectuées dans le secteur public n'est que de 10%. L'achat des médicaments représente environ 50% de ces dépenses des ménages.

La couverture sociale du risque maladie est assurée par 3 grands groupes:

- L'assurance médicale obligatoire (CNSS, CNRPS, CAVIS...) totalisant en 1991 près de 1.441.300 adhérents.
- L'assurance maladie gratuite avec 780000 carnets de soins distribués.
- L'assurance médicale facultative (régimes conventionnels, assurances groupes...) avec 400.000 adhérents.

Ensuite, le Dr. **Bechir BOURAOUI** prend la parole et remercie le CROMS d'avoir organisé cette table ronde. Il émet le vœux que ces rencontres se multiplient d'autant plus que le sujet traité est vaste et épineux nécessitant plusieurs rencontres pour pouvoir le cerner.

Il fût un temps où la médecine était essentiellement privée et les structures publiques utilisaient les médecins de libre pratique pour leur fonctionnement. Actuellement s'installer dans le privé n'est plus un choix mais un pis- aller devant la démographie médicale galopante. Bien que notre situation de la santé en Tunisie est enviable par plusieurs pays en voie de développement, il y a eu des effets "berbère" qui ont crée des dénombrables

problèmes dont la principale est l'inadéquation formation emploi. Actuellement 4 facultés de médecine mettent annuellement 500 médecins sur le marché de l'emploi avec 1 médecin pour 1200 habitants en 1994 et nous serons 1 médecin pour 800 habitants en l'an 2000. Les études médicales qui ne sont accessibles qu'aux meilleurs bacheliers peuvent constituer un mauvais choix actuellement. Ils doivent étudier pendant 11 années au moins pour se retrouver en fin de parcours au chômage.

Ensuite le Dr. Bechir BOURAOUI évoque les différents obstacles à l'exercice de la médecine de libre pratique. Ils se résument ainsi:

- Concurrence déloyale entre le secteur privé et les structures publiques surtout ceux de la CNSS. Le seul espoir d'arrêter la déchéance du secteur privé est une réforme de la sécurité sociale en Tunisie avec son ouverture sur le secteur privé.

- Il n'y a pas de parallélisme entre les moyens financiers consacrés à la santé (98D par habitant par an) et la formation exagérée en médecins.

- La sécurité sociale doit cesser d'être un organisme prestataire de service.

- La couverture sociale doit être moins compliquée, gérée de manière transparente, les assurances parallèles supprimées et transformées en assurances complémentaires.

- Les assurances obligatoires doivent se regrouper en une caisse unique qui gère uniquement ce qui se rapporte à la santé et rien d'autre.

- Une commission doit établir une étude du coût réel des prestations médicales dans les différents secteurs et établir des garde fou pour éviter le déséquilibre de la caisse:

- * Entre une caisse d'assurance française déficitaire et une caisse tunisienne bénéficiaire qui investi l'argent de la Santé ailleurs que dans le domaine de la Santé un juste milieu et à rechercher!

Exemple:

- * L'ouverture de la caisse au secteur privé se fera selon un système de conventionnement, ne serait-ce que pour la médecine ambulatoire en premier lieu.

- * Pour une même qualité on prendra comme base de remboursement la catégorie de médicament la moins onéreuse.

- * Il est impensable de continuer à pratiquer une médecine de premier degré par des médecins formés pour un 3ème degré. Cette médecine coûte très cher pour un pays en voie de développement, elle est la conséquence de notre système de santé incohérent.

Le Ministère de la Santé Publique tourne le dos au secteur privé. Il n'y a eu aucune étude sérieuse, aucune planification pour promouvoir ce secteur, le Ministère ne gère que les structures publiques.

- Divorce entre structures privées et services publiques, le ministère de tutelle n'informe jamais le secteur privé de ses différents programmes de santé accentuant ainsi la marginalisation de ce secteur ce qui se répercute négativement sur le malade.

- Problème d'orientation recours entre le secteur privé et le secteur public avec absence totale de rétro-information.

- Les services d'urgence du secteur public sont des lieux de consultations, ce qui nuit à leur mission principale.
- Les médecins de travail sont en réalité des médecins curateurs.
- Les pharmaciens se sont transformés en prescripteurs.
- L'exercice de la médecine dans le secteur touristique suit la loi de la jungle.

Dr. Rabeh CHAIBI apporte des informations supplémentaires sur les conditions d'exercice de la médecine dans le secteur privé et insiste notamment sur le financement et les dépenses de santé. Il fait ressortir la contribution insuffisante des différentes caisses à ce financement. Bien que les recettes s'élevaient à 1000 MD, 20% seulement vont à la santé. Pire encore certaines caisses disposent de leur propre système de soins ce qui alourdit et complique plus la situation. Aucune étude sérieuse sur les dépenses de soins dans le secteur privé n'a été faite.

Le secteur public vit une crise de financement grave entraînant une dégradation des conditions de travail. Les structures sanitaires de première ligne (CSSB + Hôpital de circonscription) assurent plus des 2/3 des activités curatives, la presque totalité des activités préventives et 30% des urgences ne bénéficie que de 20% du budget. La contribution des ménages ne cesse d'augmenter pénalisant ainsi les plus défavorisés.

