

Société des Médecins Généralistes de Tunisie

**TEXTES LEGISLATIFS REGISSANT
L'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE
EN TUNISIE DANS LE SECTEUR PUBLIC**

Dr Mohamed Hechmi BESBES
Janvier 2016

Société des Médecins Généralistes de Tunisie

**TEXTES LEGISLATIFS REGISSANT
L'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE
EN TUNISIE DANS LE SECTEUR PUBLIC**

Dr Mohamed Hechmi BESBES
Janvier 2016

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDALLAH B'CHIR
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE GENEVE

Je dédie ce travail à mon maître, Monsieur le Professeur Abdallah B'CHIR, Professeur hospitalo-universitaire en médecine préventive et communautaire, ex Chef de département de médecine préventive et communautaire à la faculté de Médecine de Monastir - TUNISIE, qui en me confiant pour la première fois l'animation d'un Staff relatif à l'organisation de l'exercice de la médecine générale en Tunisie, et ce, pour les médecins stagiaires internes du département ; m'avait proposé de rédiger un document de référence pour les jeunes médecins.

Le premier document avait seize pages, et était rangé comme document interne du département. C'était en 1996.

Les textes de référence étaient rassemblés dans une chemise et à chaque nouveau Staff la chemise devient de plus en plus volumineuse et le texte devient de plus en plus détaillé.

L'actualisation des différents amendements publiés au JORT et la publication de nouveaux textes législatifs a fait de cette chemise une bibliographie de trois boîtes à archives et de ce document le présent livre.

Veuillez cher maître trouvez en cette publication le témoignage de ma sincère gratitude et mes respectueux sentiments admiratifs qu'imposent vos compétences scientifiques et la richesse de vos connaissances.

Vos qualités morales, humaines et sociales ont toujours sublimé ma grande estime. Quoique je sois plus âgé que vous, j'ai eu le privilège de profiter de votre enseignement, de votre encadrement, de votre expérience, de votre méthodologie et de votre inestimable savoir pour réussir toutes mes promotions professionnelles. Veuillez trouver dans cette publication le modeste témoignage de gratitude, de reconnaissance et de grande estime.

Docteur BESBES Mohamed Hechemi
MEDECIN MAJOR de la SANTE PUBLIQUE
Médecin Chef de la circonscription sanitaire
de Ksibet Médiouni -MONASTIR -TUNISIE

PRÉFACE

Pour exercer une profession et en particulier la médecine, il est impératif d'en connaître parfaitement le cadre légal. Et c'est pour cela, qu'à l'instar de toutes les facultés de médecine de par le monde, la formation médicale dans notre pays comprend un enseignement de «Médecine Légale» dont une large partie concerne justement l'étude des textes réglementaires.

Or, force est de constater que les médecins ont vite fait d'oublier ces notions qui leur ont paru arides et qu'ils ont «bachotés» pour réussir leur examen de 5ème année; et ainsi on constate qu'ils font souvent peu de cas des textes réglementaires qui régissent leurs activités et leurs carrières. Cette méconnaissance est souvent à l'origine de déboires et de désagréments pour le médecin qui se retrouve désarmé face à une Administration omnipotente qui a facilement tendance à exploiter son ignorance des textes.

Partant d'un besoin ressenti lors de la préparation d'un concours dont le programme comportait quelques questions concernant l'organisation sanitaire en Tunisie, l'auteur a fait des recherches laborieuses et s'est abondamment documenté sur le sujet.

Pris à son propre jeu, le Docteur Mohamed Hechmi BESBES, s'est mis à poursuivre ses recherches sur le même sujet dont il a élargi considérablement le cadre ; ayant pu ainsi réunir une masse considérable de documents touchant de près ou de loin l'exercice de la médecine dans le cadre hospitalo-sanitaire en Tunisie, il a pensé à juste titre en faire profiter ses confrères.

Et c'est ainsi qu'il nous présente aujourd'hui ces «Textes législatifs régissant l'exercice de la médecine générale dans le secteur public» .

L'intérêt de cette présentation est de présenter au lecteur dans un même recueil l'ensemble des textes mis à jour avec les multiples modifications et remaniements qu'ils ont subis.

Le médecin salarié du secteur public étant avant tout un fonctionnaire, l'auteur a eu l'heureuse idée de commencer par nous présenter en introduction les principaux textes relatifs à la fonction publique (classification, recrutement, notation, avancement promotion, congés, discipline, positions)

Dans les chapitres suivants, sont présentés successivement les textes concernant l'organisation du ministère de la santé publique, l'organisation sanitaire en Tunisie, les filières de soins et références, le statut du corps médical hospitalo-sanitaire, l'Ordre des Médecins, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Les deux derniers chapitres nous présentent enfin d'une part les mastères spécialisés proposés par les quatre Facultés de Médecine, et d'autre part la Société des Médecins Généralistes de Tunisie.

Ainsi avec cet ouvrage, les médecins salariés du secteur public, vont disposer d'un document complet et actualisé qui leur sera utile et précieux en leur apportant les réponses aux questions qu'ils pourraient se poser dans leur exercice quotidien.

Il pourrait, également et accessoirement, leur servir pour un éventuel concours en vue d'une promotion....

Je ne puis que saluer cette heureuse initiative qui vient combler un vide et féliciter son auteur pour le long et patient travail de documentaliste qu'il a entrepris pour nous présenter un document exhaustif et de qualité auquel je souhaite tout le succès qu'il mérite.

Mohsen JEDDI

Professeur Emérite

Doyen Honoraire de la Faculté

de Médecine Ibn El Jazzar de Sousse

Ancien Chef de Service de Radiologie

Membre du Conseil Consultatif National

De la Recherche Scientifique et de la Technologie

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
I. PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE	12
A. CLASSIFICATION :	12
B. RECRUTEMENT, NOTATION, AVANCEMENT ET PROMOTION:	14
C. LES CONGÉS :	15
1. Les Congés administratifs.....	15
2. Les congés pour des raisons de santé	16
3. Congé pour formation continue	17
4. Congé sans solde	17
5. Congé pour la création d'une entreprise	17
D. DISCIPLINE	18
1. Les sanctions disciplinaires du premier degré	18
2. Les sanctions disciplinaires du deuxième degré	18
E. LES POSITIONS	19
1. L'activité	19
2. Le détachement	19
3. La disponibilité	20
4. Sous les drapeaux	21
5. La cessation définitive des fonctions	21
II. ORGANISATION DU MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE	22
A. HISTORIQUE ET PRESENTATION GENERALE	22
B. ORGANISATION ET ATTRIBUTIONS DES SERVICES CENTRAUX	23
1. LES SERVICES COMMUNS RATTACHES AU CABINET	24
2. LES SERVICES TECHNIQUES	26
3. LES SERVICES DE MISE EN ŒUVRE DES MOYENS	34
III. ORGANISATION SANITAIRE EN TUNISIE	39
A. CLASSIFICATION DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES	39
1. ETABLISSEMENTS SANITAIRES A VOCATION UNIVERSITAIRE	39
2. HÔPITAUX RÉGIONAUX	40
3. HÔPITAUX DE CIRCONSCRIPTION	41
4. GROUPEMENTS DE SANTÉ DE BASE	43
B. CRITÈRES DE CLASSEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES	44
1. Les centres de santé de base : CSB	44
2. Les hôpitaux de circonscription : HC	45
3. Les hôpitaux régionaux : HR	45
4. Les établissements sanitaires à vocation universitaire : ESVU	47
IV. ORGANISATION REGIONALE	48
A. ORGANISATION ET ATTRIBUTIONS DES SERVICES REGIONAUX	48
B. PREROGATIVES DELEGUEES AUX GOUVERNEURS	48
C. LES DIRECTIONS REGIONALES	49
1. Le directeur régional	51
2. Le conseil de santé.....	51
3. Organisation administrative	52

D. LES HÔPITAUX RÉGIONAUX	56
1. Organisation Administrative	56
2. Organisation financière	63
V. ORGANISATION DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE	64
A. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	64
B. MISSION DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE	64
C. ATTRIBUTIONS DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE	65
D. FONCTIONNEMENT DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE	65
1. L'équipe de gestion	65
2. Les instances participatives	68
VI. FILIERES DE SOINS ET REFERENCES	73
A. PRINCIPES	73
B. QUALITÉS DES RÉFÉRENCES	73
1. Le processus	73
2. Les critères de référence	73
3. L'organisation de la continuité	74
C. LE TRANSPORT SANITAIRE	74
1. Le transport sanitaire terrestre	74
2. Le transport sanitaire aérien	74
3. Le transport sanitaire maritime	74
VII. DOCUMENTS ET IMPRIMES	75
VIII. ORGANISATION STATUTAIRE DU CORPS MEDICAL HOSPITALO-SANITAIRE 76	
A. LES MÉDECINS DE LA SANTÉ PUBLIQUE	78
B. LES MÉDECINS PRINCIPAUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE	78
1. Modalités du concours	78
2. Nominations.....	80
3. Programme de l'épreuve écrite	80
4. Grille d'évaluation du dossier professionnel et scientifique du candidat.....	84
5. Questions posées aux concours de principalat de 1992 à 2008	85
C. LES MÉDECINS MAJORS DE LA SANTÉ PUBLIQUE	86
1. Modalités du concours	86
2. Nominations	86
3. Programme de l'épreuve écrite.....	88
4. Grille d'évaluation du dossier professionnel et scientifique du candidat	89
5. Questions posées aux concours de Majorat de 1999 à 2008	92
D. LE MÉDECIN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	93
E. LA GARDE MÉDICALE	94
1. Les gardes de la catégorie «A»	94
2. Les gardes de la catégorie «B»	95
F. MISSIONS A L'ÉTRANGER	95
G. PARTICIPATION AUX JURYS	96
1. Indemnité de concours	96
2. Indemnité de déplacement	97
H. LA SUPERVISION	97
1. La première étape: avant la visite de supervision.	98
2. La deuxième étape: pendant la visite de supervision.	98
3. La troisième étape: après la visite de supervision.	99

IX. ORGANISATION DE L'ORDRE DES MEDECINS	100
A. LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS	101
B. LES CONSEILS RÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS	102
C. LE CONSEIL DE DISCIPLINE DE L'ORDRE DES MÉDECINS	103
D. LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE	105
1. des devoirs généraux des médecins	105
2. des devoirs des médecins envers les malades	106
3. des devoirs de confraternité	106
4. des devoirs des médecins envers les péri médicaux	106
5. de la garde.....	106
6. de la médecine de contrôle	106
7. de la médecine d'expertise	107
8. de la médecine de travail	107
9. de l'inscription au tableau de l'ordre	107
10. de la cessation d'exercice de la médecine	107
E. LA QUALIFICATION : SPÉCIALISTE OU COMPÉTENT	108
X. LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE: CNAM	110
A. MISSION DE LA CNAM	111
B. FINANCEMENT DE LA CNAM	111
C. LES CONVENTIONS	111
D. LES LISTES	112
E. LE CONTRÔLE MÉDICAL	112
F. DOMAINES D'APPLICATION DE LA CNAM	113
G. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE	113
H. LA FILIÈRE PUBLIQUE DES SOINS	113
I. LA FILIÈRE PRIVÉE DES SOINS	114
1. Les taux de prise en charge	114
2. Hospitalisation et filière privée de soins	114
J. LE SYSTÈME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS	115
1. Les taux de remboursement des frais de soins	115
2. Hospitalisation et filière privée de soins	115
K. DISPOSITIONS COMMUNES AUX TROIS MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE	115
L. LES AFFECTIONS PRISES EN CHARGE INTÉGRALEMENT	116
XI. LES ETUDES MEDICALES EN TUNISIE	116
XII. LE COLLEGE NATIONAL DE MEDECINE DE FAMILLE	117
XIII. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TUNIS	119
A. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TUNIS	119
1. Présentation de la faculté	119
2. Mastères spécialisés (DESS)	120
3. Certificats d'études complémentaires (CEC)	121
B. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SFAX	121
1. Présentation de la faculté	121
2. Mastères spécialisés	121
C. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SOUSSE	122
1. Présentation de la faculté	122
2. Mastères spécialisés	122
D. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONASTIR	123
1. Présentation de la faculté	123

2. Unité de médecine générale	123
3. Mastères spécialisés	123
XIV. LA SOCIETE DES MEDECINS GENERALISTES DE TUNISIE : SMGT	124
A. OBJECTIFS DE LA SMGT	124
B. COORDONNÉES DE LA SMGT	124
C. PRÉSIDENT D'HONNEUR	124
D. MEMBRES FONDATEURS	124
E. BUREAU 2007-2010 DE LA SMGT	125
F. BUREAU 2010-2012 DE LA SMGT.....	125
G. BUREAU 2013-2016 DE LA SMGT.....	126
H. PRINCIPALES ACTIVITES DE LA SMGT.....	126
XV. LE RESEAU DES ASSOCIATIONS DE MEDECINE DE FAMILLE/MEDECINE GENERALE DE TUNISIE (RAMF/MG)	136
1- Définition du Réseau	136
2- Les associations fondatrices du réseau	136
3- Les objectifs du réseau	136
4- Organisation du réseau	136
XVI. L'ASSOCIATION MAGHREBINE DE MEDECINE GENERALE.....	139
A. HISTORIQUE.....	139
PROJET DE STATUT DE L'ASSOCIATION MAGHREBINE DE MEDECINE GENERALE/ MEDECINE FAMILIALE (AMMG/MF)	141
PROTOCOLE DE CONVENTION POUR LA MISE EN PLACE DE L'ASSOCIATION MAGHREBINE DE MEDECINE GENERALE/ MEDECINE FAMILIALE (AMMG/MF) ...	144
BIBLIOGRAPHIE	149

INTRODUCTION

L'exercice de la médecine en Tunisie est pratiqué selon les trois modes : exercice public, exercice privé et exercice mixte soit dans le cadre de l'activité privée complémentaire (APC) pour les médecins hospitalo-universitaires soit dans le cadre du conventionnement avec les structures publiques pour les médecins spécialistes de pratique libérale.

Devant l'absence d'un recueil rassemblant tous les textes législatifs relatifs à l'exercice de la médecine générale dans le secteur public, il nous a paru utile de procéder à une recherche exhaustive pour rassembler tous les textes concernant ce mode d'exercice et les présenter afin d'éclairer et aider nos confrères.

Nous avons volontairement axé la rédaction de ce document sur les textes législatifs relatifs à l'exercice de la médecine générale dans des structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, afin de mettre à la disposition de tous les médecins exerçant dans ce mode, l'ensemble des textes législatifs régissant l'exercice de leurs profession.

Le médecin de la santé publique est défini comme étant «un personnel de santé hautement qualifié, particulièrement apte à résoudre les problèmes sanitaires de la communauté au sein de laquelle il dispense des soins individuels, pratique la médecine communautaire et participe aux progrès sanitaires.»

C'est un fonctionnaire d'état, qui exerce la médecine dans des structures sanitaires publiques avec des textes qui subissent des modifications et des amendements en rapport avec le développement sanitaire du pays.

La présentation de ces textes par un médecin généraliste et non pas par un juriste vise à présenter une approche pratique, pour une meilleure connaissance du cadre organisationnel du médecin généraliste du secteur public, de ses droits et ses devoirs.

Ce recueil a été achevé à la fin du mois de Mars 2010. Pour sa rédaction nous nous sommes basés sur la version française du Journal Officiel de la République Tunisienne.

Quelques amendements ont pu être oubliés et nous sollicitons donc l'indulgence de nos lecteurs et les prions de bien vouloir nous les signaler afin de pouvoir les inclure dans une prochaine édition avec éventuellement les amendements postérieurs à cette date.

I. PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE

A. CLASSIFICATION :

Le médecin de la santé publique étant avant tout un fonctionnaire, son exercice est d'abord régi par le statut général des personnels de l'état, des collectivités publiques locales et des établissements publics à caractère administratif¹. Il nous a paru intéressant de le situer dans le cadre général des mêmes corps des fonctions et notamment les corps avec lesquels il est appelé à collaborer.

Le fonctionnaire peut être titulaire, temporaire ou contractuel. Le fonctionnaire appartient à un corps qui comprend un ou plusieurs grades, il est classé selon son niveau de recrutement dans une catégorie déterminée.

Le corps groupe les fonctionnaires soumis au même statut particulier et ayant vocation aux mêmes grades. Les fonctionnaires sont réparties en quatre catégories désignées dans l'ordre décroissant par les lettres A, B, C et D et définies par décret.

Le médecin généraliste de la santé publique appartient au CORPS DES MÉDECINS HOSPITALO SANITAIRES², ce corps comprend six grades³, tous de catégorie A1.

1. Médecin spécialiste major de la santé publique
2. Médecin spécialiste principal de la santé publique
3. Médecin spécialiste de la santé publique
4. Médecin Major de la santé publique
5. Médecin Principal de la santé publique
6. Médecin de la santé publique

En médecine générale il y a trois grades :

1. Médecin de la santé publique
2. Médecin Principal de la santé publique
3. Médecin Major de la santé publique

Le médecin généraliste collabore dans son exercice avec différents corps :

Le corps des enseignants hospitalo- universitaire en médecine :

1. Professeur Hospitalo Universitaire en médecine
2. Maître de Conférence Agrégé Hospitalo Universitaire en Médecine
3. Maître Assistant Hospitalo Universitaire en Médecine
4. Assistant Hospitalo Universitaire en Médecine

Le corps des médecins des hôpitaux :

1. Médecin principal des hôpitaux
2. Médecin des hôpitaux

1. Loi N°83-112 du 12 décembre 1983 publiée au JORT N°82 du 13 et 16 décembre 1983 ; page 3214

2. Arrêté du Premier ministre du 5 décembre 1994 publiée au JORT N°98 du 13 décembre 1994 ; page 1955

3. Page 1960 de l'Arrêté du Premier ministre du 5 décembre 1994 publiée au JORT N°98 du 13 décembre 1994, ainsi que le décret N° 2008-3449 du 10 novembre 2008 portant statut particulier du corps médical hospitalo-sanitaire publié au JORT N° 92 du 14 novembre 2008 page 3505.

Le corps des médecins dentistes des hôpitaux :

1. Médecin Dentiste Spécialiste Major de la santé publique
2. Médecin Dentiste Spécialiste Principal de la santé publique
3. Médecin Dentiste Spécialiste de la santé publique
4. Médecin Dentiste Major de la santé publique
5. Médecin Dentiste Principal de la santé publique
6. Médecin Dentiste de la santé publique

Le corps des pharmaciens⁴ :

1. Pharmacien spécialiste Major de la santé publique
2. Pharmacien spécialiste Principal de la santé publique
3. Pharmacien spécialiste de la santé publique
4. Pharmacien Major de la santé publique
5. Pharmacien Principal de la santé publique
6. Pharmacien de la santé publique

Le corps des inspecteurs médicaux et juxta- médicaux :

1. Inspecteur Général de la santé publique
2. Inspecteur Divisionnaire de la santé publique
3. Inspecteur Régional de la santé publique

Le corps des résidents :

1. Résident en médecine
2. Résident en biologie
3. Résident en médecine dentaire

Le corps des stagiaires internés :

1. en médecine
2. en médecine dentaire

Le corps du personnel administratif de la santé publique⁵ :

1. Administrateur Général de la santé publique
2. Administrateur en chef de la santé publique
3. Administrateur Conseiller de la santé publique
4. Administrateur de la santé publique
5. Attaché de la santé publique
6. Secrétaire d'Administration de la santé publique
7. Commis de la santé publique
8. Agent d'accueil de la santé publique⁶

Le corps des surveillants de la santé publique :

1. Surveillant général de 1^{ère} catégorie
2. Surveillant général de 2^{ème} catégorie
3. Surveillant de service
4. Surveillant d'unité sanitaire

4. Décret N°2005-3296 du 19/12/2005, portant statut du corps particulier des pharmaciens hospitalo- sanitaires

5. Décret N° 98-2529 du 18 décembre 1998, fixant le statut particulier du corps administratif de la santé publique, JORT N° 103 du 25 décembre 1998; page 2486.

6. Décret N° 95-1313 du 24 juillet 1995, portant statut particulier au corps des agents administratifs de la santé publique, JORT N° 62 du 4 août 1995 ; page 1630 ; modifiant le décret N° 90-2260 du 31 décembre 1990

6bis. Décret gouvernemental n° 2015-61 du 27 avril 2015, modifiant le décret n° 93-1725 du 16 août 1993, portant création, rémunération et conditions d'attribution des emplois fonctionnels du personnel paramédical exerçant dans les structures sanitaires publiques. JORT n°34 du 28 avril 2015 page 864.

Le corps des techniciens supérieurs de la santé publique⁷ :

1. Technicien Supérieur Général de la santé publique (catégorie A1)
2. Technicien Supérieur Major Principal de la santé publique (catégorie A1)
3. Technicien Supérieur Major de la santé publique (catégorie A1)
4. Technicien Supérieur Principal de la santé publique (catégorie A2)
5. Technicien Supérieur de la santé publique (catégorie A3)

Le corps des infirmiers de la santé publique⁸ :

1. Infirmier Général de la santé publique (catégorie A1)
2. Infirmier Major Principal de la santé publique (catégorie A1)
3. Infirmier Major de la santé publique (catégorie A2)
4. Infirmier Principal de la santé publique (catégorie A3)
5. Infirmier de la santé publique (catégorie B)
6. Auxiliaire de la santé publique. (Catégorie C)

En dehors des professionnels de santé le médecin généraliste peut être appelé à collaborer avec le corps des magistrats en sa qualité d'auxiliaire de la justice :

Le corps des magistrats comprend trois grades :

1. Magistrat de 3ème grade
 2. Magistrat de 2ème grade
 3. Magistrat de 1er grade
- Parfois avec le corps des Psychologues

Le corps des Psychologues :

1. Psychologue général
2. Psychologue en chef
3. Psychologue Principal
4. Psychologue

Rarement avec le corps des cadres et agents de la sûreté nationale qui comprend le sous corps de la tenue civile et le sous corps de la tenue réglementaire.

Le médecin généraliste, en plus de son statut de fonctionnaire, est soumis, dans l'exercice de ses fonctions, comme les différents corps de métier à un ensemble de textes règlementaires statutaires et ordinale.

En matière de juridiction administrative, il est soumis à la loi portant statut général des personnels de l'état, des collectivités publiques locales et des établissements publics à caractère administratif⁹.

B. RECRUTEMENT, NOTATION, AVANCEMENT et PROMOTION :

Le recrutement a lieu par voie de concours sur épreuves, sur titres ou sur dossiers,... Tout candidat admis à un concours doit, pour ses nominations et affectation, se tenir à la disposition entière de l'administration. En cas de refus

7. Décret gouvernemental n° 2015-56 du 27 avril 2015, modifiant et complétant le décret n° 2000-1688 du 17 juillet 2000, fixant le statut particulier du corps commun des techniciens supérieurs de la santé publique. JORT n°34 du 28 avril 2015 page 854.

8. Décret gouvernemental n° 2015-58 du 27 avril 2015, modifiant et complétant le décret n° 2000-1690 du 17 juillet 2000, fixant le statut particulier du corps des infirmiers de la santé publique. JORT n°34 du 28 avril 2015 page 859.

9. Loi N°83-112 du 12 décembre 1983 publiée au JORT N° 82 du 13 et 16 décembre 1983 ; page 3214

de rejoindre le poste qui lui est attribué, il est, après une mise à demeure, considéré comme ayant refusé la nomination et radié de la liste des candidats admis au concours. Une fois recruté le personnel de l'état subit notation et avancements, le pouvoir de notation appartient au chef de l'administration à laquelle appartient le fonctionnaire. La note chiffrée est portée à la connaissance du fonctionnaire intéressé qui peut demander à la commission administrative paritaire compétente d'inviter l'autorité ayant le pouvoir de notation à réviser la note décernée.

L'avancement d'échelon a lieu automatiquement, d'un échelon à celui immédiatement supérieur, selon les cadences déterminées par les statuts particuliers¹⁰.

La promotion a lieu par voie de concours internes ou d'examens professionnels au profit des fonctionnaires ayant au moins cinq ans d'ancienneté¹¹.

C. LES CONGÉS :

Les congés sont accordés par les chefs des administrations, des collectivités publiques locales ou des établissements publics à caractère administratif. Sauf cas d'indisponibilité subite, à charge de régularisation ultérieure, aucun fonctionnaire ne peut interrompre l'exercice de ses fonctions s'il n'a demandé et obtenu un congé. On distingue plusieurs types de congés.

1. Les Congés administratifs

a. Congés de repos :

Tout fonctionnaire en activité a droit à :

- Un congé de repos hebdomadaire d'une durée de un jour.
- Un congé de repos annuel d'une durée de un mois à plein traitement par année de services effectifs du 1er janvier au 31 décembre, si non deux jours et demi de repos par mois de services effectifs, si non une demi journée de repos pour chaque six jours de services effectifs d'une période inférieure à un mois.

L'administration peut effectuer une répartition des congés compte tenu de la nécessité de service, elle peut également s'opposer à tout fractionnement du congé annuel de repos¹².

Les fonctionnaires ayant des enfants à charge bénéficient de la priorité pour le choix et la fixation de la période de congés annuel de repos.

Un congé de repos peut faire suite à un congé de maladie.

b. Congés exceptionnels :

Des congés exceptionnels peuvent être accordés à plein traitement et sans entrer en ligne de compte dans le calcul des congés de repos :

- Pour l'accomplissement d'un des devoirs imposés par la loi dans la limite de la durée nécessaire à cet effet.
- Pour l'accomplissement du pèlerinage. Ce congé exceptionnel ne peut être accordé que pour un mois au maximum durant la période de pèlerinage

10. Loi N°97-83 du 20 décembre 1997

11. Loi N°97-83 du 20 décembre 1997

12. Loi N°97-83 du 20 décembre 1997

et une seule fois dans la carrière.

- Pour l'accomplissement de devoirs impérieux de famille et dans la limite de six jours par an.

- A l'occasion de chaque naissance au foyer du fonctionnaire chef de famille. La durée de ce congé est fixée à deux jours ouvrables, devant intervenir dans un délai qui expire dix jours après la date de naissance. Les naissances gémellaires ou multiples ne donnent droit qu'à un seul congé de cette nature.

- A l'occasion de la convocation des congrès professionnels, syndicaux, fédéraux, nationaux, internationaux, ou des organismes directeurs, aux fonctionnaires représentant dûment mandatés, ou membres élus des organismes directeurs.

- A l'occasion de la convocation à des congrès des partis politiques et des organisations nationales et de jeunesse.