Le secteur para-public se développe pour palier aux insuffisances du secteur public et à l'inaccessibilité du secteur privé. Malheureusement, il n'a pas résolu le problème pour lequel il a été créé et n'a fait que compliquer le système et alourdir le coût de la santé sans l'améliorer.

Pour pouvoir mettre sur pied un système de santé qui répond au besoin, à la foi des citoyens et des professionnels de la Santé sans remettre en cause les équilibres financiers des payeurs et les équilibres économiques du pays, Dr. CHAIBI insiste sur la nécessité de faire une étude scientifique à triple axes de recherche:

- 1- étude comparée de l'offre de soins par le secteur public et privé qui permettra de définir les rôles de chacun d'eux et les relations entre les deux.
- 2- L'étude des comportements de demande de soins de la part des citoyens.
- 3- Etudier l'impact d'une généralisation de l'assurance maladie (la caisse unique) et définir les gardes fou nécessaires pour éviter le dérapage des dépenses, et les moyens de régler d'une manière permanente le système.

Les résultats de cette étude seront proposées à une concertation nationale (Etat, caisses, prestataires, UGTT, UTICA ect...) pour retenir une réforme finale de la santé.

Ce fut ensuite le tour du Dr. MED HACHMI BESBES de parler de la pratique médicale en première ligne dans le secteur public. Les points saillants de son intervention se résument ainsi:

Bien que le médecin soit un personnel de santé hautement qualifié sa place dans la hiérarchie administrative est disproportionnée par rapport à sa qualification. Sur le plan pratique nous constatons que plusieurs défaillances ont fait du médecin Hospitalo-Sanitaire un soumis administratif réduit à un simple signataire d'ordonnances.

Les Conseils locaux de santé appelés à avoir une participation communautaire multisectorielle ne sont pas fonctionnels et se réunissent rarement.

Les Conseils de santé de l'établissement ne sont que consultatifs et leurs attributions sont vagues.

Le médecin-Chef de circonscription médicale a plusieurs profils et plusieurs appellations et se trouve plus ou moins fonctionnel selon les régions et selon les administratifs qu'il côtoie, le médecin-chef de circonscription, considéré gestionnaire des ressources matérielles et humaines ne participe nullement dans la relation médecin-décideurs.

La motivation et l'évaluation du médecin de la S.P de 1ère ligne ne lui permet aucun épanouissement promotionnel.

L'évaluation des programmes nationaux au niveau de chaque circonscription est souvent absente.

Le médecin de 1ère ligne considéré par les textes comme un personnel de santé donnant des services de qualité se trouve limité par une nomenclature médicamenteuse pauvre et démunie face à un citoyen exigeant et informé.

La limitation dans la prescription des examens complémentaires est un écueil non négligeable pour la qualité des prestations.

En matière de médecine d'urgence, l'urgence est souvent synonyme d'angoisse pour le malade et son entourage mais aussi pour le médecin dont on attend en pareils cas disponibilité, réconfort et compétence technique immédiate.

Le médecin de garde exerce dans des conditions parfois difficiles qui l'exposent tout particulièrement à commettre certaines infractions pénales ou administratives que la législation ne tolère pas.

Le malade n'attend pas du médecin uniquement diagnostic et soins mais exige des solutions à ses problèmes professionnels et sociaux.

L'évaluation finale du médecin n'est pas tributaire de son adhésion aux programmes nationaux ni à la notion d'économie médicale mais par le directeur de l'établissement qui a une formation et une expérience purement administrative.

Devant ces constats de situations, la motivation du médecin se trouve aléatoire allant même jusqu'à la démission...

S'AGIT-IL D'UN EFFET RECHERCHE...

Le Pr. Mohamed JERRY prend ensuite la parole et insiste sur l'importance de l'union du corps médical pour faire face aux différents aléas à l'exercice de la médecine. L'objectif de la pratique médicale, fixé par la loi (N° 91-63 du 29 Juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire) est de donner les soins aux citoyens quelque soit le mode d'exercice. La même loi stipule en plus dans son article 3 que toutes les structures de soins doivent assurer des activités préventives, curatives, palliatives et participer au diagnostic et à la réhabilitation fonctionnelle.

Le système de soins dépend:

- des ressources humaines
- de la richesse du pays
- du niveau d'instruction de la population.

Le surplus apparent de médecins est en fait dû à la capacité économique limitée du pays et non à la totale satisfaction des besoins de la population. Le taux des médecins en Tunisie n'est que de 7 pour 10.000 alors qu'il est de 32 pour 10.000 en France et de 27 pour 10.000 en Belgique. Les dépenses de santé par personne sont de 45.6 \$ en Tunisie alors qu'elles sont de 2060 \$ en France et de 1419 \$ en Allemagne.