- A l'occasion de la convocation à des compétitions internationales, aux fonctionnaires faisant partie des équipes nationales sportives. Ce congé est accordé sur la demande du ministre de la jeunesse et des sports.

La durée des congés prévus aux trois derniers paragraphes est égale au total des journées indiquées dans les convocations augmentées des délais de route nécessaires.

2. Les congés pour des raisons de santé

a. Congé de maladie ordinaire :

En cas de maladie dûment constatée et le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, le fonctionnaire peut obtenir un congé de maladie ordinaire.

Toute demande de congé pour maladie doit être appuyée d'un certificat médical indiquant la période présumée pendant laquelle le fonctionnaire est hors d'état d'exercer ses fonctions.

L'administration effectue tout contrôle utile par un médecin de la santé publique ou par le médecin désigné à cet effet.

Indépendamment de ce contrôle médical, elle prescrit toute mesure de contrôle administratif à l'effet de s'assurer que le fonctionnaire n'use de son congé que pour se soigner.

Sauf en cas d'urgence dûment établi, le fonctionnaire bénéficiant d'un congé de maladie, ne peut quitter sa résidence habituelle que sur autorisation de son administration.

Durant les premiers mois de son recrutement, et tant que le fonctionnaire n'a pas accompli 365 jours de services effectifs, il a droit à cinq jours de congé de maladie par mois de services effectifs.

Le fonctionnaire qui a accompli 365 jours de services effectifs, a droit à un congé de maladie ordinaire de douze mois dont deux à plein traitement et dix à demi traitement¹³.

Les congés de maladie ordinaire ne dépassant pas 30 jours par période de 365

13. Loi 97-83 du 20 décembre 1997

jours sont directement accordés par le chef de l'administration; si cette période de 30 jours est dépassée, l'avis d'une commission médicale est nécessaire après déposition d'un certificat médical circonstancié.

b. Congé de maladie de longue durée :

Accordé pour une période de cinq ans dont 3 ans à plein traitement et 2 ans à demi traitement pour des maladies figurant sur liste fixée par décret après avis du conseil supérieur de la fonction publique et de la réforme administrative¹⁴.

Les congés pour accident de travail ont toutes leurs dispositions référenciées dans les lois 94-28¹⁵ et 95-56¹⁶.

c. Congé de maternité et congé post natal :

- **Le congé de maternité**

Le fonctionnaire de sexe féminin bénéficie, sur production d'un certificat médical de deux mois à plein traitement, cumulable avec le congé de repos.

- **Le congé post natal**

A l'issue du congé de maternité, un congé de quatre mois à demi salaire peut lui être accordé, sur sa demande.

Ces congés sont accordés directement par le chef de l'administration

- **Le repos d'allaitement¹⁷ :**

La femme fonctionnaire a droit, sur sa demande, à un repos d'allaitement d'une heure, en début ou au terme de la séance de travail, à condition que la durée de la séance de travail ne soit pas inférieure à quatre heures.

Au cas où le travail est aménagé en deux séances, il est accordé à l'intéressée deux repos d'une heure chacun, au début ou à la fin de chaque séance, à condition que la durée minimum totale de travail soit égale à sept heures par jour.

Le repos d'allaitement est accordé pour une période maximum de six mois à compter de la fin du congé de maternité.

3. Congé pour formation continue

Le fonctionnaire peut demander un congé pour participer à un cycle de formation continue organisé par l'administration.

Les modalités d'application de ces dispositions sont déterminées par décret.

4. Congé sans solde

Des congés sans solde peuvent être accordés aux fonctionnaires. La durée du congé sans solde, qui ne peut excéder trois mois par année, n'est pas considérée comme service effectif.

5. Congé pour la création d'une entreprise¹⁸

Un congé pour la création d'une entreprise peut être accordé au fonctionnaire titulaire, pour une durée maximale d'une année renouvelable une seule fois. Ce congé est accordé par décret.

Il est interdit au fonctionnaire bénéficiant d'un congé pour création d'une entreprise d'exercer une activité contraire au motif au titre duquel le congé a été accordé.

14. Article 45 du statut général du personnel de la fonction publique.

15. Loi 94-28 du 21 février 1994 publiée à la page 308 du JORT N°15 du 22 février 1994

16. Loi 95-56 du 28 juin 1995 publiée à la page 1419 du JORT N°53 du 4 juillet 1995

17. Loi 97-43 du 20 décembre 1997 et circulaire du 10 septembre 1992

18. Loi N° 2003-20 du 17 mars 2003 publiée à la page 560 du JORT N°22 du 18 mars 2003

Le fonctionnaire bénéficiant d'un congé pour création d'une entreprise doit demander sa réintégration ou le renouvellement de ce congé pour une deuxième année dans un délai d'un mois au moins avant l'expiration de la période du congé, par lettre recommandée.

A l'expiration de la période de congé pour création d'une entreprise, le fonctionnaire a le droit de réintégrer son corps d'origine même en surnombre. Ce surnombre doit être résorbé à la première vacance venant à s'ouvrir dans le corps considéré.

Au cas où le fonctionnaire ne demande pas sa réintégration dans le délai ci-dessus indiqué, et après avoir été mis en demeure, il est considéré comme ayant rompu tout lien avec le service public.

D. DISCIPLINE

Le pouvoir disciplinaire est du ressort du chef de l'administration à laquelle appartient le fonctionnaire.

Les sanctions disciplinaires peuvent être du premier degré ou du deuxième degré.

1. Les sanctions disciplinaires du premier degré sont :

- L'avertissement
- Le blâme

Les sanctions de premier degré sont prononcées après audition du fonctionnaire intéressé et sans consultation du conseil de discipline.

2. Les sanctions disciplinaires du deuxième degré sont :

- Le retard de 3 mois à 12 mois au maximum à l'avancement
- La mutation d'office avec changement de résidence
- L'exclusion temporaire pour une période maximum de six mois avec privation de traitement.
- La révocation sans suspension des droits à pension de retraite

Les sanctions du deuxième degré ne peuvent être prononcées qu'après consultation du conseil de discipline.

Les commissions administratives paritaires jouent dans ce cas le rôle du conseil de discipline, leur composition est alors modifiée conformément à l'article 34 de la loi portant statut général du personnel de l'état

Le fonctionnaire n'est traduit devant le conseil de discipline qu'au vu d'un rapport écrit émanant de l'autorité ayant le pouvoir disciplinaire,..., le rapport indique clairement les faits reprochés au fonctionnaire et, s'il y a lieu, les circonstances dans lesquelles ils ont été commis.

Les sanctions sont prononcées par décision motivée émanant de l'autorité qui a le pouvoir disciplinaire

Le fonctionnaire a droit d'obtenir, aussitôt l'action disciplinaire engagée, la communication de toutes les pièces relatives à l'inculpation avec la faculté de lever copies de ces dernières. Il a droit, en outre, à la communication de son

dossier individuel. Cette communication a lieu sur place en présence d'un représentant de l'administration. Le fonctionnaire est tenu de déclarer par écrit avoir reçu cette communication, ou le cas échéant, y avoir renoncé volontairement. Il peut présenter devant le conseil de discipline des observations écrites ou verbales, citer des témoins et se faire assister par un défenseur de son choix. Le droit de citer des témoins appartient également à l'administration.

Le fonctionnaire doit être convoqué par écrit au moins quinze jours avant la réunion du conseil de discipline.

Le conseil de discipline peut ordonner une enquête s'il ne se juge pas suffisamment éclairé sur les faits reprochés au fonctionnaire ou les circonstances dans lesquelles ces faits ont été commis.

Le conseil de discipline doit transmettre son avis dans le délai d'un mois à compter du jour où il a été saisi. Ce délai est porté à deux mois, lorsqu'il est procédé à une enquête ordonnée par le conseil de discipline.

Le fonctionnaire peut être immédiatement suspendu de ses fonctions, en cas de faute grave commise, le conseil de discipline doit être saisi dans un mois au maximum ; si après trois mois il n'a pas été révoqué, il a droit au remboursement intégral de son traitement afférent à la période de suspension.

E. LES POSITIONS

Tout fonctionnaire doit être placé dans une position régulière, ces positions sont :

1. L'activité :

L'activité est la position du fonctionnaire qui, régulièrement titulaire d'un grade, exerce effectivement les fonctions de l'un des emplois correspondants. Pendant toute la durée d'un congé de quelque nature que ce soit, accordé à plein ou à demi traitement le fonctionnaire bénéficiaire est considéré comme étant en activité.

2. Le détachement :

Le détachement est la position du fonctionnaire placé hors de son corps d'origine mais continuant à bénéficier dans ce corps, de ses droits à l'avancement, à la promotion et à la retraite.

Le détachement est prononcé à la demande du fonctionnaire ou d'office dans les conditions prévues par l'article 66 de la loi portant statut général de la fonction publique.

Le détachement est essentiellement révocable.

Le détachement ne peut avoir lieu qu'après :

a. D'une administration, d'une collectivité publique locale, d'un établissement public, d'une société nationale ou d'une société d'économie mixte.

Le détachement est, dans ce cas, prononcé par arrêté du chef de l'administration dont relève le fonctionnaire après accord du chef de l'administration auprès de laquelle le fonctionnaire sera détaché.

b. D'une organisation nationale.

c. De l'agence tunisienne de coopération technique pour les fonctionnaires

appelés à exercer une activité auprès de gouvernements étrangers ou d'organismes internationaux.

d. Pour exercer la fonction de membre du gouvernement ou une fonction élective autre que celle de député. Dans ces trois derniers cas le détachement est prononcé par arrêté du Premier Ministre.

Le détachement sur demande ne peut être accordé qu'aux fonctionnaires comptant au moins deux ans de services civils effectifs.

Le détachement peut être accordé pour une période maximum de cinq ans renouvelable. A l'issue du détachement le fonctionnaire peut soit être réintégré dans son corps d'origine, soit être intégré dans les cadres de l'administration ou l'organisme où il est détaché et ce dans les conditions fixées par décret.

3. La disponibilité :

La disponibilité est la position du fonctionnaire qui, placé hors de l'administration dont il relève, continue d'appartenir à son corps d'origine, mais cesse d'y bénéficier de ses droits à l'avancement, à la promotion et à la retraite.

La disponibilité est prononcée par arrêté du chef de l'administration, soit d'office, soit à la demande écrite du fonctionnaire. La position de disponibilité n'ouvre droit à aucune rémunération.

Le fonctionnaire intéressé conserve les droits acquis dans son corps d'origine à la date de sa mise en disponibilité.

La mise en disponibilité sur demande ne peut être accordée qu'au fonctionnaire justifiant de deux années de services civils effectifs au moins. Cette mise en disponibilité a lieu conformément aux dispositions suivantes:

a. Pour une durée d'une année, renouvelable une seule fois, pour accident ou maladie grave de son conjoint, d'un de ses ascendants ou descendants.

b. Pour une durée de trois ans, renouvelable une seule fois, pour recherches ou études présentant un intérêt général.

c. Pour une durée de deux ans, renouvelable deux fois, pour la femme fonctionnaire à l'effet d'élever un plusieurs enfants âgés de moins de six ans, ou atteints d'infirmités exigeant des soins continus.

d. Pour une durée maximum de cinq ans, pour des circonstances exceptionnelles, cette mise en disponibilité est accordée par décret¹⁹.

Le fonctionnaire peut, sur sa demande, être mis en disponibilité spéciale par arrêté du Premier Ministre, et ce dans les conditions suivantes :

a. Pour une durée d'une année, renouvelable autant de fois que nécessaire, pour tout fonctionnaire dont le conjoint fonctionnaire a été muté à l'intérieur du territoire de la république, soit appelé à exercer à l'étranger.

b. Pour une période de cinq ans, renouvelable autant de fois que nécessaire, au profit du fonctionnaire élu à la chambre des députés. A la cessation de leur fonction parlementaire, les agents mis en disponibilité spéciale

¹⁹. Modifié par la loi N°97-83 du 20 décembre 1997.

réintègrent de plein droit leur cadre d'origine en conservant le grade ou la catégorie dont ils sont titulaire... , cette réintégration est effectuée même en surnombre au cas où il n'existe pas d'emploi vacant dans leur cadre d'origine.

A l'expiration de la période de mise en disponibilité, le fonctionnaire a le droit de réintégrer son corps d'origine même en surnombre, lequel doit être résorbé à la première vacance venant à s'ouvrir dans le corps considéré.

Le fonctionnaire mis à la disponibilité sur sa demande doit demander sa réintégration deux mois au moins avant l'expiration de la période de disponibilité, par lettre recommandée.

Au cas où le fonctionnaire n'a pas demandé sa réintégration dans le délai sous indiqué, il est alors considéré comme ayant rompu tout lien avec le service public²⁰.

Le fonctionnaire mis en disponibilité et qui, lors de sa réintégration, refuse le poste qui lui est assigné, peut être licencié après avis de la commission administrative paritaire compétente.

4. Sous les drapeaux

Le fonctionnaire incorporé dans une formation militaire pour accomplir sa période de service actif, tel que prévu par la loi sur le recrutement, est placé dans une position spéciale dite «sous les drapeaux». Dans cette position, il perd les émoluments qu'il percevait, mais conserve ses droits à l'avancement, à la promotion et à la retraite.

A sa libération l'intéressé est réintégré de droit dans son corps d'origine, même en surnombre à charge de résorber ce surnombre à la première vacance venant s'ouvrir dans le grade considéré.

5. La cessation définitive des fonctions

La cessation définitive des fonctions entraînant la radiation des cadres et la perte de la qualité de fonctionnaire résulte :

- a.** De la perte de la nationalité tunisienne ou des droits civiques
- b.** De la démission régulièrement acceptée
- c.** Du licenciement
- d.** De la révocation
- e.** De l'admission à la retraite

20. Modifié par la loi N°97-83 du 20 décembre 1997.

II. ORGANISATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

A. Historique et présentation générale

Une direction de l'assistance et de la santé publique a été créée le 17 février 1884 par décret beylical²¹, Ce n'est qu'un demi siècle plus tard que la direction de l'assistance et de la santé publique fût intégrée au ministère des affaires sociales (15 juillet 1943²²)

Le décret du 29 août 1947 va scinder ce ministère en deux nouveaux départements: le ministère du travail et le ministère de la santé publique, réservant ainsi pour la première fois en Tunisie, à l'administration de la santé un département ministériel à part entière.

Ce ministère est maintenu jusqu'au 25 juillet 1957²³ date à laquelle il devient, avec la proclamation du régime républicain, secrétariat d'état à la santé publique.

Le 3 mai 1958 le décret 58-123 consacre le regroupement du secrétariat d'état à la santé publique et du secrétariat d'état aux affaires sociales qui devient ainsi le secrétariat d'état à la santé publique et aux affaires sociales.

Cette situation se maintient jusqu'à 1964, date à laquelle les services de santé publique sont de nouveau séparés de ceux des affaires sociales (décret n°64-630 du 12/11/1964) et rattachés au secrétariat d'état à la jeunesse et aux sports!!!...

Le remaniement ministériel effectué le 8 septembre 1969 redonne cependant naissance au secrétariat d'état à la santé publique et aux affaires sociales (décret n° 69-311 du 8 septembre 1969).

Ce secrétariat d'état aura une vie courte, puisque avec la création du poste de Premier Ministre et la transformation de tous les secrétariats d'état en ministères, le ministère de la santé publique fût créé de nouveau par décret n°69-401 du 7 novembre 1969.

En mars 1990 la direction de la santé et de la sécurité au travail a été rattachée au ministère des affaires sociales.

La mission et les principales attributions du ministère de la santé publique sont aujourd'hui définies par le décret n° 74-1064 du 28 novembre 1974 qui a abrogé le décret n° 70-21 du 19 janvier 1970.

Le ministère de la santé publique veille sur la santé de la population dans le but de lui permettre le développement harmonieux des facultés physiques et mentales et de son adaptation au milieu naturel et à l'environnement social du pays.

Il lutte contre les causes de la détérioration du bien être physique et mental qui peut l'affecter individuellement ou collectivement.

A ce titre, le ministère élabore pour le gouvernement, la politique de santé publique, la planifie, veille à sa mise en œuvre et contrôle l'exécution.

21. Ali III 13ème Bey de la Dynastie Husseinite, il a régné de 1882 à 1902, il a succédé Sadok Bey (1859 à 1882) et précédé Mohamed Hédi Bey (1902 à 1906).

22. Sous le règne de Lamine Bey 19ème et dernier Bey de la Dynastie Husseinite, il a régné de 1943 à 1957, il a succédé Moncef Bey (1942 à 1943).

23. L'abolition de la Monarchie est proclamée le 25 juillet 1957 par la chambre constitutionnelle au profit du régime républicain.

Le ministère de la santé publique assure la prévention, les actions curatives, la réadaptation, la formation et la recherche.

Le ministère de la santé publique a un contrôle spécifique sur:

- Les organismes professionnels élus
- Les associations médicales, juxta médicales et paramédicales
- Toute entreprise d'importation, distribution et fabrication de médicaments.
- Les établissements privés de diagnostic, soins et prestations.
- Les centres de santé de base et les services d'assistance médicale urgente.

B. Organisation et attributions des services centraux

Sont définies par le décret 81-793 du 9 juin 1981 portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique, modifié par le décret 84-1433 du 3 décembre 1984 et modifié par le décret 89-457 du 24 mars 1989 publié au JORT du 2 mai 1989, et modifié aussi par le décret 2000-2357 du 17 octobre 2000 JORT N° 86

Le ministre de la santé publique a sous son autorité l'ensemble des services et des organismes dépendant du ministère de la santé publique dont il assure la coordination.

Le secrétaire général²⁴ Le secrétaire général du ministère de la santé publique assure:

- Le contrôle et la coordination des services chargés de la mise en œuvre des moyens, de la planification, des études, et de la statistique.
- La coordination administrative et financière des directions régionales de la santé publique.

Le directeur général²⁵ Le directeur général de la santé publique assure le contrôle et la coordination des services techniques du département ainsi que des activités médicales juxta médicales et paramédicales des directions régionales de la santé publique. La sous direction de la réglementation et du contrôle des professions de santé rattachée à la direction générale de la santé publique comporte deux services:

- Le service de l'agrément et du contrôle des établissements privés de santé
- Le service de la réglementation et du contrôle de l'exercice privé des professions de santé

Le cabinet du ministre²⁶ est chargé de la liaison et de la coordination entre les différents organes du ministère. Il tient le ministre informé de l'action générale du département, répercute ses instructions et veille à leur exécution.

Il est chargé en outre de la coopération internationale, de la documentation, des relations publiques, et des questions de presse.

Le corps des inspecteurs médicaux et juxtamédicaux ainsi que le corps des inspecteurs administratifs relèvent directement du ministre de la santé publique et assurent sous ses directives toute mission d'inspection, d'évaluation ou de contrôle de l'activité sanitaire sur le plan technique et administratif²⁷.

24. Article 4
25. Article 5
26. Article 3

Pour l'exécution des missions qui leur sont confiées, les inspecteurs sont habilités à requérir la communication immédiate de toute information ou la production de tout document utile. Ils disposent pour ces fins des pouvoirs d'investigations les plus étendus.

Les services de l'inspection et du contrôle comprennent:

- L'inspection médicale et juxta médicale
- L'inspection administrative et financière

1. LES SERVICES COMMUNS RATTACHES AU CABINET²⁸

1. Le bureau de presse

Relève du cabinet et a pour mission de faciliter l'accès à l'information et aux communicateurs. Il rend compte de l'action de la santé publique tout en s'attachant, conformément aux directives du ministre, à promouvoir une adhésion agissante des médias aux programmes nationaux de la santé publique et notamment aux efforts pratiques tendant à aider le citoyen à mener une vie plus saine.

Cette unité assure également une revue de presse quotidienne et la coordination du bulletin du ministère «Santé Information»

2. Direction de l'inspection médicale: DIM

L'inspection médicale assure une mission de contrôle, d'évaluation et d'inspection technique de l'ensemble des services médicaux publics et privés. Elle peut être chargée de toute enquête d'ordre médical.

Le corps de l'inspection médicale comprend les emplois fonctionnels suivant:

- Des inspecteurs généraux des services médicaux ayant rang et prérogatives de directeur d'administration centrale.
- Des inspecteurs médicaux, ayant rang et prérogatives de sous-directeurs d'administration centrale.

3. Direction de l'inspection pharmaceutique: DIP

L'inspection pharmaceutique relève directement du ministre de la santé publique et veille sous son autorité au respect de la législation relative aux produits pharmaceutiques et à l'exercice des professions pharmaceutiques dans les secteurs publics et privés

Elle assure sous ses directives toute mission d'inspection ou d'enquête en rapport avec son objet, ainsi que des inspections périodiques des structures et établissements pharmaceutiques (fabricants des produits pharmaceutiques, grossistes répartiteurs, pharmacies privées, pharmacies des structures sanitaires publiques et privées, laboratoires d'analyse de biologie médicale...)

L'inspection pharmaceutique est assurée par un corps de pharmaciens inspecteurs assermentés.

4. Direction de l'inspection administrative et financière: DIAF

L'inspection administrative et financière relève directement du ministre de la santé publique et assure sous ses directives toute mission d'inspection

²⁷. Article 7

²⁸. Sont définis au chapitre II du décret 81-793

de la gestion des services administratifs centraux et extérieurs des établissements publics y rattachés. Elle peut être chargée de toute enquête d'ordre administratif. Le corps de l'inspection administrative comprend les emplois fonctionnels suivants :

- Un inspecteur principal administratif de la santé publique ayant rang et prérogatives de directeur d'administration centrale.
- Des inspecteurs principaux adjoints administratifs de la santé publique ayant rang et prérogatives de sous-directeur d'administration centrale.
- Des inspecteurs administratifs de la santé publique ayant rang et prérogatives de chef service d'administration centrale.
- Pour l'exécution des missions qui leur sont confiés, les inspecteurs sont habilités à requérir la communication immédiate de toute information ou la production de tout document utile: ils disposent à ces fins des pouvoirs d'investigation les plus étendus.

5. L'unité de coopération technique: UCT

Comprend deux services:

- Le service de la coopération multilatérale
- Le service de la coopération bilatérale

Elle est chargée de:

- Centraliser les projets de coopération technique multilatérale et bilatérale préparés en collaboration avec les services et organismes intéressés.
- Assurer la liaison avec l'OMS, l'UNICEF, le conseil des ministres arabes de la santé et organismes similaires spécialisés.
- Elaborer les projets de convention pour le recrutement du personnel contractuel étranger, en collaboration avec le ministère des affaires étrangères.
- Centraliser les demandes et l'octroi des bourses de coopération technique, d'études et de stages et des missions à l'étranger.

6. La sous direction de documentation et des archives: SDDA

Comprend deux services:

- Le service de la documentation
- Le service des archives

Elle est chargée de

- La centralisation et la diffusion de l'ensemble de la documentation.
- La classification opérationnelle de la documentation
- La gestion de la bibliothèque
- L'élaboration et la diffusion d'un répertoire des ouvrages disponibles
- La conservation et la classification des archives du ministère

7. La direction des relations publiques et des relations avec le citoyen:

DRPRC

Elle est chargée:

- Des relations publiques, de l'organisation des séminaires, des réceptions et de l'accueil des personnalités étrangères.
- Des enquêtes sociales, de l'études des cas sociaux, de la tutelle des services sociaux des établissements de la santé publique et de la liaison avec les services sociaux des autres départements.
- Des placements d'office des malades et des soins à l'étranger.

8. Le service du bureau d'ordre central

Il est chargé de:

- La réception, l'expédition et l'enregistrement du courrier.
- La ventilation et le suivi du courrier.

Le bureau d'ordre central relève du cabinet, à partir de 2002, il est dirigé par la sous directrice de la documentation et des archives.

2. LES SERVICES TECHNIQUES

Sont rattachés à la direction générale de la santé

1. UDMU: Unité de la médecine d'urgence

L'unité a pour mission de veiller sur le secteur des urgences et d'assurer la mise en œuvre des mesures le concernant. Elle est chargée de:

- Définir en collaboration avec les parties concernées le rôle et les attributions des différents intervenants en pré hospitalier
- Veiller sur la mise en place des moyens de coordination et de régulation entre les différents intervenants en pré hospitalier et ce en collaboration avec les parties concernées.
- Concevoir des actions d'information et de sensibilisation du citoyen aux divers risques conduisant à des situations d'urgence.
- Réviser l'organisation de la structure hospitalière des urgences et assurer son intégration avec l'ensemble des services hospitaliers.
- Veiller à assurer une formation adéquate pour l'ensemble du personnel concerné par les urgences.
- Assurer le suivi de l'évaluation des activités des services d'urgence.
- Participer à l'élaboration des plans d'action pour faire face aux urgences majeures avec toutes les parties concernées.
- Œuvrer pour le développement de la capacité des structures sanitaires pour faire face aux situations d'urgences majeures.
- Coordonner les interventions sanitaires dans les situations d'urgence majeures.

L'unité comprend trois services:

- Le service chargé des activités de médecine d'urgence pré hospitalière
- Le service chargé des activités d'urgence hospitalière
- Le service chargé de la formation et de l'information dans le domaine de la médecine d'urgence

2. DRM: Direction de la recherche médicale

Elle a pour mission d'orienter, en coordination avec le ministère chargé de la recherche scientifique et de la technologie, les priorités de la recherche médicale et ce conformément à la politique nationale de santé.

Elle est chargée de :

- Promouvoir la création et le développement des unités de recherche et des laboratoires de recherche médicale dans les structures sanitaires.
- Contribuer à identifier les sources de financement pour les activités de la recherche médicale et diversifier ces sources pour répondre aux différents besoins et demandes.
- Identifier, promouvoir et développer à l'échelle nationale et internationale les possibilités de partenariat dans le domaine de la recherche médicale.
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités de recherche et valoriser l'utilisation de leurs produits.
- Coordonner les activités des laboratoires de recherche et unités de recherche implantés dans les structures sanitaires et veiller au respect de l'application des choix prioritaires.
- Veiller en collaboration avec les instances spécialisées, au strict respect des règles d'éthique médicale en matière de recherche.

La direction comprend une sous direction de l'organisation des activités de recherche composée de deux services :

- Service chargé des activités de la promotion des études et de la programmation des activités de recherche médicale.
- Service chargé du suivi et de l'évaluation des activités de recherche médicale.

3. SDQS: La sous direction de la qualité des soins

Elle a pour mission de promouvoir la qualité de soins, favoriser une culture de l'excellence dans ce domaine et contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à tous les niveaux dans les structures sanitaires publiques et privées.