Les 2/3 du budget du ministère de la Santé Publique sont absorbés par les hôpitaux universitaires ce qui a poussé à la transformation de certains CHU en EPS afin de mieux rentabiliser ces établissements. Malheureusement les médecins sont absents de la scène de décision et sont de plus marginalisés par l'administration. Ils devront être solidaires pour défendre leur "mission".

Le Pr. Mohsen JEDDI, a clôturé les différentes interventions dans laquelle il a appelé également à l'union des médecins en insistant sur la nécessité de définir une plate forme commune basée sur un certain nombre de principes intangibles afin de présenter un front commun vis à vis des patients, des décideurs et de la justice, ce qui pourrait permettre de rehausser l'aura et l'audience des médecins et de réduire leurs dimensions quels que soient leurs modes et leurs lieux d'exercice.

Des progrès énormes ont été réalisés au cours de ces 25 dernières années en matière de promotion de la santé et notamment dans le secteur hospitalo-Universitaire. Cependant la comparaison devrait se faire avec ce qui aurait pu être réalisé avec les mêmes moyens et les mêmes atouts, mais avec d'autres choix.

Les hôpitaux universitaires sont investis en principe d'une triple mission (soins, enseignement et recherche), mais des problèmes relationnels énormes existent entre eux et les structures de 2ème ligne (Hôpitaux régionaux et Hôpitaux de circonscription) et de première ligne (Centre de Soins et de Santé de base) ce qui pose d'importants problèmes qu'il urge de résoudre.

Il analyse ensuite les difficultés du secteur hospitalo-universitaire: Les CHU constituent théoriquement un système de référence absolu dans un système pyramidal qui n'existe malheureusement que sur le papier. Le maillon faible de ce système est le secteur hospitalo-sanitaire qui est très peu développé et ce par manque de moyens humains et matériels.

Plusieurs hôpitaux de circonscription qui sont au nombre de 100 et des hôpitaux régionaux au nombre de 22 ne remplissent pas leur mission dans le système de soins, faute de moyens.

L'absence de médecins spécialistes consultants dans les structures intermédiaires fait que les malades passent directement de la première ligne à la 3ème ligne (CHU) d'où surcharge de ces structures du 3ème niveau et diminution de leur efficience.

La conséquence de ceci fait que pour répondre à la surcharge, les médecins hôpitalo-universitaires demandent plus de moyens matériels et humains pour la 3ème ligne alors qu'il est dans l'intérêt des CHU qu'un certain nombre de structures régionales se développent de telle façon qu'ils soient déchargés d'une part importante des prestations qui se feraient alors dans les structures du 2ème degré; ceci permettrait du même coup à ces CHU d'assurer convenablement leur triple mission.

Le 2ème point développé par l'orateur est celui du financement: les budgets alloués annuellement se font sur des bases peu rationnelles. L'augmentation annuelle du budget se fait sur la base d'un pourcentage fixe, ce qui a abouti à une situation de déficit chronique des établissements hospitaliers. Même les EPS n'ont pas pu améliorer cette situation financière car tout simplement le problème du financement de la santé n'a pas été réglé.

Par ailleurs, quand on analyse sérieusement les défauts de notre enseignement, on ne peut que constater une insuffisance de l'encadrement au cours des stages hospitaliers qui est du au nombre réduit des encadreurs et à la charge considérable des soins qui sont souvent privilégiés aux dépens de l'enseignement.

A noter que pour la Faculté de Sousse, le ratio Enseignant/ Etudiant est de 1/8 alors que pour beaucoup de facultés Européennes il est de 1/2 et pour le Canada il est de 1/1.

Un dernier problème développé par Pr. JEDDI est celui de la relation interhumaine entre les intervenants dans les différents modes d'exercice. Ces relations sont quasi inexistantes: on a l'impression de se trouver dans des systèmes étanches et cloisonnés avec absence totale de communication entre le médecin traitant et le médecin consultant.

Ceci est l'origine d'un cercle vicieux, à l'origine d'incompréhension et de conflits dont le malade paye les frais...

Or, les deux parties ont intérêt à ce que cette situations cesse:

- l'information régulière du médecin contribue à sa formation
- le renvoi d'un malade une fois que son problème est totalement ou partiellement réglé, à son médecin traitant, contribuera à désengorger les consultations hospitalières.
- l'Etablissement d'un dialogue entre les différentes catégories de médecins ne peut qu'améliorer leurs rapports.

Par ailleurs, l'orateur a souhaité que le secteur public et notamment le secteur hospitalo-Universitaire soit ouvert d'une part aux médecins du secteur hospitalo-sanitaire, et d'autre part aux médecins du secteur privé selon des modalités qui restent à définir.

Ceci ne peut être que bénéfique aussi bien pour les différentes catégories des médecins que pour les malades.

Sur ce, la discussion a suivi et était d'un grand apport...

Pour Le CROM de Sousse

Docteur Kamel BEN SALEM

Chargé de l'Information

LES CONSEILS DE L'ORDRE DES MEDECINS N'EXISTENT QUE DANS LES PAYS DE LIBERTES ET SONT GARANTS D'UNE MEDECINE DE QUALITE.