Elle est chargée de :

- Encourager la création et le maintien d'une dynamique d'auto-évaluation des prestataires, et promouvoir à tous les niveaux de prestations, les indicateurs nécessaires pour le suivi du programme d'assurance qualité.
- Concevoir et coordonner des études d'évaluation des pratiques professionnelles et promouvoir et diffuser les référentiels techniques (guides, protocoles et recommandations de bonnes pratiques)
- Veillez à ce que les établissements sanitaires développent à moyen terme une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins destinés aux patients, et à terme, encourager ces structures à adhérer au processus de certification (accréditation)
- Diffuser et piloter le programme d'amélioration de la qualité des soins à travers toutes les structures sanitaires, y compris dans le secteur privé.

La sous direction de la qualité des soins comprend deux services:

- Service chargé de la promotion de la qualité des soins
- Service chargé du suivi et de l'évaluation

4. DSSB: Direction des soins de santé de base

La direction des soins de santé de base est une direction centrale à vocation technique. Elle est chargée de:

- La programmation et la mise en œuvre des programmes nationaux de la santé et le suivi de leur exécution
- L'évaluation de la rentabilité des programmes de santé à travers les études et les recherches
- La collecte et l'analyse des données relatives aux programmes de santé.
- Le renforcement de la carte sanitaire en vue de rapprocher les services préventifs, curatifs et promotionnels de la population
- Le suivi de la situation épidémiologique et la lutte contre les épidémies
- La conception des programmes d'éducation sanitaires, le suivi de leur mise en œuvre et l'évaluation de leurs impacts sur le comportement des citoyens.
- L'encadrement des équipes régionales et locales ainsi que leur soutien en matière de planification et gestion des programmes de santé
- L'organisation du fonctionnement des structures sanitaires de première ligne dans le cadre de la mise à niveau du secteur de santé de base.
- La coordination avec les différents secteurs intervenant dans l'exécution de ces programmes de santé (Intérieur, Agriculture, Education, Culture, Information)
- Assurer la tutelle technique des services de contrôle sanitaire aux frontières.
- La programmation, l'exécution et l'évaluation des activités relatives aux missions de santé à l'occasion du pèlerinage

La direction des soins de santé de base est composée de trois sous directions :

a. La sous direction de l'organisation et de la programmation des activités de santé de base avec deux services:

- Le service de l'organisation des soins de base
- Le service des programmes de lutte contre les fléaux sociaux

b. La sous direction de l'évaluation des activités de santé de base avec deux services:

- Le service de l'épidémiologie
- Le service de l'évaluation des programmes

c. La sous direction de l'éducation sanitaire avec deux services:

- Le service d'étude et de programmation
- Le service de production des supports éducatifs.

La direction des soins de santé de base réalise les programmes nationaux de santé afin de maîtriser la situation sanitaire. Le nombre de ces programmes a progressivement augmenté avec la transition épidémiologique et sanitaire que

vit le pays pour atteindre actuellement presque la trentaine²⁹.

Ces programmes nationaux de santé sont les suivants:

- Le programme national d'éradication du paludisme
- Le programme national d'éradication de la Bilharziose
- Le programme national de périnatalité SMI-PF
- Le programme national de vaccination PEV
- Le programme national de lutte anti-diarrhéique LAD
- Le PN de lutte contre les infections respiratoires aiguës IRA
- Le programme national de lutte contre les MST et le SIDA
- Le programme national de lutte anti-tuberculeuse
- Le programme national de lutte contre la rage
- Le programme national de lutte contre la leishmaniose cutanée
- Le PN de lutte contre les fléaux sociaux (gale et les teignes)
- Le programme national de lutte contre les envenimations scorpioniques
- Le programme national de lutte contre le tabagisme
- Le programme national de la santé oculaire.
- Le PN de prise en charge des hypertendus dans les structures de 1^{ère} ligne.
- Le PN de prise en charge des diabétiques dans les structures de 1^{ère} ligne.
- Le programme national de santé mentale.
- La prévention des troubles dus à une carence iodée.
- Le programme national de la santé des personnes âgées.
- Le PN de lutte contre les zoonoses (kyste hydatique et Brucellose)
- Le Programme National de notification des décès.
- La surveillance épidémiologique
- La carte sanitaire des structures de première ligne
- Le PN de renforcement et de mise en place des circonscriptions sanitaires
- Le programme national de la santé bucco-dentaire.
- Le programme national de médecine scolaire et universitaire
- Le programme national de lutte contre les cancers

En outre la DSSB assure la tutelle technique des structures des soins de santé de base au niveau régional et local:

- Le niveau régional est représenté par les services régionaux des soins de santé de base dont le nombre s'élève à 24 services (un service par gouvernorat).

Au niveau de chaque service est nommé un médecin chef de service régional des soins de santé de base chargé de la planification, le suivi, l'exécution, l'évaluation et la coordination des activités entre le niveau local et central.

- Le niveau local comporte 109 hôpital de circonscription³⁰ et 2078 CSB.

29. On distingue les programmes d'éradication, les programmes de lutte et les programmes dits «d'organisation des services de santé»

Les CSB représentent le lieu de premier contact entre le citoyen et le système de santé. Ils offrent des prestations préventives, curatives et éducationnelles tels que:

- Le traitement des maladies courantes
- La protection de la santé maternelle et infantile et la planification familiale.
- La prévention et le contrôle des maladies contagieuses et transmissibles et ce à travers les vaccinations.
- Les activités de santé pré scolaire et les activités de médecine scolaire et universitaire
- L'éducation sanitaire
- La collecte et l'exploitation des données relatives à l'état de santé et la situation épidémiologique

En plus des services et activités sus cités, les hôpitaux de circonscription assurent les prestations de médecine générale, de maternité et d'urgence et disposent de lits d'hospitalisation et d'un plateau technique pour les explorations.

5. Direction de la réglementation et du contrôle des professions de santé

La DRCPS comprend deux services:

- Le service de l'agrément et du contrôle des établissements privés de santé.
- Le service de la réglementation et du contrôle de l'exercice privé des professions de santé.

Les domaines rentrant dans les champs d'activité de la direction sont les suivants:

- Les cliniques privées
- Les centres d'hémodialyse (considérés comme centres spécialisés)
- Les centres de thalassothérapie
- Le transport sanitaire
- Les équipements lourds
- Les psychologues de libre pratique
- Les professions paramédicales de libre pratique
- Les médecins et paramédicaux étrangers
- Les relations avec les organisations professionnelles des médecins et médecins dentistes
- Les soins à l'étranger

6. DMSU: Direction de la médecine scolaire et universitaire³¹

Elle comprend:

- La sous direction de la programmation.
- Le service de la médecine préscolaire et scolaire.
- Le service de la médecine universitaire.

Elle est chargée de la:

- Conception et de la programmation des actions de la prévention, de dépistage et des traitements prophylactiques menées auprès de la

30. Arrêté du 16 Juin 2009, fixant la liste des établissements sanitaires, JORT n° 50 du 23 Juin 2009 page 1628

population préscolaire, scolaire et universitaire.

- Tutelle technique des centres et services de médecine scolaire et universitaire et des infirmeries scolaires et universitaires.
- Participation, programmation, réalisation et évaluation de l'éducation sanitaire dans les milieux scolaires et universitaires en collaboration avec les organismes et les services intéressés.

7. DHMPE: Direction de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement

Elle est chargée du:

- Contrôle de l'hygiène dans les collectivités publiques locales et dans les établissements hospitaliers et sanitaires publics et privés.
- Contrôle de la qualité des eaux de la consommation et des eaux thermales ainsi que de l'amélioration des points d'eau publics.
- Contrôle des réseaux des égouts et des stations d'épuration et d'évacuation ainsi que des eaux usées d'irrigation.
- Contrôle de la lutte contre les rongeurs et les insectes vecteurs des maladies.
- La participation à l'élaboration des plans d'aménagement et des projets d'habitat.
- Contrôle de la protection de l'environnement et de la lutte contre la pollution
- Contrôle de l'application des normes sanitaires dans les domaines d'activités relevant de son ressort, en collaboration avec les organismes et services intéressés.

A cet effet elle comprend:

• La sous direction de l'hygiène du milieu

Avec ses trois services:

- Le service de la salubrité publique
- Le service du contrôle des eaux
- Le service de l'entomologie et de la lutte contre les vecteurs

• La sous direction de la protection de l'environnement

Avec ses deux services:

- Le service du contrôle de l'habitat et de l'urbanisme.
- Le service du contrôle de la lutte contre la pollution

8. DPM: Unité de la pharmacie et du médicaments³²

Elle est chargée notamment :

- De l'étude de la création, de la gérance, de la cession de la fermeture et du transfert des pharmacies.
- De la contribution à la conception et du suivi de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique hospitalière.
- De l'élaboration de la politique du département en matière de médicament humain et vétérinaire.

31. décret 81-783 du 9/6/1981

32 Décret n° 2007-3017 du 27 novembre 2007 publié au JORT N° 96 du 30 novembre 2007 page 4047 modifiant le décret n° 81-793 du 9 Juin 1981.

- De la tutelle technique de la pharmacie centrale et des pharmacies hospitalières.
- Du contrôle de l'exercice privé de la pharmacie et des rapports avec les ordres professionnels.
- Du contrôle de l'importation, de la fabrication, de la distribution et de la consommation des médicaments.
- Du contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et vénéneuses.
- De la centralisation des données relatives à la toxicomanie et de leur exploitation
- D'assurer le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'industrie pharmaceutique et para pharmaceutique et de procéder à toutes les études en relation avec son objet, de nature à organiser, réglementer et promouvoir le secteur.
- De développer et favoriser la coopération entre les unités industrielles locales.
- De constituer une banque de données sur le secteur industriel pharmaceutique.
- De l'étude préalable des dossiers de création, d'extension ou de transformation des unités industrielles, pharmaceutiques et para pharmaceutiques locales, et ce, conformément aux normes de qualité en vigueur.
- De l'enregistrement des produits pharmaceutiques fabriqués localement.
- Du contrôle de la commercialisation des produits pharmaceutiques et para pharmaceutiques, et ce, dans le cadre de l'octroi du visa et de l'autorisation de mise à la consommation.
- De la collecte auprès des différentes structures de contrôle des données en rapport avec l'assurance qualité.

L'unité de la pharmacie et du médicament comprend :

a. La direction du médicament et de l'industrie pharmaceutique avec deux sous directions :

• La sous direction des médicaments avec trois services :

- Le service de l'enregistrement des produits pharmaceutiques locaux
- Le service des médicaments
- Le service des stupéfiants et des substances psychotropes et vénéneuses

• La sous direction de l'industrie des produits pharmaceutiques et para pharmaceutiques et du contrôle de leur commercialisation avec deux services :

- Le service de la commercialisation des produits pharmaceutiques et para pharmaceutiques
- Le service des unités industrielles locales.

b. La sous direction de la pharmacie avec deux services :

- Le service de la pharmacie hospitalière
- Le service des pharmacies privées.

9. ULBM: Unité des laboratoires de biologie médicale

Elle est chargée de:

- L'étude de la création, de la gérance, de la cession et de la fermeture des laboratoires de biologie.
- La coordination des activités des laboratoires de biologie publics et privés.
- Contrôle des laboratoires et de la qualité de leurs services.
- La standardisation des techniques biologiques.
- Participer à la programmation de l'enseignement de la biologie médicale et à l'organisation des concours de recrutement et des examens professionnels du personnel de laboratoire

L' ULBM comprend:

La sous direction des laboratoires avec deux services:

- Le service de l'inspection des activités des laboratoires publics et privés et du contrôle de qualité des activités des laboratoires.
- Le service de la coordination de la standardisation des techniques d'analyse.

10. UCBSTS: Unité centrale des banques du sang et de transfusion sanguine.

Elle est chargée de:

- La conception, la mise en œuvre et le suivi de la politique nationale en matière de sang.
- La conception et la mise en œuvre des programmes d'éducation et d'information sur le don de sang
- Contrôle de l'utilisation thérapeutique du sang, de son plasma et de ses dérivés.
- L'étude de la création et de la coordination des activités des banques du sang
- La tutelle des centres de transfusion sanguine et des banques du sang

L'unité centrale comprend:

La sous direction des banques du sang avec deux services:

- Le service des programmes et de l'information
- Le service du contrôle des activités

11. UCFC: Unité centrale de la formation des cadres

Elle est chargée de:

- La programmation de la formation des cadres relevant du ministère de la santé publique en collaboration avec les organismes et les services intéressés.
- L'adaptation de la formation des cadres sanitaires aux besoins du pays.
- L'organisation et la programmation de la formation permanente des personnels de la santé publique.
- La tutelle des écoles professionnelles de la santé publique et du centre de recherche et de la formation pédagogique des personnels de la santé.

- La conception et la mise au point des programmes d'enseignement dans les dites écoles.
- L'organisation des concours d'entrée aux écoles concernées
- L'attribution des bourses nationales d'études paramédicales.

A cet effet elle comprend trois services:

- Le service des cadres médicaux et juxtamédicaux
- Le service des cadres paramédicaux
- Le service de recyclage et de la formation continue

3. LES SERVICES DE MISE EN ŒUVRE DES MOYENS

Sont rattachés au secrétaire général du ministère, on distingue:

1. DEP: Direction des études et de la planification

Les attributions sont modifiées par le décret 84-1433 du 3 décembre 1984.

Elle est chargée:

- De procéder aux analyses et aux projections relatives aux actions de santé, leur normalisation, leur répartition géographique et leur schéma de financement.
- D'entreprendre toutes études et recherche en matière de planification et d'identification des besoins en matière de santé publique.
- De procéder aux enquêtes et à la centralisation des données statistiques intéressant les activités du département ainsi que leur évaluation.

La DEP comprend deux sous directions

- La sous direction de la planification
 - Le service des études générales
 - Le service de la programmation
- La sous direction des statistiques
 - Le service des statistiques

L'UGPO: unité de gestion par objectifs pour la réalisation du projet d'investissement sectoriel et l'unité de gestion par objectifs pour la réalisation du projet de mise en place d'un système national d'information sanitaire (SNIS) sont créées par le décret N° 2000-2878 du 07 décembre 2000 et ont un mandat limité au projet sectoriel de santé qui s'étendait jusqu'à la fin du mois de juin 2003.

2.UIOM: Unité d'organisation, méthodes et informatique

Elle est chargée de:

- Concevoir et mettre en œuvre le schéma directeur informatique au département en collaboration avec les services concernés.
- Veiller à la coordination de tous les programmes, expériences ou applications informatiques dans le cadre de la santé publique.
- Coordonner les actions d'information dans le département, en collaboration avec les autres établissements publics et autres organismes concernés.
- Concevoir, mettre en exploitation et maintenir les systèmes et les

programmes informatiques du département en collaboration avec les services utilisateurs du département.

- Etudier l'organisation et le fonctionnement des services centraux et régionaux ainsi que des établissements dépendant du ministère, d'évaluer les moyens et leur rationalisation dans le souci d'une plus grande efficacité et du moindre coût.
- Etudier et proposer tout projet de réforme administrative touchant aux activités du ministère.
- Etudier et proposer les moyens susceptibles d'améliorer les fonctionnements des services.
- Simplifier les procédures et les circuits administratifs.
- Etudier et proposer toute mesure tendant à améliorer la qualité des rapports entre l'administration et les usagers.
- Rationaliser les imprimés administratifs.
- Œuvrer, en vue de moderniser l'administration du ministère, à introduire de nouvelles méthodes de gestion.

L'Unité d'informatique, organisation méthodes comprend à cet effet deux services:

- Le service de l'informatique
- Le service organisation et méthodes

3. DAA: Direction des affaires administratives

Elle est chargée de:

- La gestion et l'administration de l'ensemble des fonctionnaires, agents et ouvriers de l'administration centrale et des établissements publics y rattachés, en collaboration avec les organismes et services intéressés.
- L'application du statut général de la fonction publique et des statuts particuliers.
- L'organisation des concours de recrutement et examens professionnels intéressant le personnel de la santé publique.
- Arrêter les besoins des services centraux et régionaux en personnel en collaboration avec les services intéressés.
- Contrôle de la loi des cadres des fonctionnaires et ouvriers.
- Contrôler et coordonner l'activité des directions régionales en matière de gestion du personnel
- L'achat et la distribution du matériel nécessaire au fonctionnement des services centraux.
- La gestion du parc auto.

Elle comprend:

- a.** La sous direction du personnel médical et juxtamédical.
 - Le service du personnel médical
 - Le service du personnel juxtamédical

- b. La sous direction des cadres hospitalo-universitaires.
- c. La sous direction du personnel ouvrier.
- d. La sous direction du personnel administratif et technique.
- e. La sous direction du personnel paramédical

4. DAF: Direction des affaires financières

La DAF est chargée de:

- La préparation et la présentation des budgets de fonctionnement du département et des établissements publics y rattachés, en collaboration avec les organismes et les services intéressés et de leur exécution.
- L'examen et la présentation des budgets des établissements.
- La participation à la présentation des projets financés par les ressources extérieures.
- La délégation des crédits aux services régionaux
- La tenue de la comptabilité générale et des crédits délégués
- La tutelle financière des établissements publics.
- L'examen des problèmes relatifs à la gestion financière des établissements publics et la recherche des solutions adéquates.
- Du secrétariat de la commission départementale des marchés.

La DAF comprend:

- a. La sous direction du budget et des marchés.
 - Le service du budget
 - Le service des marchés
- b. La sous direction de l'ordonnancement
 - Le service des dépenses de fonctionnement
 - Le service des dépenses d'équipement

5. DBE: Direction des bâtiments et de l'équipement

Elle est chargée de :

- La préparation et la mise en exécution des projets de construction en liaison avec les services intéressés.
- L'aménagement et l'extension des bâtiments existants ainsi que leur gros entretien.
- L'acquisition des terrains à bâtir.

En vertu de la réforme relative à la construction des bâtiments civils, la direction des bâtiments est aussi chargée de:

- Etablir les programmes fonctionnels pour toutes les catégories de projet
- Désigner les concepteurs pour les projets de catégorie B (départemental)
- Procéder aux études de conception et d'exécution des projets de catégorie B
- Procéder au suivi des projets de catégorie A (projets nationaux)
- Assurer la direction, la coordination et la surveillance de l'exécution des travaux et les propositions de règlement des travaux des projets de catégorie B
- Assurer le suivi des projets de catégorie A (projets nationaux)

La DBE comprend :

- a.** La sous direction des bâtiments avec trois services
 - Le service des études
 - Le service des projets neufs.
 - Le service des aménagements et de l'entretien des bâtiments.
- b.** La sous direction des équipements avec trois services
 - Le service de la programmation des équipements.
 - Le service des acquisitions.
 - Le service de la maintenance.

La sous direction de l'équipement (DDE) est chargée de:

- L'exécution du budget d'équipement en collaboration avec les établissements et les services intéressés.
- La centralisation des programmes d'équipement, la préparation des marchés et l'acquisition des équipements.
- L'entretien des équipements et des installations.
- La répartition des équipements suivant les programmes fixés dans le cadre des crédits alloués.

6. DTH: Direction de la tutelle des hôpitaux

Elle est chargée de :

- L'organisation du système hospitalier, du suivi permanent et du contrôle du fonctionnement des formations hospitalières publiques en collaboration avec les directions régionales de la santé publiques.
- La coordination inter hospitalière.
- La conception et de la mise en pratique des normes des structures et d'activités des différentes institutions hospitalières et de la détermination des besoins des établissements en personnel et équipement sur cette base.
- L'évaluation de la gestion générale des formations hospitalières, de l'amélioration permanente du système de gestion et de l'élaboration des règles de fonctionnement internes de ces institutions.

Elle comprend:

a. La sous direction de normalisation et de la réglementation

- Le service des normes et de la carte hospitalière
- Le service de l'organisation hospitalière
- Le service de la réglementation hospitalière

b. La sous direction de la tutelle et du contrôle de la gestion hospitalière

- Le service de tutelle
- Le service de l'évaluation de la gestion économique des hôpitaux

c. La sous direction du centre national de pharmaco vigilance

7. UJC: unité juridique et du contentieux

Elle est chargée de:

- Centraliser l'étude, l'élaboration et la mise au point de textes législatifs et réglementaires en collaboration avec les services intéressés.
- Codifier la législation sanitaire
- Donner des avis juridiques sur les questions qui lui sont soumises à cet effet.
- Centralisation, instruction et suivi des litiges civils et répressifs que connaissent le département et les établissements publics y rattachés, en collaboration avec les services et organismes intéressés et avec les services du contentieux de l'état.
- Centralisation, instruction et suivi des litiges relevant de la juridiction administrative.
- Représentation du département devant les juridictions, conjointement avec les services du contentieux de l'état.
- Préparation des dossiers d'assainissement des problèmes fonciers.

Elle comprend:

a. La sous direction des affaires juridiques

- Le service des études juridiques et de l'élaboration des textes législatifs et réglementaires
- Le service des études et de l'assainissement des problèmes fonciers

b. La sous direction du contentieux

- Le service du contentieux civil et pénal
- Le service du contentieux administratif

III. ORGANISATION SANITAIRE EN TUNISIE

La loi N° 91-63 du 29/7/1991 relative à l'organisation sanitaire en Tunisie³³, classe, dans l'article 10, les structures sanitaires publiques selon leur mission, leur équipement, leur niveau technique et leur compétence territoriale en: centre de santé de base, hôpitaux de circonscription, hôpitaux régionaux, établissements sanitaires à vocation universitaire; la liste de ces établissements est fixée par décrets et elle est périodiquement actualisée³⁴.

Les CSB sont rattachés à un établissement public à caractère administratif existant, deux ou plusieurs CSB peuvent être regroupés en établissement public à caractère administratif dénommé «groupement de santé de base»: 28 GSB

A. CLASSIFICATION DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES

1. ETABLISSEMENTS SANITAIRES A VOCATION UNIVERSITAIRE

a. Hôpitaux généraux

1. Hôpital «Charles Nicolle» de Tunis
2. Hôpital «La Rabta» de Tunis
3. Hôpital «Habib Thameur» de Tunis
4. Hôpital «Aziza Othmana» de Tunis
5. Hôpital «Mongi Slim» de la Marsa

6. Hôpital «Sahloul» de Sousse
7. Hôpital «Farhat Hached» de Sousse
8. Hôpital «Fattouma Bourguiba» de Monastir
9. Hôpital «Hédi Chaker» de Sfax
10. Hôpital «Habib Bourguiba» de Sfax
11. Hôpital «Tahar Sfar» de Mahdia
12. Hôpital «Habib Bougatfa» de Bizerte
13. Hôpital «Mohamed Tahar Maamouri» de Nabeul
14. Hôpital «Ibn El Jassar» de Kairouan

b. Instituts, centres et hôpitaux spécialisés

1. Institut «Salah Azaïez» de Tunis
2. Institut «Hédi Raïes» d'ophtalmologie de Tunis
3. Institut National « Zouhair Kallel» de Nutrition et de technologie alimentaire de Tunis
4. Institut National «Mongi Ben Hmida» de Neurologie de Tunis
5. Institut «Pasteur» de Tunis
6. Institut «Mohamed Kassab» d'orthopédie de Ksar Saïd
7. Centre national de greffe de moelle osseuse
8. Centre national de transfusion sanguine
9. Centre « Mahmoud Yaakoub» d'assistance médicale urgente
10. Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis
11. Centre national de radioprotection
12. Centre national pour la promotion et la transplantation d'organes
13. Centre de traumatologie et de grands brûlés de Ben Arous
14. Centre d'imagerie par résonance magnétique pour le centre³⁵
15. Centre national de pharmacovigilance
16. Hôpital « Bechir Hamza» d'enfants de Tunis
17. Hôpital pneumo-physiologie «Abderrahmane Mami» de l'Ariana
18. Hôpital «Razi» de la Manouba
19. Complexe sanitaire de Jebel Oust
20. Clinique de médecine et de chirurgie dentaire de Monastir

2. LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES À VOCATION NON UNIVERSITAIRE

a. Centre national de médecine scolaire et universitaire

b. Les hôpitaux régionaux

1. Hôpital «Mahmoud El Matri» de l'Ariana
2. Hôpital de Khéréddine
3. Hôpital Ben Arous
4. Hôpital de Menzel Bourguiba
5. Hôpital de Nabeul
6. Hôpital de Menzel Témime

33. Loi N° 91-63 du 29/7/1991 publiée au JORT n°55 du 6 août 1991 page 1390.

34. Arrêté du 24 septembre 2014 publié au JORT n° 80 du 03 Octobre 2014 page 2611

35. Décret 2001-2823 du 6 décembre 2001 publié au JORT N° 100 du 14/12/2001 page 4158

7. Hôpital de Zaghuan
8. Hôpital de Jendouba
9. Hôpital de Tabarka
10. Hôpital de Beja
11. Hôpital de Mjez El Bab
12. Hôpital «M'hamed Bourguiba» du Kef
13. Hôpital de Séliana
14. Hôpital de Kasserine
15. Hôpital de Msaken
16. Hôpital de Moknine
17. Hôpital «Haj Ali Soua» de Ksar Hellal
18. Hôpital de Kerkennah
19. Hôpital de Jebeniana
20. Hôpital de Mahres
21. Hôpital de «Houcine Bouzaïene» de Gafsa
22. Hôpital de Méttlaoui
23. Hôpital de Tozeur
24. Hôpital de Sidi Bouzid
25. Hôpital «Mohamed Ben Sassi» de Gabès
26. Hôpital de Kébili
27. Hôpital «Habib Bourguiba» de Médnine
28. Hôpital «Sadok Mokaddem» de Jerba
29. Hôpital de Zarzis
30. Hôpital de Ben Guerdane
31. Hôpital de Tataouine
32. Hôpital de Nefta

c. Les hôpitaux de circonscription

1. Hôpital de Tébourba
2. Hôpital Ettadhamen
3. Hôpital «Hassen Belkhoja» de Ras-Jebel
4. Hôpital de Mateur
5. Hôpital d'El alia
6. Hôpital de Sejnane
7. Hôpital de Grombalia
8. Hôpital «Fattouma Limame» de Menzel Bouzelfa
9. Hôpital de Béni Khalled
10. Hôpital de Soliman
11. Hôpital de Kélibia
12. Hôpital d'El Haouaria
13. Hôpital de Korba

14. Hôpital de Hammamet
15. Hôpital d'Ennadhour
16. Hôpital du Pont d'El Fahs
17. Hôpital de Boussalem
18. Hôpital de Ghardimaou
19. Hôpital de Aïn Draham
20. Hôpital de Fernana
21. Hôpital de Teboursouk
22. Hôpital de Nefza
23. Hôpital de Testour
24. Hôpital de Amdoun
25. Hôpital de Guebellat
26. Hôpital de Dahmani
27. Hôpital de Sakiet Sidi Youssef
28. Hôpital de Sers
29. Hôpital de Tajerouine
30. Hôpital d'El Ksour
31. Hôpital de Neber³⁶
32. Hôpital de Gaafour
33. Hôpital de Bouarada
34. Hôpital de Makthar
35. Hôpital de Rouhia
36. Hôpital d'El Krib
37. Hôpital de Bargou
38. Hôpital de Kesra
39. Hôpital de Sidi Bourouis
40. Hôpital de Fériana
41. Hôpital de Foussana
42. Hôpital de Sbeïtla
43. Hôpital de Sbiba
44. Hôpital de Thala
45. Hôpital de Mejel Bel Abbès
46. Hôpital de Hajeb El Ayoun
47. Hôpital de Haffouz
48. Hôpital de Oueslatia
49. Hôpital de Bouhajla
50. Hôpital de Nasrallah
51. Hôpital de Sbikha
52. Hôpital de Chebika
53. Hôpital d'El Ala
54. Hôpital d'Enfidha-ville
55. Hôpital de Bouficha

36. Décret 2004-2769 du 31 décembre 2004 publié au JORT N°3 du 11 janvier 2005 page 141

56. Hôpital de Sidi Bou Ali
57. Hôpital «Habib El Bayar» de Kalaa Kébira
58. Hôpital de Kalaa Séghira
59. Hôpital de Bekalta
60. Hôpital de Téboudba
61. Hôpital de Bouhajar
62. Hôpital de Ksibet Médiouni
63. Hôpital de Jemmel
64. Hôpital de Zeramdine
65. Hôpital de Sahline
66. Hôpital de Ouerdanine
67. Hôpital de Bembla³⁷
68. Hôpital de Ksour Essaf
69. Hôpital de Hbira
70. Hôpital de Boumerdès
71. Hôpital de Sidi Alouane
72. Hôpital de Ouled Chamakh
73. Hôpital de Souassi
74. Hôpital de Chorbane
75. Hôpital de Melloulech
76. Hôpital de Chebba
77. Hôpital d'El Jem
78. Hôpital de Skhira
79. Hôpital de Bir Ali Ben Khélifa
80. Hôpital de Belkhir
81. Hôpital de Sened
82. Hôpital d'El Gtar
83. Hôpital de M'dhilla
84. Hôpital de Moularès
85. Hôpital de Redayef
86. Hôpital de Degache
87. Hôpital de Hazoua
88. Hôpital de Tamaghza
89. Hôpital d'Ouled Haffouz
90. Hôpital «Taher Bouzriba» de Jelma
91. Hôpital de Regueb
92. Hôpital de Bir El Hafay
93. Hôpital de Menzel Bouzaiène
94. Hôpital de Meknassy
95. Hôpital de Mazzouna
96. Hôpital de Ben Oun
97. Hôpital d'El Hamma

37. Décret 2003-977 du 28 avril 2003 publié au JORT N°36 du 6 mai 2003 page 1714

98. Hôpital de Ouedhref
99. Hôpital de Mareth
100. Hôpital de Matmata
101. Hôpital de Douz
102. Hôpital de Souk El Ahad
103. Hôpital d'El Faouar
104. Hôpital de Midoun
105. Hôpital de Béni Khédache
106. Hôpital de Sidi Makhoulf
107. Hôpital de Ghomrassen
108. Hôpital de Remada

d. Les groupements de santé de base

1. Groupement de santé de base de Tunis Nord
2. Groupement de santé de base de Tunis Sud
3. Groupement de santé de base de L'Ariana
4. Groupement de santé de base de Manouba
5. Groupement de santé de base de Ben Arous
6. Groupement de santé de base de Bizerte
7. Groupement de santé de base de Nabeul
8. Groupement de santé de base de Zaghouan
9. Groupement de santé de base de Jendouba
10. Groupement de santé de base de Béja
11. Groupement de santé de base du Kef
12. Groupement de santé de base de Séliana
13. Groupement de santé de base de Kasserine
14. Groupement de santé de base «Ahmed Karoui» de Kairouan
15. Groupement de santé de base de Sousse
16. Groupement de santé de base de Monastir
17. Groupement de santé de base de Mahdia
18. Groupement de santé de base de Sfax
19. Groupement de santé de base de Jbeniana
20. Groupement de santé de base de Menzel Chaker - Agareb³⁸
21. Groupement de santé de base de Gafsa
22. Groupement de santé de base de Tozeur
23. Groupement de santé de base de Sidi Bouzid
24. Groupement de santé de base de Gabès
25. Groupement de santé de base de Kébili
26. Groupement de santé de base de Médenine
27. Groupement de santé de base de Jerba
28. Groupement de santé de base de Tataouine

L'article 17³⁹ stipule que les structures sanitaires publiques sont soit des :

- Etablissements publics à caractère administratif
- Etablissements publics de santé (EPS)

B. CRITÈRES DE CLASSEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES⁴⁰

Les différentes catégories des structures sanitaires publiques, relevant du ministère de la santé publique, sont classées selon leur mission, leur équipement, leur niveau technique et leur compétence territoriale.

1. Les centres de santé de base : CSB

Ont une activité essentiellement ambulatoire, ils peuvent, à titre exceptionnel et dans un but d'hospitalisation de courte durée, disposer d'équipements adaptés et de lits d'hospitalisation, et ce, compte tenu de la population desservie, de leur localisation géographique et de la nature de leur activité.

Les centres de santé de base assurent leurs prestations de jour et peuvent, en plus, assurer des prestations de nuit. Dans ce cas, ils sont tenus d'assurer la permanence des soins médicaux et paramédicaux y compris les gardes.

Les centres de santé de base assurent des prestations sanitaires à caractère préventif et curatif ainsi que l'éducation sanitaire, ils ont notamment pour attributions⁴¹:

- 1. Le traitement des maladies courantes.**
- 2. La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale.**
- 3. La prévention et le contrôle des maladies transmissibles et contagieuses, notamment par la vaccination.**
- 4. Les prestations de médecine préscolaire, scolaire et universitaire.**
- 5. La diffusion par l'éducation sanitaire des règles des règles d'hygiène et des règles relatives à la protection de l'environnement.**
- 6. La collecte et l'exploitation des données statistiques sanitaires et épidémiologiques.**

2. Les hôpitaux de circonscription : HC

Les hôpitaux de circonscription ont une compétence territoriale à l'échelle d'une ou de plusieurs délégations.

Un hôpital de circonscription comprend des services ou des unités, notamment dans les prestations sanitaires suivantes :

1. La médecine générale.
2. La maternité.
3. La radiologie.
4. Les analyses de laboratoire.
5. La pharmacie.
6. Les consultations externes et urgences.

38. Décret 2004-1260 du 31 mai 2004 publié au JORT N° 45 du 4 juin 2004 page 1498.

39. De la loi 91-63 du 29/7/1991 portant organisation sanitaire de la Tunisie, publiée au JORT N°55 du 6 août 1991 page 1390.

40. Décret 2002-846 du 17 avril 2002 publié au JORT N° 33 du 23 avril 2002 page 1013

41. Article 11 de la loi 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire en Tunisie, publiée au JORT N° 65 du 6 août 1991 page 1390.

3. Les hôpitaux régionaux : HR

Les hôpitaux régionaux ont une compétence territoriale à l'échelle d'un gouvernorat ou de plusieurs délégations. Exceptionnellement, l'hôpital régional peut couvrir une seule délégation.

L'hôpital régional situé au chef lieu du gouvernorat comprend notamment les services suivants :

1. Un service de médecine.
2. Un service de chirurgie
3. Un service de gynécologie et obstétrique.
4. Un service de pédiatrie.
5. Un service d'ophtalmologie
6. Un service d'ORL
7. Un service d'orthopédie
8. Un service de cardiologie
9. Un service de radiologie.
10. Un service de laboratoire.
11. Un service de pharmacie.
12. Un service de consultation externe.
13. Un service des urgences.
14. Un service de médecine dentaire.

La vocation de pôle inter régional peut être attribuée à un ou plusieurs services relevant d'un hôpital régional situé dans une ville chef lieu du gouvernorat. L'attribution de la vocation de pôle inter régional au service ainsi que la délimitation des gouvernorats qu'il couvre sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé publique.

On entend par pôle inter régional, le service considéré, dans une zone comprenant plusieurs gouvernorats, comme étant une référence dans une ou plusieurs prestations sanitaires.

L'hôpital régional situé en dehors du chef lieu du gouvernorat comprend notamment les services suivants :

1. Un service de médecine.
2. Un service de chirurgie
3. Un service de gynécologie et obstétrique.
4. Un service de pédiatrie.
5. Un service de radiologie.
6. Un service de laboratoire.
7. Un service de pharmacie.
8. Un service de consultation externe.
9. Un service des urgences.
10. Un service de médecine dentaire

L'hôpital régional situé en dehors du chef lieu du gouvernorat peut, exceptionnellement, comporter d'autres services.

L'hôpital régional situé dans les gouvernorats ou les districts, comportant une faculté de médecine comprend au minimum les services suivants :

1. Un service de radiologie.
2. Un service de laboratoire.
3. Un service de pharmacie.
4. Un service de consultation externe.
5. Un service des urgences.
6. Un service de médecine dentaire

Certains services des hôpitaux régionaux peuvent être reconnus à caractère universitaire.

Des arrêtés ministériels, publiés au JORT, reconnaissent ce caractère universitaire⁴².

1. Hôpital régional Habib Bougatfa de Bizerte
 - Service de gynécologie et obstétrique
 - Service de pédiatrie et néonatalogie
2. Hôpital de Menzel Bourguiba
 - Service de cardiologie
 - Service de chirurgie
 - Service de pédiatrie
3. Hôpital de Nabeul
 - Service de chirurgie générale
 - Service d'orthopédie
 - Service de pédiatrie
 - Service de gynécologie obstétrique⁴³
4. Hôpital Mohamed Tahar Maamouri de Nabeul
 - Service de pneumo-phtisiologie
 - Service de médecine interne
 - Service de gastroentérologie⁴⁴
5. Hôpital Ibn El Jazzar de Kairouan
 - Service de chirurgie générale
 - Service de pédiatrie
 - Service de psychiatrie⁴⁵
 - Service d'urologie⁴⁶
 - Service de Radiologie (JORT 2004)
6. Hôpital des forces de sécurité intérieure de la Marsa⁴⁷
 - Service de médecine interne
 - Service de chirurgie générale
 - Service d'ophtalmologie
 - Service de cardiologie
 - Service d'orthopédie et de traumatologie
 - Service de pneumologie
 - Service d'anesthésie et de réanimation
 - Service de radiologie et d'imagerie médicale

- Service de laboratoire et des analyses
 - Service d'oto-rhino-laryngologie
7. Centre régional de transfusion sanguine de Sousse⁴⁸
 8. Centre régional de transfusion sanguine de Sfax⁴⁹

4. Les établissements sanitaires à vocation universitaire : ESVU

Les établissements sanitaires à vocation universitaire ont une compétence territoriale nationale ou inter-régionale

Les établissements sanitaires à vocation universitaire sont dotés de services spécialisés, ambulatoires et/ou d'hospitalisation ainsi que des moyens et équipements correspondants à leurs spécialités.

La vocation universitaire peut être reconnue à certains établissements ou certains services hospitaliers ou sanitaires par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé publique, et ce conformément à la législation en vigueur.

Cette vocation peut être retirée aux établissements ou aux services hospitaliers ou sanitaires par arrêté conjoint du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé publique.

Les établissements sanitaires à vocation universitaire sont classés en établissements généraux polyvalents et établissements spécialisés.

Chaque établissement comprend des services médicaux et /ou techniques.

IV. ORGANISATION REGIONALE

A. ORGANISATION et ATTRIBUTIONS des SERVICES REGIONAUX

L'administration régionale du ministère de la santé publique comprend une direction régionale par gouvernorat dont l'organisation et les attributions sont définies par le décret 81-225 du 18 février 1981⁵⁰.

Toutefois il est utile de signaler que le ministre de la santé publique délègue aux gouverneurs certaines prérogatives définies par décret 89-457⁵¹ portant délégation de certains pouvoirs des membres du gouvernement aux gouverneurs.

B. PREROGATIVES DELEGUEES AUX GOUVERNEURS

Ces prérogatives déléguées par le ministre de la santé publique aux gouverneurs sont:

- L'autorisation, conformément à la législation en vigueur, pour l'exercice des professions paramédicales suivantes :

42. Arrêté du 4 mars 1992 publié au JORT N°20 du 31 mars 1992, page 402.

43. Arrêté du 6 janvier 1999 publié au JORT N°5 du 15 janvier 1999, page 115.

44. Arrêté du 6 janvier 1999 publié au JORT N°5 du 15 janvier 1999, page 115.

45. Arrêté du 6 janvier 1999 publié au JORT N°5 du 15 janvier 1999, page 115.

46. Arrêté du 6 janvier 1999 publié au JORT N°5 du 15 janvier 1999, page 115.

47. Arrêté du ministre de l'intérieur et du développement local, du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la technologie et du ministre de la santé publique du 7 août 2009 publié au JORT N°65 du 14 août 2009, page 2374.

48. Arrêté du 7 octobre 1998 publié au JORT N°83 du 16 octobre 1998, page 2076.

49. Arrêté du 7 octobre 1998 publié au JORT N°83 du 16 octobre 1998, page 2076.

- Infirmiers
- Sages-femmes
- Kinésithérapeutes
- Opticiens
- Et toute profession paramédicale dont les conditions d'exercice sont fixées par un texte législatif réglementaire.
- L'octroi des autorisations d'ouverture ou de fermeture des cliniques privées conformément à la carte sanitaire établie par le ministère de la santé publique et ce, après avis de la commission consultative ad-hoc relevant du ministère, ainsi que les relations avec le corps des inspecteurs légalement compétents en vue de leur confier des missions de contrôle sur ces établissements.
- La prise de décision relative à l'ouverture des centres de santé de base lorsque les moyens le permettent et ce conformément à la carte sanitaire établie à cet effet par le ministère de la santé publique.
- L'initiative des missions d'inspection et de contrôle concernant les activités des formations de santé de base: hôpitaux de circonscription, dispensaires, centres de PMI et de planning familial.
- Les relations avec le pharmacien inspecteur en vue de lui confier des missions de contrôle sur les pharmacies et les laboratoires dans le secteur privé.
- La supervision des opérations de vaccination de masse et des campagnes contre les maladies transmissibles.
- Le contrôle de l'habitat, de l'eau potable et de la production alimentaire en collaboration avec les organismes concernés.
- Le contrôle de l'hygiène scolaire et universitaire et le dépistage des maladies dans cette communauté.
- La supervision, le renforcement et le suivi des programmes d'éducation sanitaires.
- La supervision des programmes de médecine de travail et notamment la demande de contrôle des conditions d'hygiène et de sécurité de du travail et la prévention des maladies professionnelles.

C. LES DIRECTIONS REGIONALES

Les attributions et l'organisation des directions régionales de la santé publique sont fixés par le décret n° 2010-1668 du 5 juillet 2010, publié au Journal Officiel de la République Tunisienne N° 55 du 9 juillet 2010

La direction régionale de la santé publique est dirigée par un directeur régional nommé par décret, sur proposition du ministre de la santé publique.

Le directeur régional est nommé parmi :

- les professeurs hospitalo-universitaires sans condition d'ancienneté
- et les maîtres de conférences agrégés hospitalo-universitaires ayant

50. JORT N° 13 du 27 février 1981 page 423

51. JORT N° 31 du 2 mai 1989 page 793

au moins trois ans d'ancienneté dans ce grade,

- les inspecteurs généraux de la santé publique sans condition d'ancienneté, les inspecteurs centraux de la santé publique ayant au moins trois ans d'ancienneté dans ce grade et les inspecteurs régionaux de la santé publique ayant au moins cinq ans d'ancienneté dans ce grade,

Le directeur régional bénéficie, selon le cas, des indemnités et avantages alloués au directeur général ou directeur d'administration centrale.

Le directeur régional de la santé publique est chargé notamment de :

- la représentation du ministère de la santé publique au niveau régional dans toutes les commissions ayant trait avec son domaine d'intervention,
- la mise en oeuvre de la politique de santé au niveau régional, en collaboration avec les autorités régionales et locales,
- le suivi et l'évaluation de la réalisation des projets du ministère au niveau régional et de proposer les moyens pour leur promotion et leur développement,
- la gestion des crédits et du personnel relevant de la direction régionale de la santé publique,
- veiller au renforcement des équipements sanitaires au niveau de la région, à leur maintenance et assurer leur rentabilité en collaboration avec les services de l'administration centrale,
- la tutelle administrative, financière et technique sur les structures et établissements sanitaires publics dans la limite des délégations qui lui sont confiées à cet effet,
- la coordination et le contrôle des activités des corps médical, juxtamédical et paramédical au niveau régional,
- la contribution à la mise en place d'un système de veille sanitaire y compris la santé environnementale, la sécurité sanitaire des aliments et l'hygiène dans les structures et établissements sanitaires,
- oeuvrer à l'application des programmes de santé scolaire et universitaire dans les structures et établissements d'éducation et de formation au niveau régional,
- l'organisation des activités des établissements sanitaires privés et leur contrôle,
- renforcer la complémentarité entre les deux secteurs public et privé de la santé,
- promouvoir la qualité des prestations sanitaires et proposer les moyens susceptibles de les développer selon les spécificités de la région,
- la collecte des données statistiques sanitaires et le suivi du programme des statistiques informatiques,
- la contribution à la conception et à la mise à jour de la carte sanitaire dans le cadre du système informatique relatif au secteur public de la santé,

- procéder à l'application de textes législatifs et réglementaires relatifs à la documentation et aux archives,
- la contribution à l'élaboration et à l'exécution du programme de la mise à niveau du secteur de la santé,
- le suivi des campagnes de sensibilisation et d'éducation et la coordination des activités de caravanes de santé,
- le suivi des contentieux des structures sanitaires publiques en coordination avec les services de l'administration centrale,
- élaborer un rapport annuel exhaustif concernant les activités de la direction régionale et des établissements y relevant et le soumettre à la direction centrale.

En outre, le directeur régional de la santé publique est chargé d'exercer toutes les attributions qui lui sont confiées par le ministre de la santé publique ou celles prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

Sont rattachés directement au directeur régional de la santé publique :

- le bureau de la planification, de la statistique et de l'informatique,
- le bureau d'ordre, de la documentation et des archives.

Le bureau de la planification, de la statistique et de l'informatique est dirigé par un cadre ayant rang et avantages de chef de service d'administration centrale.

Le directeur régional est assisté dans l'accomplissement de ses attributions par un conseil consultatif dénommé le conseil de santé, chargé d'examiner périodiquement toutes les questions relatives à la promotion de la santé, et notamment :

- le déroulement des projets et des programmes de santé et leur degré d'avancement au regard des objectifs et des délais fixés, et la proposition des moyens susceptibles d'en assurer l'efficacité,
- l'organisation des services médicaux et juxtamedicaux dans les structures et établissements sanitaires publics conformément à la carte sanitaire et en tenant compte des besoins objectifs de la population,
- l'évaluation de la performance des structures et établissements sanitaires publics à travers l'étude de leurs contrats objectifs et programmes et leurs budgets annuels,
- promouvoir le partenariat avec les différents intervenants dans le secteur de la santé à l'échelle régionale,
- examiner les programmes de contrôle relatifs à l'hygiène et à la protection de l'environnement et procéder à leur mise en oeuvre en coordination avec les différents intervenants,
- l'organisation des campagnes sanitaires en vue d'assurer le bien-être de la population,
- promouvoir la qualité des prestations sanitaires et inciter à leur exportation.

Le conseil de santé est composé des membres suivants :

Président : Le directeur régional de la santé publique.

Membres :

- les directeurs généraux et les directeurs des établissements et structures sanitaires publics de la région,

- les directeurs et sous-directeurs à la direction régionale de la santé publique,
- le chef du centre régional de la caisse nationale d'assurance maladie ou son représentant,
- les représentants des établissements sanitaires privés, sur proposition des instances représentatives,
- le président du conseil régional de l'ordre des médecins ou son représentant,
- le président du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou son représentant,
- le président du conseil régional de l'ordre des médecins dentistes ou son représentant,
- le représentant du conseil régional désigné par le président du conseil régional,
- le représentant de la commune dans le ressort territorial de laquelle une opération de contrôle est programmée, désigné par le président de la commune concernée.

Le président du conseil de santé peut faire appel à toute personne dont la présence est jugée utile aux travaux dudit conseil.

Le secrétariat du conseil est confié à la direction régionale de la santé publique.

Le conseil de santé se réunit sur convocation de son président une fois chaque trois mois et chaque fois qu'il s'avère nécessaire pour délibérer sur les questions figurant sur l'ordre de jour.

Le président du conseil fixe l'ordre du jour et en informe tous les membres au moins dix (10) jours avant la date de la réunion.

Le conseil de santé émet ses avis à la majorité des voix de ses membres présents. En cas de partage, celle du président est prépondérante.

Le conseil ne peut siéger valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le quorum n'est pas atteint, après une première convocation, une deuxième réunion aura lieu dans les dix jours qui suivent quelque soit le nombre des présents.

Les délibérations sont consignées dans des procès verbaux signés par le président du conseil.

Des copies de procès-verbaux doivent être transmises au ministre de la santé publique, au gouverneur et à tous les membres du conseil dans sept (7) jours au plus tard à partir de la date de la réunion du conseil.

L'organisation administrative de la direction régionale de la santé publique comprend :

- 1- la sous-direction des services communs,**
- 2- la direction de la santé préventive,**
- 3- L'inspection médicale et juxtamédicale,**
- 4- La direction de la promotion des prestations sanitaires.**

Sous réserve des dispositions des articles 2 et 16 du présent décret, la nomination aux emplois fonctionnels à l'administration régionale de la santé publique

s'effectue conformément aux dispositions du décret n° 2006-1245 du 24 avril 2006, susvisé.

La sous-direction des services communs

La sous-direction des services communs est chargée notamment :

- d'élaborer annuellement le projet du budget de la direction régionale de la santé publique et sa discussion avec l'administration centrale,
- d'élaborer et d'exécuter les marchés relatifs aux bâtiments et à l'acquisition des équipements,
- de suivre la gestion des crédits transférés aux projets à caractère régional dans le secteur de la santé,
- de gérer, en collaboration avec les services de l'administration centrale, la carrière professionnelle des fonctionnaires et ouvriers relevant de la direction régionale de la santé publique,
- d'assurer la bonne gestion des biens meubles et immeubles affectés à la direction régionale de la santé publique et aux établissements y relevant,
- de donner son avis sur les projets de budgets des établissements publics à caractère administratif y relevant et assurer le suivi de leur exécution,
- de contribuer, sur les plans pédagogique, administratif et financier, au suivi des activités des établissements d'enseignement et de formation soumis à la tutelle du ministère de la santé publique,
- de participer à l'élaboration et à l'exécution des programmes de formation du personnel de santé en coopération avec les structures et les services concernés.

La sous-direction des services communs comprend :

- 1- le service des affaires administratives et financières,**
- 2- le service de l'équipement, de bâtiments et de la maintenance.**

La direction de la santé préventive

La direction de la santé préventive est chargée notamment :

1- Dans le domaine de la santé de base :

- de contribuer à la fixation des programmes et des méthodes de prévention des maladies transmissibles et non transmissibles,
- de la surveillance et du suivi épidémiologique au niveau de la région et la lutte contre les maladies nouvelles et émergentes et les maladies contagieuses et non contagieuses,
- de superviser les actions de prophylaxie individuelles ou collectives,
- d'exécuter les différents programmes de promotion de santé de base y compris les programmes de la santé mentale,
- de la mise en place d'une banque de données concernant l'état de santé à l'échelle de la région,
- de contribuer à la fixation des programmes d'éducation sanitaire et de veiller à leur bonne exécution,

- de faire participer les organisations nationales et les associations au niveau de la région dans les activités d'information pour la santé et la lutte contre les comportements nuisibles à la santé.

2- Dans le domaine de l'hygiène de l'environnement :

- de contribuer à la détermination des objectifs et des priorités de la politique de la prévention et de l'hygiène,
- de l'organisation, à l'échelle régionale, des activités de contrôle visant à assurer l'hygiène de l'environnement et la sécurité sanitaire des aliments en collaboration avec les collectivités locales,
- de l'inspection et du contrôle des conditions de l'hygiène en milieu de soins dans les deux secteurs public et privé,
- de contribuer à assurer un environnement sain en milieu rural et urbain.

3- Dans le domaine de la santé scolaire et universitaire :

- de participer à l'élaboration des programmes d'éducation sanitaire en milieu scolaire et universitaire et veiller à leur exécution,
- du dépistage des maladies en milieu scolaire et universitaire,
- d'exécuter les programmes de promotion de santé scolaire et universitaire pour tous les niveaux éducatifs,
- de contribuer à la mise à jour de la carte sanitaire de médecine scolaire et universitaire.

La direction de la santé préventive comprend :

- 1- la sous- direction de la santé environnementale qui comprend le service de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement,**
- 2- la sous-direction de la santé de base qui comprend le service de l'information et des programmes sanitaires,**
- 3- Le service de la santé scolaire et universitaire.**

L'inspection médicale et juxtamédicale

L'inspection médicale et juxtamédicale assure ses missions conformément aux dispositions du statut du corps des inspecteurs médicaux et juxtamédicaux.

Elle est chargée notamment :

- du contrôle, de l'évaluation et de l'inspection technique, au niveau de la région, de tous les services médicaux et juxtamédicaux publics et privés,
- du contrôle de l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques, de médecin dentiste, ainsi que des professions paramédicales dans le secteur privé,
- du contrôle de l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs aux professions sanitaires,
- du contrôle et de l'évaluation, au niveau de la région, des activités des agents et des services de pharmacie, des analyses de biologie médicale et de la transfusion sanguine dans les établissements relevant du ministère de la santé publique.

Les missions de l'inspection médicale et juxtamédicale sont assurées par :

- un inspecteur des services médicaux et juxtamédicaux ayant fonction et avantages de sous-directeur d'administration centrale, nommé parmi les inspecteurs centraux de la santé publique,
- deux inspecteurs adjoints des services médicaux et juxtamédicaux ayant fonction et avantages de chef de service d'administration centrale, nommés parmi les inspecteurs régionaux de la santé publique.

La direction de la promotion des prestations sanitaires

La direction de la promotion des prestations sanitaires est chargée :

1- Au niveau du secteur public de la santé :

- de l'évaluation de la qualité des prestations rendues par les structures sanitaires publiques au niveau de la région et de proposer les moyens susceptibles de les promouvoir et de les développer,
- de l'élaboration des rapports périodiques à propos de l'avancement des projets et programmes sanitaires au niveau de la région,
- de la contribution à l'élaboration de la carte sanitaire pour l'implantation des structures sanitaires publiques,
- du renforcement des capacités des structures sanitaires à l'échelle de la région pour promouvoir les services des urgences.

2- Dans le secteur privé de la santé :

- de l'accueil, de l'information et de l'orientation des investisseurs dans le secteur de la santé,
- de l'incitation à la création d'établissements sanitaires et l'orientation des investisseurs suivant les spécificités et les perspectives de la région,
- de l'organisation des établissements et de l'exercice des professions sanitaires privées en coordination avec l'administration centrale et les autorités régionales,
- de la collecte et de l'exploitation des données relatives aux professions et aux établissements sanitaires dans le secteur privé,
- de la mise en place d'une banque de données statistiques à propos des activités et des établissements sanitaires au niveau de la région,
- du suivi de la qualité des prestations sanitaires rendues dans le secteur privé en collaboration avec l'inspection médicale et juxtamédicale.

La direction de la promotion des prestations sanitaires comprend :

1- la sous-direction de la promotion des structures et des établissements sanitaires publics qui comprend le service de l'évaluation et de la carte sanitaire.

2- la sous-direction du secteur privé de la santé qui comprend le service des professions, des établissements et des prestations sanitaires privés.

- les directeurs et les sous-directeurs de l'administration centrale conformément aux conditions prévues par le décret n° 2006-1245 du 24 avril 2006, susvisé.

D. LES HÔPITAUX RÉGIONAUX

Le règlement général intérieur des hôpitaux, institut et centres spécialisés relevant du ministère de la santé publique⁵², est la base de tous les textes régissant le cadre organisationnel du fonctionnement des structures sanitaires publiques tunisiennes. Quoique ce texte définit les organes de direction et de gestion des établissements hospitaliers et sanitaires, il ne spécifie pas le profil de poste du directeur !...

Ce texte continue à être cité en référence dans plusieurs textes qui l'ont succédé. Le décret n° 2003-2070 du 6 octobre 2003⁵³ fixe l'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de fonctionnement des hôpitaux régionaux.

1. Organisation Administrative

Conformément à l'article 17 de la loi 91-63 du 29 juillet 1991⁵⁴, les hôpitaux régionaux sont des établissements publics à caractère administratif, placés sous la tutelle du ministère de la santé publique.

Ils comprennent les organes de direction et de gestion suivants:

- Le directeur
- Le conseil de l'établissement
- Le comité médical

Les hôpitaux régionaux sont classés en deux catégories : catégorie 1 et catégorie 2 en fonction de leur capacité hospitalière, l'importance du budget, l'effectif du personnel et le nombre de services.

a. Le directeur

Le directeur de l'hôpital est choisi parmi les cadres administratifs de catégorie A1 ou A2 de la santé publique et les cadres communs justifiant d'une qualification professionnelle et d'une expérience dans le domaine de la gestion des établissements publics.

Le directeur de l'hôpital régional de catégorie 1 a le rang et les prérogatives d'un directeur de l'administration centrale.

Le directeur de l'hôpital régional de catégorie 2 a le rang et les prérogatives d'un directeur de l'administration centrale ou de sous directeur de l'administration centrale.

Le directeur assure la conduite générale de l'établissement, il a pour mission de veiller, sous sa responsabilité et en collaboration avec les organes de gestion, au bon fonctionnement de l'établissement et des structures sanitaires en dépendant.

52. Décret N° 81-1634 du 30 novembre 1981 publié au JORT N° 77 du 4/12/1981 page 2831.

53. Décret N° 2003-2070 du 6 octobre 2003 publié au JORT N° 82 du 14/10/2003 page 3103.

54. Loi 91-63 du 29 juillet 1991 publiée au JORT N° 65 du 6 août 1991 page 55.

Dans ce cadre il est chargé notamment de :

- Veiller au maintien de l'ordre, de la discipline et de la sécurité au sein de l'établissement
- Garantir la continuité du service public et assurer les conditions nécessaires pour la meilleure prise en charge possible des malades
- Veiller en permanence à l'hygiène et à la salubrité au sein de l'établissement
- Représenter l'établissement auprès des tiers conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur
- Préparer avec les organes de gestion les programmes de développement de l'hôpital et veiller à leur exécution après approbation de l'autorité de tutelle.
- Contribuer à la mise en œuvre des programmes nationaux définis par le ministère de la santé publique
- Rendre compte au conseil de l'établissement de l'hôpital de l'état d'exécution de ses recommandations

Le directeur de l'hôpital régional peut déléguer sa signature à des agents de catégorie A et B placés sous son autorité.

En matière de ressources humaines, de gestion financière et de conservation du patrimoine, le directeur de l'établissement est également habilité à :

En matière de ressources humaines, il est habilité à :

- Exercer son autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement dans le respect de la déontologie professionnelle, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins, d'enseignement, de recherche et de l'indépendance professionnelle du médecin, du médecin dentiste et du pharmacien dans l'exercice de leur art.
- Proposer à l'autorité de tutelle les recrutements, les titularisations, les avancements et les promotions des personnels conformément à la réglementation en vigueur.
- Répartir le personnel entre les services et organiser le travail avec les chefs de service de l'hôpital
- Accorder les congés de repos, les congés exceptionnels et les congés de maladie ordinaire
- Veiller au respect de la discipline par l'ensemble des personnels de l'établissement conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et rendre compte à l'autorité de tutelle aux manquements graves qui leur sont imputés à l'occasion de l'accomplissement de leurs fonction.
- Rendre compte au ministère des finances, en ce qui concerne les comptables, des manquements graves qui leur sont imputés à l'occasion de l'accomplissement de leur fonction.

En matière de gestion financière, il est habilité à :

- Préparer le projet du budget annuel de l'établissement, qu'il adresse après avis de l'établissement, à au ministère de tutelle.

- Assurer avec le concours du comptable de l'établissement, l'exécution du budget en recette et en dépenses :

- **En matière de recettes :**

- Il constate et met en recouvrement les créances de l'établissement, sous réserve des exceptions admises pour les droits payables au comptant.
- Il établit les titres de perception provisoire des recettes accidentelles et variables et le relevé mensuel des titres provisoires émis qu'il adresse au ministère des finances.

- **En matière de dépenses**

- Il engage liquide et ordonnances, les dépenses conformément à la réglementation en vigueur
- Saisir le département de tutelle des demandes d'institution des régies de recettes ou d'avances dans l'établissement à introduire auprès du ministère des finances.
- Viser le compte financier préparé par le comptable de l'établissement pour conformité avec les écritures.
- Préparer le compte administratif des établissements au vu du compte de gestion du comptable et le soumettre à l'appréciation de l'autorité de tutelle.
- Etablir et soumettre à l'approbation de l'autorité de tutelle les cahiers de charges et tout marché de travaux, fournitures ou services passés par l'établissement, conformément à la réglementation en vigueur
- Surveiller les réceptions et les distributions de fournitures et vérifier en fin d'année les restants en magasin et le recollement d'inventaire général.
- Elaborer les plans et devis des constructions, grosses réparations et aménagements et les soumettre à l'appréciation de l'autorité de tutelle, après avis du conseil de l'établissement.
- Passer les marchés dans les normes et conditions prévues par la réglementation en vigueur.
- Prendre toute mesure de nature à assurer le recouvrement des frais de prestations fournies par l'établissement.

- **En matière de conservation du patrimoine, il est habilité à :**

- Assurer les opérations annuelles de l'inventaire du patrimoine meuble et immeuble de l'établissement.
- Rendre compte au conseil de l'établissement de l'état d'exécution des travaux effectués au sein de l'établissement.

b. Le conseil de l'établissement

Le directeur de l'hôpital régional est assisté dans le fonctionnement de l'établissement par un conseil d'établissement présidé par le directeur régional de la santé publique territorialement compétent et comprenant les membres suivants :

- Le directeur de l'établissement
- Les chefs de services médicaux, pharmaceutiques et de médecine dentaire ou nommés à titre intérimaire
- Les sous-directeurs ou les chefs de services ou nommés à titre intérimaires selon la catégorie de l'hôpital.
- Le surveillant général de l'établissement
- Le surveillant du service d'urgence
- Le surveillant du service des consultations externes
- Le chef du service régional des soins de santé de base
- Le chef du service régional de l'hygiène du milieu et de protection de l'environnement
- Un représentant de la municipalité dans la circonscription de laquelle est situé l'hôpital

Le secrétariat du conseil est assuré par l'administration de l'hôpital.

Le conseil de l'établissement examine toutes les questions relatives à la marche de l'établissement, dans ce cadre il est chargé notamment de :

- Proposer le programme de développement de l'établissement dans le cadre d'un contrat objectifs pluriannuel.
- Examiner le plan annuel de l'équipement en arrêtant les priorités.
- Programmer annuellement les besoins et la répartition des ressources humaines de l'établissement.
- Identifier et suivre les programmes relatifs à la formation continue du personnel.
- Délibérer sur les questions touchant l'amélioration continue de la prise en charge du malade et de la qualité de prestations de l'établissement.

Le conseil de l'établissement se réunit obligatoirement deux fois par an au moins et chaque fois que cela est nécessaire pour débattre de la gestion de l'hôpital et notamment les questions suivantes :

• **Session de mars :**

- Clôture de la gestion de l'année précédente
- Adoption de la ventilation du budget de l'année en cours
- Adoption du rapport d'activité de l'année précédente

• **Session de septembre :**

- Evaluation de l'activité du premier semestre
- Examen du projet de budget de l'année suivante
- Définition des objectifs et programmes d'équipement et de maintenance.

Le conseil de l'établissement se réunit sur convocation de son président, il ne peut se réunir valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le quorum n'est pas atteint après une première convocation, le conseil de l'établissement se réunit valablement, dans un délai de quinze jours, après une

deuxième convocation quelque soit le nombre de présents.

L'ordre du jour est établi par le président du conseil en collaboration avec le directeur de l'hôpital.

Le procès verbal de chaque réunion est établi et signé par le président du conseil et le directeur de l'établissement.

Une copie du procès verbal est adressée dans un délai ne dépassant pas quinze jours de la date de la tenue de la réunion par les soins du directeur de l'établissement au ministère de la santé publique.

Une copie du procès verbal est adressée à chaque membre du conseil.

c. Le comité médical

Un comité médical est créé dans chaque hôpital régional, il groupe les chefs de service médicaux, pharmaceutiques, de médecine dentaire, le directeur et le responsable de la sous direction de la gestion des soins de l'établissement.

Il associe à ses travaux deux représentants des paramédicaux de l'établissement désignés par le directeur régional de la santé publique sur proposition du directeur de l'hôpital à l'occasion de l'examen de questions concernant cette catégorie de personnel.

Le comité médical se réunit sur convocation de son président, ou à la demande de la majorité de ses membres pour discuter des questions relevant de sa compétence.

Le président peut inviter aux travaux du comité médical, toute personne dont la présence est jugée utile en fonction de la question soumise à la réunion du comité.

Un procès verbal est établi et signé par le président et distribué à tous les membres du comité.

Le comité médical est un organe consultatif d'évaluation technique et économique des prestations dispensées par l'établissement en vue d'en assurer une qualité optimale.

Le comité médical est chargé notamment de :

- Assurer la coordination des activités médicales de médecine dentaire et pharmaceutique, ainsi que les activités de recherche.
- Etablir, avec le concours de la direction de l'hôpital, un rapport annuel d'évaluation technique et économique des prestations dispensées par l'établissement pour être soumis au conseil de l'établissement.
- Donner son avis sur le contrat objectifs de l'établissement.
- Proposer le programme de coopération et de jumelage avec les autres établissements sanitaires du pays ou étranger et en assurer l'évaluation.
- Assurer la coordination des activités d'enseignement et de formation dans les services de l'établissement et veiller au bon déroulement des stages de formation des internes et des résidents et des stages du personnel

paramédical en concertation avec les facultés et les écoles de santé concernées.

- Assurer la coordination des activités de formation continue et de recyclage qui se déroulent dans les services de l'établissement et qui peuvent concerner toutes les catégories de personnel
- Etudier et proposer les candidatures pour les stages et missions dans les limites des crédits alloués à l'établissement
- Répondre à toute demande d'avis technique formulée par l'autorité de tutelle.

Il est créé au sein du comité médical, un comité local d'éthique médicale. Peuvent être créés également au sein du comité médical, d'autres sous comités par décision du directeur de l'établissement sur proposition du dit comité.

Les modalités d'élection du président du comité médical sont fixées par l'arrêté ministériel du 23 septembre 2004⁵⁵

Le président du comité médical au sein des hôpitaux régionaux est élu parmi les chefs de service médicaux, pharmaceutiques et de médecine dentaire de l'établissement et par eux.

Le président du comité médical est élu pour une période de trois ans renouvelable deux fois

Les opérations électorales du président du comité médical se déroulent dans un délai de huit jours avant l'expiration du mandat en cours du président en exercice.

La date de ces élections est fixée par le directeur de l'établissement, et portée à la connaissance des intéressés par voie d'affichage au moins vingt jours avant leur déroulement.

Les candidatures doivent être adressées à la direction sous pli cacheté portant la mention « élection du président du comité médical »-candidature-

Elles doivent comporter les renseignements suivants :

- Nom et prénoms du candidat
- Date de naissance
- Le service que le candidat dirige
- L'ancienneté dans la fonction de chef de service
- Le grade auquel le candidat appartient
- L'ancienneté dans ce grade

Le registre des inscriptions des candidatures est clos huit jours avant la date fixée pour les élections.

La liste définitive des candidats est arrêtée par la direction de l'établissement et portée à la connaissance des électeurs par voie d'affichage trois jours avant la date prévue pour ces élections.

55. Arrêté du 21 septembre 2004 publié au JORT N°79 du 1er octobre 2004 page 2813

Il est créé par décision du directeur de l'établissement concerné un bureau de vote.

Ce bureau comprend :

- Un président
- Un secrétaire
- Un représentant de ce collège électoral non candidat

Les opérations électorales se déroulent publiquement dans les locaux de l'établissement et pendant les heures de service.

Le vote a lieu au scrutin secret et sous enveloppes fermées.

Les bulletins de vote et les enveloppes sont établis aux frais de l'établissement selon un modèle arrêté par la direction dudit établissement.

Seuls ces bulletins de vote et ces enveloppes sont utilisés par les électeurs sous peine de nullité du vote considéré. Ils sont mis à la disposition des électeurs dans le bureau de vote.

Le jour des élections, chaque électeur remet l'enveloppe contenant l'unique bulletin de vote contre émargement de son nom.

Le bureau de vote procède au dépouillement du scrutin à la clôture des opérations électorales.

Les candidats sont classés d'après le nombre de suffrages recueillis par chacun d'eux. Le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix est déclaré élu. En cas d'égalité de suffrages la préférence est accordée au candidat le plus ancien dans la fonction de chef de service, à celui qui appartient au grade supérieur ayant une ancienneté supérieure aux autres, au plus âgé si l'ancienneté est la même et si le départage s'avère impossible la préférence se détermine par voie de tirage au sort.

Un procès verbal des opérations électorales est établi par le bureau de vote et immédiatement transmis au directeur de l'établissement.

Sont considérés bulletins nuls :

- Les bulletins de vote autres que ceux mis à la disposition des électeurs
- Les bulletins de vote modifiés par l'inscription de nouveaux candidats
- Les bulletins de vote portant des indications ou des signes susceptibles de permettre d'identifier l'électeur

Les bulletins qui ne comportent aucun nom sont considérés blancs

Les bulletins de vote ainsi que la liste électorale d'émargement sont placés sous pli unique portant la mention suivante « opérations électorales du président du comité médical » et remis à la direction de l'établissement

Les contestations concernant la validité des opérations électorales sont portées dans un délai de trois jours à compter de la date d'affichage des résultats devant la direction qui statue sans délai et proclame les résultats définitifs par voie d'affichage et par voie de notification individuelle aux élus.

Le procès verbal du résultat du scrutin est transmis sans délai au ministère de la santé publique.

En cas de vacance dans le poste du président du comité médical par suite de démission de son président ou par la perte de sa qualité de chef de service ou par cessation de son activité au sein de l'établissement, il est pourvu à la dite vacance par nomination directe parmi les candidats lors du dernier scrutin, et ce, dans l'ordre de voix obtenues tel que attesté par le procès verbal des opérations électorales

Lorsque le nombre des candidats inscrits sur la liste du dernier scrutin ne permet pas le remplacement, il est procédé pour combler la dite vacance par nomination directe, par le directeur de l'établissement par voie de tirage au sort parmi les chefs de service de l'établissement, et ce dans un délai de vingt jours de la constatation de cette vacance par le directeur de l'établissement.

Le mandat du successeur expire lors de l'organisation de nouvelles élections.

d. L'organigramme de l'hôpital régional

Les hôpitaux régionaux sont classés en deux catégories -1- et -2- sur la base de leur capacité hospitalière, l'importance de leur budget, l'effectif de leur personnel et le nombre de leurs services.

- **L'hôpital régional catégorie -1-** comprend les sous directions suivantes :
 - La sous direction des affaires générales
 - Le service des ressources humaines et des affaires juridiques
 - Le service de la gestion financière
 - La sous direction des affaires des malades
 - Le service de la facturation
 - Le service d'accueil, de l'admission et de transport des malades
 - La sous direction de l'approvisionnement et des services auxiliaires
 - Le service des achats et de la gestion des stocks
 - Le service de maintenance, de la sécurité et de l'hygiène hospitalière
 - La sous direction de la gestion des soins
 - Le service de l'organisation des soins et de la formation
 - Le service de l'évaluation des soins
- **L'hôpital régional catégorie -2-** comprend les sous directions suivantes :
 - Le service des affaires administratives, financières et juridiques
 - Le service des affaires des malades
 - Le service de l'approvisionnement et des services auxiliaires
 - Le service de la gestion des soins

2. Organisation financière

a. Les recettes de l'hôpital régional

- Les crédits alloués par le budget de l'état
- Les recettes provenant des services rendus par l'établissement
- Les dons et legs
- Les ressources diverses et toutes autres recettes autorisées par la loi

b. Les dépenses de l'hôpital régional

- Les dépenses de fonctionnement
- Les dépenses nécessaires pour l'exécution des missions de l'établissement

c. L'agent comptable

- Un agent comptable est désigné auprès de chaque hôpital régional. Il est chargé de l'exécution des recettes et des dépenses de l'établissement conformément au code de la comptabilité publique.

V. ORGANISATION DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE

A. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La circonscription sanitaire est une entité fonctionnelle organisée territorialement sur une zone géographique qui peut concerner une ou plusieurs délégations.

La circonscription sanitaire comprend trois niveaux de structures opérationnelles :

- Les équipes itinérantes
- Les centres de santé de base
- L'hôpital de circonscription

En cas d'inexistence d'un hôpital de circonscription les malades de la circonscription sont référés vers un hôpital régional ou un hôpital de circonscription. Les centres de santé de base de la circonscription sont rattachés administrativement à un hôpital de circonscription ou à un groupement de santé de base ou à un hôpital régional.

Les circonscriptions sanitaires sont créées par arrêté du ministre de la santé publique sur proposition des directeurs régionaux de la santé publique après avis d'une commission désignée par le ministre de la santé publique.

Le ministre de la santé publique peut créer par arrêté, dans les circonscriptions, une ou plusieurs unités ambulatoires assimilées aux unités sanitaires relevant des services hospitaliers.

L'organisation des activités et la gestion des ressources humaines et matérielles des structures sanitaires de la circonscription sont effectuées par le directeur de la circonscription en concertation avec le médecin chef de circonscription et le pharmacien de la circonscription.

Sont attribués au médecin chef de circonscription l'emploi et les prérogatives de chef de service d'administration centrale⁵⁶, il perçoit une indemnité de fonction dont le montant (200D) est défini par décret du Premier Ministre⁵⁷

Le décret n° 2000-2825⁵⁸ définit la mission, l'organisation et les attributions des circonscriptions sanitaires. Les dispositions de ce décret ont pour objet d'organiser en circonscriptions sanitaires les activités de soins de santé de premier niveau, tel que prévu par la législation relative à l'organisation sanitaire⁵⁹ et qui concerne les centres de santé de base et les hôpitaux de circonscription.

B. MISSION DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE

La circonscription sanitaire a une mission globale vis-à-vis de l'état de santé de la population relevant de sa compétence. Dans ce cadre elle assure:

- Une mission spécifique de prise en charge de l'état de santé de la population à travers les activités promotionnelles, préventives, curatives et de réhabilitation, des soins de santé de base, de santé scolaire et universitaire, de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement.

- Une mission de coordination intra et inter sectorielle impliquant tous les intervenants dans le domaine de la santé et en particulier ceux pouvant contribuer à la promotion de la santé.

C. ATTRIBUTIONS DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE

La circonscription sanitaire a pour attributions notamment de:

- Programmer, organiser, mettre en œuvre et évaluer les activités destinées à prendre en charge l'état de santé de la population au niveau des différentes structures de la circonscription et entre celle-ci et les structures de références extérieures à la circonscription sanitaire.
- Estimer les besoins de la population en produits pharmaceutiques au niveau des différentes structures de la circonscription et établir les prévisions en vue d'assurer leur disponibilité.
- Gérer les moyens humains, matériels et financiers mis à sa disposition pour permettre la réalisation des différentes activités qui incombent aux structures et équipes sanitaires, telles que définies par la législation et la réglementation relative à l'organisation sanitaire.
- Collecter et analyser les données sanitaires, épidémiologiques, et celles relatives aux produits pharmaceutiques et notamment les médicaments en vue de prendre les mesures correctrices appropriées et acheminer les informations vers le niveau régional.
- Veiller à la mise en œuvre et au suivi des activités de l'hygiène du milieu et de la protection de l'environnement à travers les activités réalisées dans ce domaine par les équipes de santé.
- Organiser, assurer, superviser et évaluer les activités de santé préscolaire, scolaire et universitaire en vue d'évaluer l'état de santé de toutes les collectivités en milieu éducatif et assurer la promotion de la santé auprès de cette population.
- Développer les activités de recherche destinées notamment à améliorer la qualité ses services offerts.
- Contribuer à la formation de base du personnel de santé par l'encadrement des stagiaires de différents profils et à la formation continue et au recyclage des agents de santé de la circonscription.
- Promouvoir dans le cadre des activités sanitaires la collaboration intra et intersectorielle ainsi que la participation communautaire, coordonner les interventions à caractère sanitaire des différentes parties concernées et contribuer à la mise en place des moyens nécessaires à la promotion de la santé de la population.

56. Décret N° 2003-615 du 10 mars 2003 publié au JORT N° 22 du 18 mars 2003 page 574 portant modification du décret n° 2000-2825 du 27 novembre 2000 relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires.

57. Décret N° 2009-2252 du 31 juillet 2009 publié au JORT N°62 du 4 août 2009 page 2135 fixant les montants de l'indemnité de fonction allouée aux agents chargés d'emplois fonctionnels d'administration centrale

58. Décret 2000-2825 du 27 novembre 2000 publié au JORT N° 97 du 5/12/2000 page 3033.

59. Loi N° 91-63 du 29/7/1991 publiée au JORT n°55 du 6 août 1991 page 1390.

D. FONCTIONNEMENT DE LA CIRCONSCRIPTION SANITAIRE

Le fonctionnement de la circonscription sanitaire est assuré par une équipe de gestion et des instances participatives

1. L'équipe de gestion

L'équipe de gestion est composée du directeur de la circonscription, du médecin chef de circonscription, du pharmacien de la circonscription et du surveillant général de la circonscription. Cette équipe se réunit sous l'autorité du directeur de la circonscription au moins une fois par semaine et chaque fois que cela est nécessaire pour assurer la gestion, l'organisation, l'évaluation et le suivi des activités qui relèvent de la circonscription. Elle veille notamment à la mise en œuvre de toute décision qui concerne la circonscription.

Au niveau de chaque circonscription sont créés les emplois fonctionnels suivants :

- Le directeur de la circonscription
- Le médecin chef de la circonscription
- Le surveillant général de la circonscription

a. Le directeur de la circonscription

Le directeur de la circonscription est le directeur de la structure dont relèvent le ou les centres de soins de santé de base de la circonscription.

Outre les tâches qui lui incombent conformément aux textes en vigueur, en tant que directeur de la structure concernée, le directeur de la circonscription est chargé notamment de :

- Etablir avec le comité technique de la circonscription prévu par le présent décret le plan d'action annuel des activités sanitaires.
- Veiller à la mise en œuvre des programmes arrêtés par le comité technique de la circonscription.
- Participer aux différentes réunions du conseil de santé de la structure sanitaire concernée, du conseil local de la santé publique, ainsi qu'aux réunions du comité technique de la circonscription.

b. Le médecin chef de circonscription

L'emploi fonctionnel de médecin chef de circonscription est assimilé à celui de chef de service d'administration centrale, Sont attribués au médecin chef de circonscription l'emploi et les prérogatives de chef de service d'administration centrale⁶⁰

Le médecin chef de circonscription est nommé par décret. Il perçoit une indemnité de fonction fixée par décret du Premier Ministre (décret 2009-2252 du 31 juillet 2009 publié au JORT N° 62 du 4 Août 2009 page 2135).

Le médecin chef de circonscription assure ses activités sous l'autorité technique des services de la direction régionale de la santé publique.

60. Décret N° 2003-615 du 10 mars 2003 publié au JORT N° 22 du 18 mars 2003 page 574 portant modification du décret n° 2000-2825 du 27 novembre 2000 relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires.

En plus de sa mission en matière de prestation des soins à la population, telle que définie par le statut du personnel médical hospitalo-sanitaire sus visé, le médecin chef de circonscription est chargé en collaboration avec le directeur de la circonscription de:

- Participer à l'élaboration, à la mise en place et à la coordination des programmes de travail et des activités de toutes les catégories du personnel de santé et de leur affectation.
- Programmer, coordonner, superviser et évaluer les activités techniques des agents de santé.
- Dynamiser l'approche communautaire en matière de santé à l'échelle de la circonscription et assurer le rôle de conseiller en matière de santé auprès des autorités.
- Organiser et participer aux activités de formation et d'encadrement du personnel médical et paramédical
- Assurer la collecte systématique des données, les analyser avec le comité technique de la circonscription en vue de prendre éventuellement les mesures correctrices nécessaires.
- Assurer sur le plan technique la coordination entre le comité technique et les services techniques de la direction régionale de la santé publique, les structures sanitaires universitaires et les autres instances de recours.

En outre, il participe aux différentes réunions du comité technique de la circonscription, du conseil de santé de la structure sanitaire concernée et du conseil local de santé publique.

c. Le pharmacien de la circonscription

Le pharmacien de la circonscription est chargé de:

- La gestion des produits pharmaceutiques au niveau des centres de santé de base relevant de la circonscription.
- La supervision technique du personnel exerçant dans les pharmacies des centres de santé de base et la participation à sa formation.
- La collecte des informations relatives aux produits pharmaceutiques dispensés au niveau de la circonscription.
- La diffusion des informations relatives aux produits pharmaceutiques auprès du personnel médical et paramédical au niveau de la circonscription.

d. Le surveillant général de la circonscription

L'emploi de surveillant général de la circonscription sanitaire est assimilé à celui de surveillant général d'établissement sanitaire, tel que défini par le décret 93-1725 du 16 août 1993⁶¹ portant création, rémunération et conditions d'attribution des emplois fonctionnels du personnel para médical exerçant dans

61. Décret 93-1725 du 16 août 1993 publié au JORT N° 65 du 31 août 1993 page 1400

les structures sanitaires publiques.

Le ministre de la santé publique peut créer par arrêté, dans les circonscriptions, une ou plusieurs unités ambulatoires assimilées aux unités sanitaires relevant des services hospitaliers. Il est créé pour chaque unité un emploi de surveillant d'unité sanitaire tel que définit par le décret 93-1725 du 16 août 199359 sus cité.

Le surveillant général de la circonscription est chargé notamment de:

- Coordonner les activités entre les différentes équipes médicales et mettre en oeuvre les décisions de l'équipe de gestion de la circonscription et les recommandations du conseil de santé en concertation avec les surveillants des différentes structures sanitaires publiques de la circonscription.
- Contrôler et superviser les activités promotionnelles, préventives, curatives et de réhabilitation.
- Veiller à l'usage rationnel des fournitures et des équipements affectés à la circonscription.
- Collecter et exploiter les données sanitaires et les acheminer vers les différents niveaux
- Participer à l'élaboration et à l'exécution des programmes de formation et de recyclage.
- Assister le médecin chef de circonscription dans la mobilisation communautaire.

Le surveillant général de la circonscription assure ses activités en étroite collaboration avec les surveillants des services et des unités de la circonscription.

2. Les instances participatives

a. Le comité technique

• Composition:

- Président: le médecin chef de circonscription
- Membres:
 - Les médecins, les médecins dentistes et les pharmaciens exerçant dans les structures sanitaires publiques de la circonscription
 - Le surveillant général de la circonscription
 - Les surveillants de services et des unités sanitaires relevant de la circonscription.
 - Deux agents paramédicaux désignés par le directeur de la circonscription
 - Le directeur de la circonscription participe aux réunions du comité technique.
 - Le secrétariat de ce comité est assuré par le surveillant général de la circonscription

- **Rôle:**

- Analyser la situation sanitaire de la circonscription et identifier les actions à entreprendre.
- Planifier, programmer et organiser les activités de la circonscription.
- Evaluer les moyens humains et matériels nécessaires pour la mise en œuvre des actions et programmer les activités en fonction des ressources disponibles et mobilisables.
- Définir les priorités en fonction conformément à la politique sanitaire du département.
- Evaluer périodiquement l'état d'avancement des programmes et des activités de la circonscription.
- Promouvoir et planifier les activités de formation et de recherche dans le domaine de la santé

- **Périodicité des réunions:**

- le comité technique se réunit au moins une fois chaque trimestre et chaque fois que le besoins l'exige, sur convocation de son président adressée aux membres du comité, huit jours au moins avant la tenue de la réunion.

- **Décisions**

- Les décisions du comité technique sont prises à la majorité des voix des membres présents, en cas d'égalité des voix celle du président est prépondérante.
- Les décisions émanant des réunions des comités techniques doivent être consignées dans des procès verbaux. Une copie de chaque procès verbal est transmise au directeur régional de la santé publique dont relève la circonscription

b. Le conseil de santé de l'hôpital de circonscription

L'article 39 de la loi relative à l'organisation sanitaire de la Tunisie⁶² prévoit, par arrêté du ministre de la santé publique, des règlements intérieurs pour chacune des catégories des structures sanitaires publiques prévues à l'article 10 de cette loi et notamment les hôpitaux de circonscription ; ce décret n'ayant pas encore vu le jour depuis 1991, fait qu'un vide juridique pousse certains directeurs à valoriser les réunions des équipes techniques et des comités de gestion au dépens des réunions conseil de santé de l'hôpital de circonscription, ainsi le règlement intérieur général des hôpitaux⁶³ reste en vigueur dans l'attente d'un arrêté fixant le règlement intérieur des hôpitaux de circonscription.

62. Loi N° 91-63 du 29/7/1991 publiée au JORT n°55 du 6 août 1991 page 1390.

63. Décret N° 81-1634 du 30 novembre 1981 publié au JORT N° 77 du 4/12/1981 page 2831.

Ce conseil de santé de l'hôpital de circonscription est cité dans les articles 16 et 19 du décret 2000-2825 du 27 novembre 2000 publié au JORT N°97 du 5 décembre 2000 relatif à l'organisation des circonscriptions sanitaires.

Le conseil de santé de l'hôpital de circonscription est même un élément du rapport des activités de la circonscription relatif au programme national de développement des circonscriptions sanitaires

Le conseil de santé de l'hôpital (quand celui-ci existe) est une instance appelée à donner un avis consultatif sur les grandes décisions ayant trait à la marche de l'hôpital de circonscription.

• **Composition du CSH**

- Président : un cadre médical ou juxta médical élu parmi les membres du conseil et par eux.

- Membres :

- Le directeur de l'établissement, membre du conseil, assure le secrétariat
- Le directeur régional de la santé publique est membre de droit au conseil de santé de l'établissement
- Le chef de service régional des soins de santé de base
- Les chefs de service médicaux, juxta médicaux et administratifs titulaires de ces fonctions ou nommés à titre intérimaire
- Le médecin chef de circonscription
- Le surveillant général de la circonscription
- Le surveillant général de l'hôpital
- Un représentant de la section syndicale
- Un représentant de la cellule professionnelle

• **Rôle du CSH**

- Donner un avis sur le budget de l'exercice précédent.
- Discuter et commenter le rapport d'activité annuel et le plan d'action de l'année à venir
- Donner un avis sur la répartition du personnel dans les services, sur les projets d'extension ou de construction et sur l'organisation des services
- Procéder à la ventilation des crédits budgétaires ventilables entre les services.
- Intervenir dans la programmation et le suivi de la formation médicale et paramédicale.
- Aider à l'amélioration de la relation avec les autres niveaux de soins et l'orientation recours.

• **Fonctionnement du CSH**

- Le conseil de santé se réunit au moins une fois tous les trois mois sur convocation de son président
- La convocation et l'ordre du jour doivent être notifiés à tous les membres du conseil par les soins du directeur huit jours avant la date de la réunion.

- Le directeur est le rapporteur des discussions tenues lors de la réunion du conseil, il veillera à diffuser le compte rendu de la réunion à tous les membres du conseil.
- Le conseil de santé peut se réunir en session extraordinaire
- Il est également consulté sur toutes les questions de salubrité et d'hygiène intéressant l'établissement
- Le conseil de santé ne peut délibérer valablement qu'en présence de la moitié de ses membres au moins

• **Renouvellement**

Le conseil de santé se réunit tous les deux ans au mois de décembre pour procéder à l'élection de son président.

c. Le conseil local de santé ou «conseil communautaire»⁶⁴

Cette instance constitue la pierre angulaire de la participation communautaire à la prise en charge de son état de santé

Contribue à la mise en œuvre des programmes élaborés par le comité technique et au renforcement de son activité.

Il a été règlementé par une circulaire du ministère de l'intérieur et la circulaire 82-132 du ministre de la santé publique

Composition du CLS

- Président : le délégué
- Rapporteur : le médecin chef de la circonscription
- Membres :
 - Le directeur de la circonscription
 - Tous les médecins de la délégation
 - Le surveillant général de la circonscription.
 - Les présidents des municipalités
 - Les directeurs des collèges et lycées
 - Les directeurs des écoles primaires
 - Les omdas
 - Les représentant du RCD
 - L'assistante sociale
 - Les responsables locaux ou régionaux de la SONEDE, STEG, l'agriculture

Mission du CLS

- Etre à l'écoute des attentes et des besoins de la population et d'y répondre dans les limites de leur pertinence et des possibilités actuelles du système
- Inciter la population à la prise en charge de son état de santé axée principalement sur :
 - Le changement de son comportement face à la maladie
 - Le développement des bonnes habitudes d'hygiène de vie

64. Programme de développement des circonscriptions sanitaires, concepts et mise en œuvre ; DSSB et UNICEF février 1999 ; Orbis Impression – Tunis ; Pages 26-27 et 28.

- Discuter la situation sanitaire dans la délégation
- Présenter et discuter les rapports d'évaluation des activités sanitaires dans les trois domaines: préventif, curatif et éducatif.
- Proposer des aménagement ou des activités de maintenance des structures.
- Aider à l'accomplissement des différentes activités de l'hygiène du milieu et de l'assainissement
- Planifier les réponses aux besoins socio sanitaires de la population en matière d'eau potable, d'électricité, d'infrastructure routière et scolaire.

Fonctionnement du CLS

Le conseil se réunit à l'initiative du médecin chef de circonscription, qui en fait la demande au délégué, après avoir revu avec l'équipe de gestion de la circonscription l'ensemble des points à discuter dans le conseil. Le délégué a la responsabilité d'adresser les invitations aux membres concernés par l'ordre du jour de la réunion, la liste des membres est établie sur proposition du médecin chef de la circonscription.

d. Le conseil local de développement CLD

Sa composition, sa mission et son fonctionnement sont définis par la note circulaire n°62 du 12 septembre 1994 du ministre de l'intérieur.

VI. FILIÈRES DE SOINS ET RÉFÉRENCES

Le cheminement des patients entre les structures de premier échelon (CSB, MG LP) et le deuxième (HC) ou troisième échelon (HR Ou ESVU) se définit comme étant la référence des malades à travers les filières de soins du système de santé. C'est aussi l'orientation recours.

Ainsi la référence est le processus d'envoi d'un patient d'un niveau de soins vers un niveau immédiatement supérieur.

A. PRINCIPES

En matière de référence on peut considérer les principes suivants:

1. Ce qui peut être techniquement réalisé à moindre coût au premier échelon ne devrait pas être réalisé par le deuxième échelon de la filière des soins.
2. Un patient est utilement référé vers l'échelon supérieur lorsque son état de santé nécessite un plateau technique élaboré et que la complexité de son problème de santé dépasse le niveau local standard de compétence.
3. Une fois le problème de santé est résolu au deuxième ou au troisième niveau le malade doit être contre référé à la structure sanitaire d'origine pour la continuité des soins parce que l'observance est meilleure et le coût du suivi est moindre, d'où la nécessité et l'importance de la rétro information.
4. C'est le premier échelon qui a la responsabilité de la continuité, de la globalité et de l'intégration des soins d'où l'importance de la partie synthétique du dossier médical ou à défaut la fiche de synthèse.

La qualité des références et leur pertinence vont être influencés par le processus au moment de la décision, les critères de référence et l'organisation de la continuité.

B. QUALITÉS DES RÉFÉRENCES

1. Le processus

La décision de référence est influencée par le problème de santé que pose le patient, la personnalité du médecin et la pression du patient ; d'où la nécessité de la négociation soignant soigné au moment de la décision.

D'autres facteurs peuvent influencer cette décision de référence :

- La compétence du médecin
- La rigueur de son examen clinique
- Sa connaissance du plateau technique de la structure d'accueil
- Les compétences disponibles à la structure d'accueil (le médecin ne sera pas motivé à adresser son patient au niveau supérieur des soins s'il sait que c'est un interne qui le prendra en charge parce que les seniors sont dans un congrès)

2. Les critères de référence

Un faux positif est un malade référé qui aurait pu être pris en charge au CSB.

Un faux négatif est un malade qui aurait dû arriver plus tôt au service spécialisé

La standardisation des critères de référence pour l'ensemble des problèmes de santé n'est pas une chose facile, mais les consensus et la personnalisation de la référence sont des structures de communication qui contribueraient à rationaliser les références.

Le meilleur moyen de rationaliser ces références est l'organisation de réunions régulières qui personnalisent les relations et actualisent le savoir des médecins de première ligne, ces réunions peuvent être des staffs des services spécialisés ou des EPU ou des séances de FMC.

3. L'organisation de la continuité

Est conditionnée par la qualité de la communication aussi bien de la référence que de la rétro information, le malade joue un rôle important dans ce circuit en sa qualité de vecteur de l'information qu'il peut scier, bloquer ou développer.

C. LE TRANSPORT SANITAIRE

Le malade se déplace au niveau supérieur de la filière des soins soit par ses propres moyens, si son état de santé le lui permet, sinon par le transport sanitaire⁶⁵. On distingue trois catégories de moyens de transport sanitaire :

1. Le transport sanitaire terrestre

Les véhicules du transport sanitaire terrestre sont classés en deux catégories :

- **Catégorie A** : ambulance de secours et de soins d'urgence, elle doit permettre le transport sanitaire des personnes nécessitant une assistance médicalisée en cours de transport

L'équipage des moyens de transport sanitaire de catégorie A se compose :

- D'un conducteur du moyen de transport sanitaire
- D'un infirmier ou autre agent para médical qualifié
- D'un médecin

65. Loi 91-75 du 2 août 1991 ainsi que les décrets 92-728, 92-729 et 92-730 du 20 avril 1992 déterminant la réglementation du transport sanitaire.

Un autre membre au moins de l'équipage des moyens de transport sanitaire terrestre de catégorie A doit également être titulaire du permis de conduire.

• **Catégorie B** : véhicule sanitaire léger, permet le transport sanitaire des personnes malades, blessées, ou parturientes ne nécessitant pas de surveillance médicale continue durant leur évacuation.

L'équipage des moyens de transport sanitaire de catégorie B se compose :

- D'un conducteur.
- D'un infirmier ou d'un secouriste diplômé.

Le conducteur du moyen de transport sanitaire terrestre doit être titulaire depuis plus de deux ans du permis de conduire.

2. Le transport sanitaire aérien

Les moyens destinés au transport sanitaire aérien doivent disposer d'un compartiment aménagé de façon identique à la cellule sanitaire d'une ambulance de catégorie A adaptée au transport aérien.

3. Le transport sanitaire maritime

Le transport sanitaire maritime est effectué par des moyens disposant d'un compartiment aménagé de façon identique à la cellule sanitaire d'une ambulance de catégorie A ou B adaptée au transport maritime.

Le conducteur du moyen de transport sanitaire terrestre et maritime doit être capable de tenir un carnet de bord, de rédiger un rapport sur la mission effectuée et initié aux notions élémentaires de secourisme.

Les textes législatifs spécifient les caractéristiques générales et spécifiques des véhicules de transport sanitaire terrestre ainsi que la liste de l'équipement médical et médicaments des moyens de transport sanitaire terrestre.

VII. DOCUMENTS ET IMPRIMÉS

Pendant son exercice, le médecin est appelé à utiliser et signer plusieurs documents et imprimés qui souvent engagent sa responsabilité médico-légale il est utile qu'il sache la liste des imprimés administratifs spécifiques aux services du ministère de la santé publique et aux établissements publics à caractère administratif qui en relèvent⁶⁶

De cette liste nous retenons surtout :

- Attestation de présence à l'hôpital
- Attestation de naissance
- Certificat médical
- Certificat médical prénuptial
- Certificat médical de décès
- Certificat médical d'aptitude au pèlerinage
- Certificat médical d'hébergement au foyer universitaire
- Certificat médical initial
- Certificat médical initial des accidents de travail et des maladies professionnelles.

66. Arrêté du 9 septembre 2004 publié au JORT N°75 du 17 septembre 2004 page 2721, portant révision de la liste des imprimés administratifs spécifiques aux services du ministère de la santé publique et aux établissements publics à caractère administratif qui en relèvent.

- Fiche de liaison du partenaire sexuel
- Billet d'hospitalisation à la demande d'un tiers
- Billet d'hospitalisation d'office
- Billet de transfert d'un malade
- Déclaration d'une maladie transmissible ou d'un décès qui en résulte

VIII. ORGANISATION STATUTAIRE DU CORPS MEDICAL HOSPITALO-SANITAIRE

Le corps médical hospitalo-sanitaire, exerce ses fonctions sous le régime du plein temps dans les structures sanitaires publiques. Ces fonctions sont exercées conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur et notamment celles prévues par le code de déontologie médicale et le statut particulier du corps médical hospitalo-sanitaire⁶⁷.

Le corps médical hospitalo-sanitaire comprend six grades :

- Le médecin de la santé publique
- Le médecin principal de la santé publique
- Le médecin major de la santé publique
- Le médecin spécialiste de la santé publique
- Le médecin spécialiste principal de la santé publique
- Le médecin spécialiste major de la santé publique

Le personnel du corps médical hospitalo-sanitaire est tenu notamment

- D'assurer hebdomadairement trente six heures de travail répartis sur tous les jours ouvrables. Cet horaire couvre les activités suivantes.
 - Dispenser les prestations sanitaires et autres activités entrant dans le cadre des attributions de leurs postes d'affectation.
 - Assurer les remplacements imposés par les différents congés⁶⁸ dont bénéficient les médecins, et ce conformément aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement de leur affectation.
 - Participer à la formation du personnel de la santé
 - Faire partie du jury des examens et concours organisés par le ministère de la santé publique moyennant une indemnité fixée par décret⁶⁹
 - Participer aux programmes, cycles de formation et aux colloques scientifiques organisés par le ministère de la santé publique ou autres structures, et ce, après accord de l'administration.
 - Participer aux activités de recherches scientifiques dont la programmation est approuvée par l'administration et ce, conformément à la réglementation en vigueur
- De participer, en dehors de l'horaire normal de travail, aux gardes médicales conformément aux dispositions légales en vigueur⁷⁰.

Le personnel du corps médical hospitalo-sanitaire peut, en l'absence d'un médecin de libre pratique exerçant dans le périmètre territorial de la structure

67. Décret N° 2008-3449 du 10 novembre 2008 portant statut particulier du corps médical hospitalo-sanitaire publié au JORT N° 92 du 14 novembre 2008 page 3505.

68. Cf. attributions du médecin chef de circonscription, Décret 2000-2825 du 27/11/2000 publié au JORT N° 97 du 5 décembre 2000 page 3033.

69. Décret n° 2001-314 du 23 janvier 2001 publié au JORT N° 9 du 30 janvier 2001 page 196.

70. Décret N° 2001-318 du 23 janvier 2001 publié au JORT N° 9 du 30 janvier 2001 page 197.

sanitaire où le dit personnel exerce ses activités, effectuer, en dehors des heures de travail, des visites au domicile des malades pour assurer des consultations à titre privé, après accord préalable du ministre de la santé publique (article 4 du Décret N° 2008-3449 du 10 novembre 2008 portant statut particulier du corps médical hospitalo-sanitaire).

Le personnel du corps médical hospitalo-sanitaire est autorisé à procéder à des expertises rétribuées, effectuées à la demande des autorités judiciaires ou administratives. Toutefois, les expertises faites pour le compte de son département de tutelle ou d'un établissement soumis à sa tutelle ne sont pas rétribuées.

L'accomplissement de ces expertises ne doit pas porter préjudice à l'exercice des fonctions principales du personnel concerné ni compromettre l'intérêt de l'administration et l'indépendance de leurs auteurs. Durant ces expertises le personnel du corps médical hospitalo-sanitaire doit veiller au respect de ses obligations de réserve et de discrétion professionnelle.

Ces expertises sont effectuées conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur. (article 5 du Décret N° 2008-3449 du 10 novembre 2008 portant statut particulier du corps médical hospitalo-sanitaire publié au JORT N° 92 du 14 novembre 2008 page 3505).

Dans la limite des crédits budgétaires et dans le cadre de la réglementation en vigueur, le personnel du corps médical hospitalo-sanitaire peut bénéficier d'une prise en charge des frais de participation aux rencontres internationales et colloques internationaux à caractère médical ou scientifique.

Cette participation doit être, au préalable, autorisée par le ministre de la santé publique⁷¹

Le personnel du corps médical hospitalo-sanitaire peut souscrire au maximum à deux conventions afin d'exercer ses activités de médecin en dehors de son administration d'origine, et ce, à raison de deux vacations par semaine pour chaque convention. Chaque vacation dure deux heures. Pour être valable, ces conventions doivent être préalablement approuvée par le ministre de la santé publique.

Peuvent être chargés des fonctions de chef de service hospitalo-sanitaire et chef d'arrondissement sanitaire⁷², par décret pris sur proposition du ministre de la santé publique, les médecins principaux, les médecins majors, les médecins spécialistes principaux et les médecins spécialistes majors sans conditions d'ancienneté. Les médecins spécialistes de la santé publique doivent avoir deux ans d'ancienneté dans le grade pour prétendre à ces fonctions.

L'intérim de ces fonctions peut être confié par arrêté du ministre de la santé

71. Décret 2005-1733 du premier ministre en date du 13 juin 2005 publié au JORT N° 48 du 17 juin 2005 page 1354, modifiant le décret 2001-1142 du 22 mai 2001.

72. Médecin chef de circonscription sanitaire

publique sans conditions d'ancienneté aux médecins spécialistes de la santé publique et aux médecins de la santé publique ayant une ancienneté minimum de quatre années dans leur grade.

L'emploi de chef de service hospitalo-sanitaire et de chef de circonscription sanitaire est de type fonctionnel.

A. LES MÉDECINS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Sont recrutés parmi les titulaires du diplôme de doctorat en médecine, ou d'un diplôme admis en équivalence, par voie de concours ouvert par arrêté du ministre de la santé publique.

Tout médecin recruté qui refuse de rejoindre son poste d'affectation, au plus tard un mois après la notification de l'arrêté de recrutement, est considéré, après une mise en demeure, comme ayant refusé la nomination et aura pour effet l'annulation de l'arrêté de son recrutement.

B. LES MÉDECINS PRINCIPAUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Modalités du concours

Sont recrutés par voie de concours ouvert par arrêté du ministre de la santé publique. Ce concours est ouvert aux médecins de la santé publique ayant une ancienneté d'au moins cinq années dans le grade à la date du concours.

Le règlement, le programme et les modalités du concours de recrutement des médecins principaux de la santé publique ainsi que le nombre de postes à pourvoir sont fixés par arrêté du ministre de la santé publique⁷³

Cet arrêté fixe le nombre de postes à pourvoir, la date de clôture de la liste des candidatures, la date et le lieu du déroulement des épreuves.

Les demandes de candidature sont adressées obligatoirement par voie hiérarchique.

Ces demandes sont déposées au bureau d'ordre central du ministère de la santé publique ou aux bureaux d'ordre des directions régionales de la santé publique ou des structures et établissements dont relève le candidat, et ce, avant la date de clôture de la liste des candidatures.

La date d'enregistrement aux bureaux d'ordre précités, fait foi de la date de dépôt de la demande de candidature.

Dans un délai de quinze (15) jours avant la date du déroulement du concours, le candidat en personne ou par l'intermédiaire d'un mandataire dûment habilité à cet effet prouvant qu'il a adressé sa candidature dans les délais prescrits, doit remettre directement au ministère de la santé publique son dossier professionnel et scientifique, classé selon la grille d'évaluation visée à l'article 5 du présent arrêté.

Le concours comporte :

- a-** l'évaluation du dossier professionnel et scientifique du candidat, (coefficient 2), conformément à la grille d'évaluation jointe en annexe à l'arrêté;

73. Arrêté du ministre de la santé publique du 31 décembre 2009 publié au JORT N°3 du 8 janvier 2010 page 87.

b- une épreuve écrite, (coefficient 1), d'une durée de 2 heures portant sur deux sujets se rapportant au programme joint en annexe à l'arrêté.

Cette épreuve comporte l'étude de deux sujets choisis par le candidat parmi quatre sujets proposés comme suit : chaque membre du jury propose 3 sujets entrant dans le cadre du programme de l'épreuve écrite, chaque sujet est mis dans une enveloppe cachetée ne comportant aucune indication extérieure, les quatre sujets proposés aux candidats sont tirés au sort le jour du déroulement de l'épreuve, en présence des membres du jury et un candidat de chaque salle d'examen.

Le concours susvisé est supervisé par un jury dont la composition est fixée par arrêté du Premier ministre sur proposition du ministre de la santé publique.

Il est composé d'au moins cinq membres titulaires et de membres suppléants dont le nombre représente 50% des membres titulaires, tirés au sort parmi les médecins majors de la santé publique.

Le président du jury est choisi parmi les médecins majors de la santé publique, qu'ils soient tirés au sort ou non.

Le tirage au sort est organisé par le ministère de la santé publique en séance publique quinze (15) jours au minimum avant la date du déroulement du concours, ses résultats sont consignés dans un procès-verbal.

Le jury du concours est chargé notamment de :

- superviser le déroulement du concours,
- établir une grille de correction de chacun des quatre sujets soumis aux candidats dans le cadre de l'épreuve écrite, et ce, avant le démarrage de la correction des épreuves.

Le président du jury et la majorité des membres présents doivent signer ces grilles et les utiliser dans l'évaluation des candidats d'une façon irrévocable sauf par commun accord signé du président de jury et de la majorité des membres présents,

- établir la liste des candidats admis classés par ordre de mérite comportant les notes obtenues,
- établir une liste comportant les notes obtenues pour le reste des candidats.

Le jury ne peut légalement fonctionner et délibérer qu'en présence de cinq (5) au moins de ses membres. Cesse de faire partie du jury, tout membre qui n'a pas assisté à l'une des séances du concours.

Les décisions du jury sont prises à la majorité des voix de ses membres présents, en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les candidats admis sont classés par ordre de mérite. Si deux candidats ou plus ont eu la même moyenne générale, la priorité est accordée au plus ancien dans le grade, et si cette ancienneté est la même, la priorité est accordée au plus âgé.

Le président et les membres du jury sont soumis à l'obligation de discrétion prévue par l'article 7 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, susvisée et ce, pour tous les travaux et délibérations relatifs au concours.

Le jury est tenu de terminer ses travaux dans un délai ne dépassant pas trois (3) mois à partir de la date du déroulement du concours et remettre un procès-verbal du ministre de la santé publique, signé par le président et la majorité des membres du jury.

Le procès-verbal comporte les différentes données et documents relatifs à l'évaluation, aux notes, au classement et aux résultats du concours.

Le président du jury joint également au procès-verbal un rapport sur le déroulement du concours, ainsi que les diverses observations et propositions.

2. Nominations

Les médecins principaux de la santé publique sont nommés par arrêté du ministre de la santé publique.

3. Programme de l'épreuve écrite

1. Comas non traumatique : CAT immédiate
2. Accidents vasculaires cérébraux : Définition, épidémiologie, démarche diagnostique et thérapeutique, prévention
3. Méningites purulentes : Diagnostic & prévention de l'entourage
4. Métrorragies gravidiques du 1^{er} trimestre : Diagnostic étiologique
5. Périnatalité : pré nuptialité - pré natalité – post natalité et planification familiale (selon le programme national)
6. Cancer du sein : Epidémiologie, dépistage et prévention (selon le programme national)
7. Cancer du col de l'utérus : Epidémiologie, dépistage et prévention (selon le programme national)
8. Hémoptysies : Diagnostic étiologique
9. Tuberculose (selon le programme national)
10. Asthme : Diagnostic, traitement de la crise, classification et traitement de fond
11. Hépatites virales : Diagnostic, suivi et prévention
12. Hémorragies digestives : Diagnostic
13. Ulcères gastrique et duodéal : diagnostic positif et prise en charge (selon les références de consensus tunisien)
14. Douleur thoracique: Diagnostic et PEC en urgence
15. Hypertension artérielle (selon le programme national)
16. Syncopes et pertes de connaissance de l'adulte: CAT
17. Diabète sucré (selon le programme national)
18. Dysthyroïdies : Diagnostic positif
19. Etat de choc : Diagnostic positif, étiologies et CAT
20. OEil rouge : diagnostic étiologique et CAT en 1^{ère} ligne

21. Insuffisance rénale chronique : diagnostic étiologique et prévention
22. Anémies : Démarche diagnostique et thérapeutique, Prévention
23. Programme national élargi de vaccination
24. Infections sexuellement transmissibles: approche syndromique, et SIDA : Prévention (selon le programme national)
25. Infections urinaires
26. Lombalgies : diagnostic et prévention
27. Bronchiolite du nourrisson : Diagnostic positif et CAT
28. Convulsions du nourrisson et de l'enfant : Diagnostic étiologique et CAT en urgence
29. Rhumatisme articulaire aigu : épidémiologie, diagnostic positif, suivi et prévention (selon le programme national)
30. Cancers bronchiques primitifs: épidémiologie, diagnostic et prévention
31. Tabagisme : épidémiologie et moyens de lutte (selon le programme national)
32. Rédaction des certificats médicaux
33. Toxi infections alimentaires collectives (TIAC) : définition, CAT, prévention
34. Artérite des membres inférieurs : diagnostic et prévention
35. Règles de prescription d'un traitement antibiotique (selon le programme national)
36. Anti-inflammatoires non stéroïdiens : classification, indications, effets indésirables, précautions d'emploi et contre indications (selon les références de consensus tunisien)
37. Syndrome métabolique : définition, complications, PEC et prévention
38. CAT devant une piqure de scorpion
39. Mycoses cutanées : formes cliniques et principes thérapeutiques
40. Attributions et gestion d'un centre de santé de base

4. Grille d'évaluation du dossier professionnel et scientifique du candidat

Cette grille permet de totaliser le nombre de points attribués aux différentes attestations et pièces justificatives (originaux ou copies certifiées conformes aux originaux) constituant le dossier professionnel et scientifique du candidat.

Le maximum de points à prendre en compte ne doit pas dépasser le nombre de points réservés quelque soit le nombre de points obtenus. Les points en plus ne seront pas pris en compte.

Le total obtenu, ne dépassant pas quarante points, est déjà porté au coefficient

Les critères de notation sont répartis comme suit :

a. Diplômes et titres : trois points au maximum (moitié de la note si obtenus avant le recrutement)

- Mastère, DESS, CES (2ans) 0,5 point par an +0,5 point pour mémoire
- CES (1 an) 0,5 point +0,25 point pour mémoire
- Diplôme non universitaire : 0,2 point par an
- Compétence reconnue par le CNOM : 0,4 point

b. Travaux scientifiques réalisés depuis le recrutement (dans le grade de médecin de la santé publique) un travail n'est compté qu'une seule fois : sept points au maximum

• **Communications orales et affichées**

- 1 à 3 :

- Locales et régionales : 0,2 point
- Nationales : 0,3 point
- Internationales : 0,4 point

- 4 et plus :

- Locales et régionales : 0,1 point
- Nationales : 0,15 point
- Internationales : 0,2 point

• **Publications**

-1 ou 2 :

- Nationales : 0,4 point
- Internationales : 0,8 point

- 3 ou 4 :

- Nationales : 0,2 point
- Internationales : 0,4 point

- 5 ou plus :

- Nationales : 0,1 point
- Internationales : 0,2 point
- Codirection de thèse : 0,4 point
- Direction de mémoire (pour les paramédicaux) : 0,3 point
- Production de documents de santé (écrits ou audio-visuels, éducatifs ou de formation) : 0,1 à 0,6 point par document
- Participation à des enquêtes : de 0,05 à 0,5 point/enquête
- Qualité des travaux et leur intérêt pour la santé publique et la médecine générale : deux points au maximum

Cette évaluation se fait à partir :

- des résumés de tous les travaux
- du texte intégral de quatre travaux :
 - les deux derniers
 - deux autres choisis par le candidat

c. Responsabilités assurées depuis le recrutement : trois points au maximum :

- Emploi fonctionnel, Responsable de service hospitalier ou circonscription sanitaire, coordinateur régional scolaire : 0,15 point par an
- Coordinateur de programme national :
 - Coordinateur national: 0,15 point par an
 - Coordinateur régional: 0,1 point par an
 - Coordinateur local: 0,05 point par an
- Responsable
 - de CSB : 0,02 point par an
 - de centre de santé intermédiaire : 0,04 point par an

- Président de conseil de santé : 0,2 point*
- Membre élu d'un conseil ou d'un comité : 0,15 point*
- Membre d'un comité: 0,1 point, quelque soit la durée de la responsabilité
- Activité ordinale
 - Nationale : 0,3 point*
 - Régionale : 0,2 point*

*quelque soit la durée de la responsabilité

- Membre du bureau d'une association sanitaire d'handicapés ou scientifique : 0,1 à 0,3 point quelque soit la durée de la responsabilité
- Membre d'une commission :
 - Internationale : 0,3 point
 - Nationale : 0,2 point
 - Régionale : 0,1 point
 - Locale : 0,05 point

d. Formation continue suivie depuis le recrutement: quatre points au maximum

- Congrès / séminaires / ateliers : 0,02 point par jour quelque soit le lieu
- Cours de formation continue et journée scientifique : 0,01 point par unité
- Stages 0,03 point par jour quelque soit le lieu, ne sont pas comptabilisées les stages qui cadrent dans le cursus d'un diplôme scientifique ou de l'organigramme hebdomadaire de travail.

e. Activités d'encadrement, formation et évaluation réalisés depuis le recrutement : trois points au maximum

- Enseignement régulier pour médecins ou para médicaux : 0,5 point par an
- Encadrement d'un étudiant ou d'un para médical ou autre : 0,2 point par attestation
- Réalisation d'une séance de formation continue :
 - Pour médecins :
 - Locale : 0,05 point
 - Régionale ou autre : 0,1 point
 - Pour para médicaux :
 - Locale : 0,02 point
 - Régionale ou autre : 0,05 point
- Animation d'une réunion de formation de relais d'éducation sanitaire : 0,1 point
- Réalisation d'une séance d'éducation sanitaire éducative ou d'enseignement en dehors des structures de santé : 0,1 pt
- Co-élaboration d'un rapport annuel avec analyse et plan d'action : 0,1 à 0,4 point par rapport

f. Charges et conditions des postes de travail depuis le recrutement : quatre points au maximum

- Gardes : nombre de garde par semaine x nombre d'années de garde x P : 1,5 point au maximum
P est un coefficient de pondération déterminé par le jury selon le type de garde.
- Activités de consultation du candidat (y compris les urgences) : (nombre moyen de consultants par an / 8000)x3
- Activités d'hospitalisation : nombre de lits à la charge du candidat* x taux d'occupation / 10 x2
 - lorsque les statistiques concernent une activité partagée par plus d'un médecin, on divise par le nombre de médecins.
- Autres activités spécifiques au poste / facteurs de difficulté du poste : 1,5 point au maximum

g. Ancienneté : six points au maximum

- 0,1 point par année d'ancienneté + 0,2 point de bonus par année > 20 ans d'ancienneté

h. Age : six points au maximum

- 0,1 point par année après l'âge de 30 ans + 0,2 point de bonus par année > 45 ans

i. Eloignement des postes de travail par rapport aux facultés de médecine depuis le recrutement : quatre points au maximum

- Groupe 1 : 0,1 point par année de travail
Gouvernorats de Tunis, Ariana, Manouba, Ben Arous, Monastir, Sousse (excepté les circonscriptions de Enfidha, et Bouficha), Sfax (excepté les circonscriptions de Hencha, Bir Ali, Skhira, Menzel Chaker et Kerkenah), Coopération technique.
- Groupe 2 : 0,2 point par année de travail
Gouvernorat de Bizerte (excepté les circonscriptions de Sejnane et Joumine), Nabeul (excepté les circonscriptions de Menzel Temime, El Mida, Kélibia, Haouaria), Zaghouan (excepté la circonscription de Nadhour), Mahdia (excepté les circonscriptions de Ouled Chamekh, Chorbane et Hbira), les hôpitaux régionaux et les circonscriptions de Enfidha, Bouficha, Hencha, Kairouan- ville et Mejez El Bab.
- Groupe 3 : 0,3 point par année de travail
Gouvernorat de Kairouan (excepté hôpital régional et circonscription de Kairouan-ville) Béja (excepté hôpital régional et circonscription de Mejez El Bab, Nefza et Amdoun), circonscriptions de Bir Ali, Skhira, Menzel Chaker, Kerkenah, Menzel Temime, El Mida, Kélibia, Haouaria, Nadhour, Ouled Chamekh, Chorbane et Hbira.
- Groupe 4 : 0,4 point par année de travail
Gouvernorat de Gabès, Sidi Bouzid, Selliana (excepté la circonscription de Rouhia), circonscription de Sejnane, Joumine, Nefza et Amdoun.
- Groupe 5 : 0,5 point par année de travail

Gouvernorat de Jendouba, Kef, Kasserine, Gafsa, Tozeur, Kébili, Tataouine, Médnine et la circonscription de Rouhia.

- Bonus de 0,5 à 1,5 point pour :
 - Les lieux spécifiques d'exercice (établissement de résidence de personnes à besoins spécifiques)
 - Handicap et maladie grave du médecin ayant motivé sa nomination dans une structure non éloignée.

5. Questions posées aux concours de principalat de 1992 à 2008

- 1992** 1 / Moyens de contraceptions, Indications et Contre indications
2 / Certificat médical initial descriptif.
3 / Amaigrissement récent et brutal chez un adulte, CAT.
- 1993** 1 / CAT devant une urétrite aiguë.
2 / Etiologie d'une HTA récente chez l'adulte.
3 / Diagnostic étiologique d'une anémie.
- 1994** 1 / Apport des examens complémentaires dans le diagnostic des hépatites virales
2 / CAT devant une acidocétose diabétique.
3 / Diagnostic positif et différentiel d'un IDM.
- 1995** 1 / CAT devant les convulsions de l'enfant et du nourrisson.
2 / Les insuffisances ventriculaires gauches, diagnostic étiologique et traitement
3 / CAT devant une jeune femme de 25ans qui se plaint de douleurs de la FID
- 1996** 1 / Les méningites tuberculeuses, traitement et conduite à tenir.
2 / RAA diagnostic, CAT, et traitement.
3 / Les convulsions fébriles de l'enfant.
- 1997** 1 / Diagnostic d'une hémorragie digestive haute.
2 / Diarrhée aiguë du nourrisson, orientations diagnostiques et traitement.
3 / Diagnostics étiologiques des douleurs abdominales aiguës de l'enfant.
- 1998** 1 / CAT devant une anémie ferriprive.
2 / CAT devant un diabète sucré récent.
3 / Diagnostics positif, différentiel et étiologique des méningites purulentes de l'adulte.
- 1999** 1 / RAA forme commune, diagnostic et traitement.
2 / Hépatite virale B aiguë diagnostic biologique et prévention.
3 / Pleurésie à liquide clair, diagnostics clinique et étiologique.
- 2000** 1 / Les hépatites virales, diagnostic biologique et prévention.
2 / Les diarrhées aiguës du nourrisson CAT.
3 / Le diabète type II, suivi et surveillance par le médecin généraliste.
- 2001** 1 / RAA forme commune, diagnostic et traitement.
2 / Règles de prescription d'un traitement antibiotique
3 / Conduite d'un médecin de 1^{er} ligne devant une TBC commune confirmée
- 2002** 1 / Complications dégénératives du diabète type II (sous traitement).
2 / Maladie de Basedow manifestations cliniques.

- 3 / Diagnostic d'une pleurésie à liquide clair de l'adulte.
- 2003** 1 / UGD diagnostic, complications et traitement.
2 / La tuberculose: diagnostic et traitement.
3 / Attitudes diagnostiques et étiologies des lombalgies.
- 2004** 1 / Règles de prescription d'un traitement antibiotique.
2 / CAT devant un écoulement urétral.
3 / CAT devant une douleur abdominale aiguë de l'enfant.
- 2005** 1 / CAT devant une déshydratation aigue chez un nourrisson.
2 / Cancer du sein: épidémiologie et prévention.
3 / Diagnostic des hémoptysies et CAT.
- 2006** 1 / Les hémorragies digestives.
2 / Lutte antitabagique.
3 / Diabète et grossesse.
- 2007** 1 / Complications du diabète.
2 / Traitement de l'Hypertension artérielle.
3 / vaccinations : tableau vaccinal et contre indications.
- 2008** 1 / les AINS
2 / Le RAA
3 / Diagnostics positif, différentiel et étiologique des méningites purulentes

C. LES MÉDECINS MAJORS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Modalités du concours

Sont recrutés par voie de concours sur épreuves ouvert par arrêté du ministre de la santé publique. Ce concours est ouvert aux médecins principaux de la santé publique ayant une ancienneté de six années au moins dans leur grade à la date du déroulement du concours.

Le règlement, le programme et les modalités du concours de recrutement des médecins majors de la santé publique ainsi que le nombre de postes à pourvoir, la date de clôture de la liste des candidatures, ainsi que la date et le lieu du déroulement des épreuves, sont fixés par arrêté du ministre de la santé publique⁷⁴

Les demandes de candidature sont adressées obligatoirement par la voie hiérarchique.

Ces demandes sont déposées au bureau d'ordre central du ministère de la santé publique ou aux bureaux d'ordre des directions régionales de la santé publique ou des structures et établissements dont relève le candidat, et ce, avant la date de clôture de la liste des candidatures.

La date d'enregistrement aux bureaux d'ordre précités, fait foi de la date de dépôt de la demande de candidature.

Dans un délai de quinze (15) jours avant la date du déroulement du concours, le candidat en personne ou par l'intermédiaire d'un mandataire dûment habilité à cet effet prouvant qu'il a adressé sa candidature dans les délais prescrits, doit

74. Arrêté du ministre de la santé publique du 31 Décembre 2009 publié au JORT N°03 du 08/01/2010 page 78

remettre directement au ministère de la santé publique son dossier professionnel et scientifique, classé selon la grille d'évaluation visée à l'article 5 de l'arrêté.

Le concours comporte :

a- l'évaluation du dossier professionnel et scientifique du candidat, (coefficient 3,5), conformément à la grille d'évaluation jointe en annexe à l'arrêté :

b- une épreuve écrite, (coefficient 1,5), d'une durée de 2 heures portant sur deux sujets se rapportant au programme joint en annexe à l'arrêté :

Cette épreuve comporte l'étude de deux sujets choisis par le candidat parmi 4 sujets proposés comme suit : Chaque membre du jury propose 3 sujets entrant dans le cadre du programme de l'épreuve écrite, chaque sujet est mis dans une enveloppe cachetée ne comportant aucune indication extérieure, les quatre sujets proposés aux candidats sont tirés au sort le jour du déroulement de l'épreuve, en présence des membres du jury et un candidat de chaque salle d'examen.

Le concours susvisé est supervisé par un jury dont la composition est fixée par arrêté du Premier ministre sur proposition du ministre de la santé publique. Il est composé d'au moins cinq (5) membres titulaires et de membres suppléants dont le nombre représente 50% des membres titulaires, tirés au sort parmi les médecins majors de la santé publique ayant une ancienneté de quatre (4) années au moins dans le grade.

Le président du jury est choisi parmi les médecins majors de la santé publique, qu'ils soient tirés au sort ou non.

Le tirage au sort est organisé par le ministère de la santé publique en séance publique quinze (15) jours au minimum avant la date du déroulement du concours, ses résultats sont consignés dans un procès-verbal.

Le jury du concours est chargé notamment de :

- superviser le déroulement du concours,
- établir une grille de correction de chacun des quatre sujets soumis aux candidats dans le cadre de l'épreuve écrite, et ce, avant le démarrage de la correction des épreuves, Le président du jury et la majorité des membres présents doivent signer ces grilles et les utiliser dans l'évaluation des candidats d'une façon irrévocable sauf par commun accord signé du président de jury et de la majorité des membres présents,
- établir la liste des candidats admis classés par ordre de mérite comportant les notes obtenues,
- établir une liste comportant les notes obtenues pour le reste des candidats.

Le jury ne peut légalement fonctionner et délibérer qu'en présence de cinq (5) au moins de ses membres. Cesse de faire partie du jury tout membre qui n'a pas assisté à l'une des séances du concours.

Les décisions du jury sont prises à la majorité des voix de ses membres présents

en cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

Les candidats admis sont classés par ordre de mérite. Si deux candidats ou plus ont eu la même moyenne générale, la priorité est accordée au plus ancien dans le grade, et si cette ancienneté est la même, la priorité est accordée au plus âgé.

Le président et les membres du jury sont soumis à l'obligation de discrétion prévue par l'article 7 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, susvisée, et ce, pour tous les travaux et délibérations relatifs au concours.

Le jury est tenu de terminer ses travaux dans un délai ne dépassant pas trois (3) mois à partir de la date du concours et remettre un procès-verbal au ministre de la santé publique, signé par le président et la majorité des membres du jury. Le procès-verbal comporte les différentes données et documents relatifs à l'évaluation, aux notes, au classement et aux résultats du concours. Le président du jury joint au procès-verbal un rapport sur le déroulement du concours, ainsi que les différentes observations et propositions.

2. Nominations

Les médecins majors de la santé publique sont nommés par décret.

3. Programme de l'épreuve écrite

1. Pancréatites aiguës : Diagnostic - Evolution et complications,
2. Cancer du sein : Epidémiologie, dépistage et prévention (selon le programme national),
3. Cancer du col de l'utérus : Epidémiologie, dépistage et prévention (selon le programme national),
4. Cancer de la prostate : Epidémiologie, dépistage et prévention,
5. Cancer de l'oesophage : Epidémiologie, dépistage et prévention,
6. Cancers bronchiques primitifs : épidémiologie, diagnostic et prévention,
7. Cancers du colon : Epidémiologie, dépistage et prévention,
8. Dysphonies : Diagnostic positif et étiologique,
9. Programme national élargi de vaccination,
10. Bronchiolite du nourrisson : Diagnostic positif et CAT,
11. Asthme : Diagnostic, traitement de la crise, classification et traitement de fond,
12. Maladies transmissibles à déclaration obligatoire,
13. Syndrome coronarien aigu : Diagnostic et PEC en urgence,
14. Thromboses veineuses : Diagnostic,
15. Infections urinaires,
16. Comas non traumatiques : Diagnostic positif et étiologique - CAT en 1^{ère} ligne,
17. Programme national de santé mentale,
18. Confusion mentale chez le sujet âgé : Diagnostic positif et étiologique,
19. Dépression du sujet âgé : Diagnostic positif et CAT,
20. Les maladies nouvelles et émergentes,

21. Syndrome métabolique : définition, complications, PEC et prévention,
22. Tabagisme : épidémiologie et moyens de lutte (selon le programme national),
23. Programme national de développement et de mise en place des circonscriptions sanitaires : législation - concepts et mise en oeuvre- indicateurs de fonctionnalité,
24. L'organisation sanitaire,
25. Toxicomanies aux opiacés et au cannabis,
26. La responsabilité médicale.

4. Grille d'évaluation du dossier professionnel et scientifique du candidat

Cette grille permet de totaliser le nombre de points attribués aux différentes attestations et pièces justificatives (originaux ou copies certifiées conformes aux originaux) constituant le dossier professionnel et scientifique du candidat.

Le maximum de points à prendre en compte ne doit pas dépasser le nombre de points réservés quelque soit le nombre de points obtenus. Les points en plus ne seront pas pris en compte.

Le total obtenu, ne dépassant pas soixante-dix points, est déjà porté au coefficient 3,5.

Les critères de notation sont répartis comme suit :

a. Diplômes et titres : Quatre points au maximum (moitié de la note si obtenus avant le recrutement)

- Mastère, DESS, CES (2ans) 0,5 point par an +0,5 point pour mémoire
- CES (1an) 0,5 point +0,25 point pour mémoire
- Diplôme non universitaire : 0,2 point par an
- Compétence reconnue par le CNOM : 0,4 point

b. Travaux scientifiques réalisés depuis le recrutement (dans le grade de médecin de la santé publique) un travail n'est compté qu'une seule fois : Onze points au maximum

- Communications orales et affichées
 - 1 à 3 :
 - Locales et régionales : 0,3 point
 - Nationales : 0,4 point
 - Internationales : 0,6 point
 - 4 et plus :
 - Locales et régionales : 0,15point
 - Nationales : 0,2 point
 - Internationales : 0,3 point
- Publications
 - 1 ou 2 :
 - Nationales : 0,6 point
 - Internationales : 0,8 point
 - 3 ou 4 :
 - Nationales : 0,3 point

- Internationales : 0,6 point
- 5 ou plus :
 - Nationales : 0,15 point
 - Internationales : 0,3 point
- Codirection de thèse : 0,6 point
- Direction de mémoire (pour les paramédicaux) : 0,5 point
- Production de documents de santé (écrits ou audio-visuels, éducatifs ou de formation) : 0,2 à 1 point par document
- Participation à des enquêtes : de 0,1 à 0,8 point/enquête
- Qualité des travaux et leur intérêt pour la santé publique et la médecine générale : trois points au maximum

Cette évaluation se fait à partir :

- des résumés de tous les travaux
- du texte intégral de quatre travaux :
 - les deux derniers
 - deux autres choisis par le candidat

c. Responsabilités assurées depuis le recrutement : Cinq points au maximum :

- Emploi fonctionnel, Responsable de service hospitalier ou circonscription sanitaire, coordinateur régional scolaire : 0,15 point par an
- Coordinateur de programme national :
 - Coordinateur national: 0,15 point par an
 - Coordinateur régional: 0,1 point par an
 - Coordinateur local: 0,05 point par an
- Responsable
 - de CSB : 0,02 point par an
 - de centre de santé intermédiaire : 0,04 point par an
- Président de conseil de santé : 0,2 point*
- Membre élu d'un conseil ou d'un comité : 0,15 point*
- Membre d'un comité: 0,1 point, quelque soit la durée de la responsabilité
- Activité ordinaire
 - Nationale : 0,3 point*
 - Régionale : 0,2 point, quelque soit la durée de la responsabilité
- Membre du bureau d'une association sanitaire d'handicapés ou scientifique : 0,1 à 0,3 point quelque soit la durée de la responsabilité
- Membre d'une commission :
 - Internationale : 0,3 point
 - Nationale : 0,2 point
 - Régionale : 0,1 point
 - Locale : 0,05 point

d. Formation continue suivie depuis le recrutement: quatre points au maximum

- Congrès / séminaires / ateliers : 0,02 point par jour quelque soit le lieu
- Cours de formation continue et journée scientifique : 0,01 point par unité

• Stages 0,03 point par jour quelque soit le lieu, ne sont pas comptabilisés les stages qui cadrent dans le cursus d'un diplôme scientifique ou de l'organigramme hebdomadaire de travail.

e. Activités d'encadrement, formation et évaluation réalisés depuis le recrutement : Quatre points au maximum

- Enseignement régulier pour médecins ou para médicaux : 0,5 point par an
- Encadrement d'un étudiant ou d'un para médical ou autre : 0,2 point par attestation
- Réalisation d'une séance de formation continue :
 - Pour médecins :
 - Locale : 0,1 point
 - Régionale ou autre : 0,3 point
 - Pour para médicaux :
 - Locale : 0,03 point
 - Régionale ou autre : 0,1 point
- Animation d'une réunion de formation de relais d'éducation sanitaire : 0,2 point
- Réalisation d'une séance d'éducation sanitaire éducative ou d'enseignement en dehors des structures de santé : 0,15 point
- Co-élaboration d'un rapport annuel avec analyse et plan d'action : 0,1 à 0,4 point par rapport

f. Charges et conditions des postes de travail depuis le recrutement : Six points au maximum

- Gardes : nombre de garde par semaine x nombre d'années de garde x P : 1,5 point au maximum
P est un coefficient de pondération déterminé par le jury selon le type de garde.
- Activités de consultation du candidat (y compris les urgences) : (nombre moyen de consultants par an / 8000)x4
- Activités d'hospitalisation : nombre de lits à la charge du candidat x taux d'occupation / 10 x3, lorsque les statistiques concernent une activité partagée par plus d'un médecin, on divise par le nombre de médecins.
- Autres activités spécifiques au poste / facteurs de difficulté du poste : 3 points au maximum

g. Ancienneté : Seize points au maximum

- 0,1 point par année d'ancienneté générale + 0,6 point de bonus par année > 25 ans d'ancienneté
- 0,4 point par année d'ancienneté dans le grade de médecin principal

h. Age : Quatorze points au maximum

- 0,3 point par année après l'âge de 35 ans + 0,8 point de bonus par année > 50 ans

i. Eloignement des postes de travail par rapport aux facultés de médecine depuis le recrutement : Six points au maximum

- Groupe 1 : 0,2 point par année de travail

Gouvernorats de Tunis, Ariana, Manouba, Ben Arous, Monastir, Sousse (excepté les circonscriptions de Enfidha, et Bouficha), Sfax (excepté les circonscriptions de Hencha, Bir Ali, Skhira, Menzel Chaker et Kerkenah), Coopération technique.

- Groupe 2 : 0,4 point par année de travail

Gouvernorat de Bizerte (excepté les circonscriptions de Sejnane et Joumine), Nabeul (excepté les circonscriptions de Menzel Temime, El Mida, Kélibia, Haouaria), Zaghouan (excepté la circonscription de Nadhour), Mahdia (excepté les circonscriptions de Ouled Chamekh, Chorbane et Hbira), les hôpitaux régionaux et les circonscriptions de Enfidha, Bouficha, Hencha, Kairouan- ville et Mejez El Bab.

- Groupe 3 : 0,6 point par année de travail

Gouvernorat de Kairouan (excepté hôpital régional et circonscription de Kairouan-ville) Béja (excepté hôpital régional et circonscription de Mejez El Bab, Nefza et Amdoun), circonscriptions de Bir Ali, Skhira, Menzel Chaker, Kerkenah, Menzel Temime, El Mida, Kélibia, Haouaria, Nadhour, Ouled Chamekh, Chorbane et Hbira.

- Groupe 4 : 0,8 point par année de travail

Gouvernorat de Gabès, Sidi Bouzid, Seliana (excepté la circonscription de Rouhia), circonscription de Sejnane, Joumine, Nefza et Amdoun.

- Groupe 5 : 1 point par année de travail

Gouvernorat de Jendouba, Kef, Kasserine, Gafsa, Tozeur, Kébili, Tataouine, Médnine et la circonscription de Rouhia.

- Bonus de 0,5 à 1,5 point pour :

- Les lieux spécifiques d'exercice (établissement de résidence de personnes à besoins spécifiques)
- Handicap et maladie grave du médecin ayant motivé sa nomination dans une structure non éloignée.

5. Questions posées aux concours de Majorat de 1999 à 2008

1999 1 / Les vaccinations.

2 / Critères de diagnostic du diabète sucré.

3 / Les AINS.

2000 1 / Diagnostic positif et étiologique des anémies

2 / Diagnostics étiologiques des HTA.

3 / Les lombalgies communes: définition, diagnostics étiologiques, différentiels et positif.

2001 1 / UGD traitements médicaux et complications.

2 / AVC prévention primaire et secondaire.

3 / Consultation prénatale, rythme et objectifs.

- 2002 1 / La rougeole: signes cliniques et stratégie d'éradication.
 2 / La maladie de Basedow signes cliniques.
 3 / Epidémiologie et prévention des cancers du sein.
- 2003 1 / Règles de prescription d'un traitement antibiotique.
 2 / Démarche diagnostique devant des œdèmes généralisés.
 3 / programme national de prise en charge des diabétiques et hypertendus dans les structures de 1^{ère} ligne : objectifs, axes stratégiques, supports et organisation.
- 2004 1 / Le pied diabétique.
 2 / L'insuffisance rénale chronique: diagnostic clinique et biologique.
 3 / Les hépatites: clinique et prévention.
- 2005 1 / Prévention primaire et secondaire des AVC ischémiques.
 2 / Règles de prescription d'un traitement antibiotique.
 3 / Diagnostic de la rougeole.
- 2006 1 / Traitement et prophylaxie des méningites à pneumocoque.
 2 / Diagnostics étiologiques des œdèmes généralisés.
 3 / Objectifs des consultations prénatales prévues par le programme national de périnatalité.
- 2007 1 / Pleurésies sérofibrineuses : diagnostic positif et étiologique.
 2 / Règles de prescription d'un traitement antibiotique.
 3 / Les glomérulonéphrites aiguës post streptococciques.
- 2008 1 / Diagnostic positif et étiologique de l'hémoptysie
 2 / Moyens de lutte anti-tabagique en Tunisie
 3 / CAT devant un écoulement vaginal

D. LE MÉDECIN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les médecins spécialistes de la santé publique sont recrutés⁷⁵ :

- Par voie de concours ouvert par arrêté du ministre de la santé publique parmi :
- Les anciens résidents en médecine titulaires du diplôme de docteur en médecine et du diplôme national de spécialité
- Les médecins titulaires d'un diplôme de spécialité admis en équivalence
- Par voie d'intégration, à leur demande, pour les assistants hospitalo-universitaires en médecine ayant une ancienneté inférieure à cinq années dans leur grade, et ce, par arrêté du ministre de la santé publique.
- Par voie d'intégration, à leur demande et après réussite à un cycle de formation continue organisé par l'administration dont les conditions et les modalités sont fixés par décret pour les médecins de la santé publique justifiant d'une ancienneté d'au moins cinq ans dans leur grade.
- Par voie d'intégration, à leur demande et après réussite à un cycle de formation continue organisé par l'administration dont les conditions et les modalités sont fixées par décret, pour les médecins principaux et les médecins majors de la santé publique.

75. Article 8 (nouveau) du décret 93-1351 du 14 juin 1993, publié au JORT N° 47 du 25 juin 1993 page 883, modifiant le décret n° 91-230 du 4 février 1991.

Les médecins principaux et les médecins majors de la santé publique seront reclassés dans leur nouvelle situation au niveau de rémunération correspondant ou immédiatement supérieur à celui de leur ancien grade.

Ces médecins bénéficient, lors de leur intégration, d'une priorité d'affectation à leurs postes d'origine, ou à défaut au poste le plus proche.

E. LA GARDE MÉDICALE

La garde médicale est une obligation statutaire du corps médical hospitalo-sanitaire⁷⁶, le médecin est tenu de participer au service de garde médicale assuré en dehors de leurs horaires de travail normal, pendant la nuit, les dimanches et les jours fériés contre un congé de repos compensateur ou le cas échéant une indemnité de garde.

La circulaire 94/2008 du MSP rappelle le droit du médecin de garde dimanche, de bénéficier d'un repos compensateur du congé hebdomadaire. Les modalités de la garde ainsi que l'indemnité y afférente, les conditions d'attribution et le taux de cette indemnité sont fixés par décret⁷⁷.

Ces gardes sont classées en catégorie «A» et catégorie «B»

La garde urgence porte n'est pas cumulative avec la garde de service⁷⁸.

1. Les gardes de la catégorie «A»

Les gardes de la catégorie «A» comprennent :

- Les séances de garde assurées aux services d'urgence porte des structures hospitalières et sanitaires publiques à vocation universitaire et régionale (ESVU et HR)
- Les séances et les interventions assurées dans les spécialités suivantes :
- Chirurgie générale
- Spécialités chirurgicales
- Cardiologie
- Radiologie interventionnelle
- Endoscopie
- Gynécologie obstétrique
- Anesthésie
- Réanimation médicale
- Orthopédie
- Néonatalogie

Ces gardes de la catégorie «A» sont effectuées à l'hôpital ou à domicile avec déplacement

Le taux de l'indemnité en dinars est de :

- 60 DT pour les gardes à l'hôpital des médecins spécialistes
- 40 DT pour les gardes à l'hôpital des médecins généralistes

76. Décret 91-230 du 4 février 1991 portant statut du corps médical hospitalo-sanitaire, publié au JORT N° 14 du 19 février 1991 page 308.

77. Décret 2001-318 du 23 janvier 2001, publié au JORT N° 9 du 30 janvier 2001, page 197.

78. Article 75 du règlement général intérieur des hôpitaux décret 81-1634 du 30/11/1981 publié au JORT N° 77 du 4 décembre 1981 page 2831

- 20 DT pour les gardes à l'hôpital des médecins résidents⁷⁹
- 30 DT pour les gardes à domicile avec déplacement des médecins spécialistes

2. Les gardes de la catégorie «B»

Les gardes de la catégorie «B» comprennent les spécialités et les interventions médicales autres que celles citées plus haut, on distingue les gardes à l'hôpital, les gardes à domicile avec déplacement et les gardes à domicile sans déplacement.

Le taux de l'indemnité en dinars est de :

- 30 DT pour les gardes à l'hôpital des médecins spécialistes
- 30 DT pour les gardes à l'hôpital de circonscription des médecins généralistes
- 20 DT pour les gardes à domicile avec déplacement des médecins spécialistes
- 20 DT pour les gardes à domicile avec déplacement des médecins généralistes
- 10 DT pour les gardes des médecins résidents
- 4 DT pour les gardes à domicile sans déplacement des médecins spécialistes
- 4 DT pour les gardes à domicile sans déplacement des médecins généralistes.

F. MISSIONS A L'ÉTRANGER

Le corps médical hospitalo-sanitaire peut prétendre à la prise en charge complète ou partielle des frais de participation aux rencontres et colloques internationaux à caractère médical ou scientifique, dans la limite des crédits budgétaires et dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Cette participation doit faire l'objet d'une autorisation préalable du ministère de la santé publique⁸⁰

Le montant de l'indemnité journalière des missions à l'étranger est de 200 DT, s'il y a prise en charge de l'hébergement par un gouvernement ou un organisme le médecin a droit à 100 DT par jour, s'il y a prise en charge du séjour par un gouvernement ou un organisme le médecin a droit à 66 DT par jour⁸¹.

Le médecin a droit aussi à l'indemnité de transport dans la limite des crédits budgétaires et dans le cadre de la réglementation en vigueur.

G. PARTICIPATION AUX JURYS

La participation aux jurys est une obligation statutaire du corps médical hospitalo-sanitaire⁸², le médecin hospitalo-sanitaire est tenu de faire partie des jurys des examens et concours organisés par le ministère de la santé publique moyennant une indemnité de concours et une indemnité de déplacement fixées par décrets.

79. L'article 5 du décret 2001-318 du 23 janvier 2001, publié au JORT N° 9 du 30/1/ 2001, page 198, stipule que les résidents en médecine sont tenus d'assurer leur garde obligatoirement à l'hôpital.

80. Article 17 du statut du corps médical hospitalo-sanitaire Décret 91-230 du 4 février 1991 publié au JORT N° 14 du 19 février 1991 page 308.

81. Article 12 (nouveau) du décret 2005-1733 du 13 juin 2005, publié au JORT N° 48 du 17 juin 2005 page 1354, modifiant le décret 2001-1142 du 22 mai 2001.

82. Décret 2008-3449 du 10 novembre 2008 portant statut particulier du corps médical hospitalo-sanitaire, publié au JORT N° 92 du 14 novembre 2008 page 3505.

1. Indemnité de concours

Il est institué, une indemnité aux jurys des concours au profit du corps médical des hôpitaux et du corps médical et juxta médical hospitalo-sanitaire participant aux jurys des concours de recrutement du personnel de ces corps⁸³, fixée comme suit :

- 450 DT par concours de catégorie 1, et par membre.
- 400 DT par concours de catégorie 2, et par membre.

Sont classés concours de catégorie 1 :

- Les concours de recrutement des médecins spécialistes principaux de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins majors de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins principaux de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins dentistes majors de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins des hôpitaux

Sont classés concours de catégorie 2 :

- Les concours de recrutement des médecins spécialistes de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins dentistes spécialistes majors de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins dentistes spécialistes principaux de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins dentistes spécialistes de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins dentistes principaux de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins dentistes de la santé publique
- Les concours de recrutement des pharmaciens spécialistes majors de la santé publique
- Les concours de recrutement des pharmaciens spécialistes principaux de la santé publique
- Les concours de recrutement des pharmaciens spécialistes de la santé publique
- Les concours de recrutement des pharmaciens majors de la santé publique
- Les concours de recrutement des pharmaciens principaux de la santé publique

83. Décret 2009-2 du 5 janvier 2009 publié au JORT N° 3 du 9 janvier 2009 page 115, modifiant et complétant le décret n° 2001-323 du 23 janvier 2001 publié au JORT N° 9 du 30 janvier 2001 page 201 et le décret n° 2007-1618 du 25 juin 2007.

- Les concours de recrutement des pharmaciens de la santé publique
- Les concours de recrutement des médecins principaux des hôpitaux

2. Indemnité de déplacement

Il est institué au profit du corps médical des hôpitaux et du corps médical et juxta médical hospitalo-sanitaire, invités à participer au jurys des concours et des examens organisés par le ministère de la santé publique, une indemnité de déplacement⁸⁴ dont le taux journalier est fixé à :

- Quatre vingt dinars (80DT), le bénéfice de cette indemnité est ouvert, lorsque la distance entre le lieu de travail et le centre du concours ou examen dépasse cent kilomètres (100Km)
- Lorsque la distance est inférieure à cent kilomètres, on applique le taux journalier conformément aux conditions prévues par les dispositions du décret n° 2007-75 du 15 janvier 2007 tel que modifié par le décret n° 2007-1251 du 21 mai 2007.

H. LA SUPERVISION

La Tunisie vit une transition sanitaire, démographique, épidémiologique et culturelle marquée par l'émergence de nouveaux problèmes de santé publique. Cette situation a justifié l'élaboration, par la direction des soins de santé de base, de plusieurs programmes nationaux ayant chacun ses objectifs, ses composantes, sa stratégie et son évaluation. La supervision est un élément essentiel de l'évaluation de chaque programme de santé.

Ce n'est pas une inspection. Ce n'est pas un contrôle administratif. Il ne s'agit pas d'«attraper» le personnel de santé en flagrant délit.

La supervision est un ensemble d'activités ayant pour but l'amélioration des performances du personnel. Elle n'est pas une fin en soi, mais un outil de formation continue qui, après la formation de base permet l'amélioration des compétences des agents et donc l'amélioration de la qualité des soins.

On supervise des activités pour:

1. S'assurer que les objectifs visés correspondent bien aux besoins de la population. Existe-t-il des divergences entre les objectifs de la direction, les objectifs des agents de santé et ceux des utilisateurs?
2. S'assurer que les agents de santé travaillent dans de bonnes conditions et s'adaptent aux difficultés rencontrées.
3. Motiver les agents en leur accordant de l'estime et en les responsabilisant pour des tâches bien déterminées (d'organisation et/ou de réalisation et/ou d'évaluation)
4. Aider l'agent à améliorer ses performances et ses compétences:
 - Apporter au supervisé le soutien du superviseur.
 - Encadrer le supervisé dans la compréhension des objectifs et l'exécution des tâches.
 - Identifier les besoins de formation.

84. Décret 2009-2 du 5 janvier 2009 publié au JORT N° 3 du 9 janvier 2009 page 115.

- Choisir ensemble les méthodes d'apprentissage pour combler les lacunes
- Mettre en œuvre un programme de formation continue.

Les activités de supervision se font en trois étapes:

1. La première étape: avant la visite de supervision.

1. Avoir des références sur les objectifs, cibles et normes opérationnelles, et sur les performances observées en surveillances continue des programmes et services.

Etudier les rapports d'évaluation et les précédents rapports de supervision

2. Identifier des priorités en matière de supervision. Le choix des priorités se base sur l'écart trouvé entre les performances constatées et les performances attendues. Les questions qui s'imposent alors sont:

De quelles activités, de quelles circonscriptions, de quels programmes ou de quels types d'agents faut-ils s'occuper en premier lieu?

3. Préparer le calendrier de supervision en élaborant un calendrier de visites qui comprendra:

- Les dates des visites de supervision (choisies en fonction de la disponibilité du personnel chargé de l'activité à superviser)
- Le temps nécessaire pour chaque visite de supervision
- Prévoir des réunions du personnel à la suite de chaque visite

4. Informer suffisamment à l'avance le supervisé de son passage et du contenu de la supervision, l'effet de surprise n'est pas utile car il crée un climat de méfiance (il ne crée pas un climat de confiance)

5. Prévoir d'emporter avec soi des fournitures et des documents qui pourraient être utiles pour le supervisé. Ceci a un effet valorisant pour la supervision et le supervisé.

2. La deuxième étape: pendant la visite de supervision.

1. Le premier temps:

DISCUSSIONS avec l'équipe ou l'agent chargé de l'activité à superviser.

Au cours de ces discussions et dialogues, le superviseur s'assurera de la connaissance des objectifs, détectera les lacunes et les manques de soutiens logistiques.

2. Le deuxième temps: OBSERVATION:

Le superviseur observe le supervisé dans l'accomplissement de ses tâches. Il notera sa technique, sa tenue, son attitude (vis à vis des utilisateurs et des collègues) et l'état des ressources (matériel, locaux, médicaments et temps).

Il ne faut surtout pas prendre notes «par écrit», ni intervenir devant les utilisateurs, on remplira les fiches de supervision une fois on est seul.

3. Le troisième temps: ANALYSE et DISCUSSION

- Le superviseur et le supervisé analysent point par point l'accomplissement de l'activité.
- Comparent tous les points notés avec les normes prescrites.
- Discutent les différences observées (cherchent le pourquoi de l'action)
- Recherchent des solutions pour réduire l'écart entre les performances observées et les normes prescrites (besoins en équipement matériel ou besoins de formation).
- Le superviseur consigne sur un cahier les résultats de la supervision et rappelle la date et le contenu des visites ultérieures.

3. La troisième étape: après la visite de supervision.

1. Le superviseur doit tout d'abord adresser à l'agent ou à l'équipe un résumé des résultats de supervision.
2. Ensuite faire parvenir des documents et du matériel pour corriger les insuffisances notées.
3. Enfin organiser avec l'équipe des séances de formation en fonction des besoins.

Le rapport de supervision doit être établi d'une façon systématique et rapidement après la visite.

IX. ORGANISATION DE L'ORDRE DES MEDECINS

L'exercice et l'organisation de la profession de médecin sont régis par la loi 91-92 du 13 mars 1991⁸⁵ L'exercice de la profession de médecin est soumis aux conditions suivantes :

- Etre de nationalité tunisienne
- Etre titulaire du diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme admis en équivalence
- Etre inscrit au tableau de l'ordre des médecins

Des autorisations d'exercice de la médecine peuvent être accordées, à titre temporaire et révocable, par le ministre de la santé publique, aux médecins de nationalité étrangère, après avis du conseil national de l'ordre des médecins.

Des autorisations d'exercice de la médecine peuvent être accordée :

- Par le ministre de la santé publique aux stagiaires internés ou aux résidents, appelés à exercer dans les structures hospitalières et sanitaires de l'état
- Par le conseil régional de l'ordre des médecins pour les stagiaires ou les résidents en médecine appelés à assurer des remplacements dans les cabinets et les formations sanitaires privées.

Il est interdit à une même personne d'exercer simultanément, la médecine et la médecine dentaire ou d'exercer simultanément la médecine ou la médecine dentaire d'une part, et la pharmacie d'autre part.

L'exercice de la profession de médecin est incompatible avec l'exercice d'une activité à caractère commercial, à l'exception de l'exercice de la fonction de gérant, de directeur ou de président directeur général d'un établissement sanitaire privé.

L'exercice illégal de la médecine est bien défini dans le chapitre II de la loi n° 91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste publiée au JORT N° 19 du 15 mars 1991 page 408.

Il est institué un ordre des médecins groupant obligatoirement, tous les médecins habilités à exercer leur art en Tunisie. Chaque ordre a pour objet :

1. de veiller au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement, indispensables à l'exercice de la profession de médecin, et au respect de tous ses membres, des devoirs professionnels édictés notamment par le code de déontologie ;
2. d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;

85. Loi n° 91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste publiée au JORT N° 19 du 15 mars 1991 page 408.

3. de représenter et de défendre les intérêts moraux de ses membres
4. d'organiser toutes œuvres de retraite ou d'entraide pour ses membres
5. de participer à la promotion et à l'encouragement de la recherche scientifique en collaboration avec les organismes spécialisés.

Chaque ordre accomplit sa mission par l'intermédiaire du conseil national de l'ordre des médecins, des conseils régionaux de l'ordre des médecins et du conseil de discipline.

A. LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le conseil national de l'ordre des médecins dresse le tableau national de l'ordre des médecins, et veille au début de chaque année à sa diffusion auprès des administrations et des organismes concernés.

L'inscription au tableau est notifiée sans délai au ministre de la santé publique et au procureur général près de la cours d'appel de Tunis.

Les demandes d'inscription au tableau de l'ordre sont adressées au conseil national, accompagnées de toutes les pièces exigées par la législation en vigueur⁸⁶.

Le conseil doit statuer sur la demande dans un délai de deux mois à partir de la date de réception du dossier. Il fait connaître sa décision à l'intéressé par lettre recommandée dans la semaine qui suit ; le délai de deux mois peut être prolongé au maximum pour une nouvelle période de deux mois, par décision motivée, si un supplément d'information paraît nécessaire, ou s'il y a lieu de faire procéder à une enquête hors de la Tunisie. La décision de prolongation est notifiée à l'intéressé dans un délai d'une semaine.

En cas de refus d'inscription la demande doit être motivée.

À l'expiration du délai imparti au conseil pour statuer, le silence gardé par celui-ci constitue une décision implicite de rejet susceptible de recours.

Le conseil national de l'ordre des médecins de Tunisie est composé de seize (16) membres élus pour quatre ans, par les membres de l'ordre.

Pour être éligible au conseil national de l'ordre, le médecin doit :

- Etre de nationalité tunisienne
- Jouir de ses droits civiques
- Etre inscrit au tableau de l'ordre depuis au moins dix (10) ans.

L'élection au conseil national a lieu au scrutin secret et direct et à la majorité relative des voix exprimés. En cas d'égalité des voix, est déclaré élu le candidat le plus ancien dans le classement au tableau de l'ordre.

Les membres du conseil national sont renouvelables par moitié tous les deux ans et selon les mêmes règles.

86. Article 114 du code de déontologie médicale Décret N°93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale, publié au JORT N° 40 du 28 mai – 1er juin 1993, page 764.

Les membres du conseil ne peuvent être élus pour plus de deux mandats consécutifs.

Après chaque élection, le président du conseil de l'ordre notifie sans délai, le procès verbal de l'élection au ministre de la santé publique et au procureur général de la cours d'appel de Tunis.

Les modalités, le déroulement et l'organisation des élections des membres de chaque conseil sont fixés par décret⁸⁷

B. LES CONSEILS RÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le décret n° 91-1649 relatif aux conseils régionaux de l'ordre des médecins⁸⁸ définit les attributions, le nombre, la compétence territoriale, la composition, le siège ainsi que les modalités d'organisation et de déroulement des élections de ses membres et leur nombre.

Chaque conseil régional est composé de membres élus par les médecins inscrits au tableau et relevant de sa compétence territoriale.

Pour être éligibles aux conseils régionaux les médecins doivent être de nationalité tunisienne, jouir de leurs droits civiques, être âgés de 30 ans au moins et inscrits depuis 3 ans au moins au tableau de l'ordre. Ils doivent également relever de la circonscription territoriale du conseil régional concerné.

Il est institué six conseils régionaux des médecins⁸⁹, répartis comme suit :

- Un à Tunis groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Tunis, Ariana, Ben Arous, Manouba, Zaghouan, Bizerte et Nabeul.
- Un à Béja groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Béja, Jendouba, Séliana et le Kef.
- Un à Sousse groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Sousse, Mahdia, Kairouan et Monastir.
- Un à Sfax groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Sfax et Sidi Bouzid.
- Un à Gabès groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Gabès, Médnine et Tataouine
- Un à Gafsa groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Gafsa, Kasserine, Tozeur et Kébili.

Le conseil régional exerce, dans le cadre de sa compétence territoriale et sous le contrôle du conseil national, les attributions suivantes :

- Il veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de médecin, et au respect de

87. Décret N° 92-448 publié au JORT n° 15 du 10 mars 1992 page 285

88. Décret N° 91-1647 publié au JORT n° 77 du 15 novembre 1991 page 1835

89. Décret n° 2006-2225 du 7 août 2006, publié au JORT n° 66 du 18 août 2006 page 2418 portant modification du décret 91-1647 du 4 novembre 1991, publié au JORT n° 77 du 15 novembre 1991 page 1835

- tous ses membres, des devoirs professionnels et du code de déontologie.
- Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession.
 - Il représente et défend les intérêts moraux des médecins.
 - Il accorde les autorisations aux stagiaires internes ou aux résidents en médecine en vue d'effectuer des remplacements dans les cabinets et les formations sanitaires privées.
 - Il perçoit la cotisation qui doit être versée par les médecins relevant de sa circonscription territoriale.
 - Il examine les conventions, les contrats et avenants relatifs à l'exercice de la profession.
 - Il détient le tableau de l'ordre des médecins que lui communique régulièrement le conseil national.
 - Il communique au conseil national toute modification concernant notamment les adresses et le mode d'exercice des médecins relevant de sa compétence territoriale.
 - Il donne son avis au conseil national sur l'ouverture de cabinet médical
 - Il donne son avis au conseil national sur toute question intéressant les activités médicales dans sa circonscription territoriale.

Les décisions du conseil régional sont susceptibles de recours devant le conseil National

Les membres du conseil national et des conseils régionaux de l'ordre, se réunissent sur convocation du président, au moins une fois tous les trois mois, en vue de coordonner leurs activités

C. LE CONSEIL DE DISCIPLINE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

La compétence disciplinaire de première instance est attribuée au conseil de discipline constitué par le conseil national de l'ordre assisté d'un conseiller juridique désigné par le conseil. Le conseiller juridique ne participe pas au vote. Les conseils régionaux n'exercent pas de pouvoir disciplinaire.

Le conseil de discipline se réunit sur décision du conseil national de l'ordre, siégeant à huis clos, à la requête du ministre de la santé publique, du procureur général près de la cours d'appel de Tunis, ou d'un des membres du conseil national de l'ordre.

Les manquements aux règles édictées par le code de déontologie sont de la compétence du conseil de discipline quelque soit le mode d'exercice du médecin.

Pour les fautes d'autre nature, les médecins chargés d'un service public ne peuvent être traduits devant le conseil de discipline à l'occasion des actes commis dans leur fonction publique qu'à la demande de l'administration.

Le conseil de discipline peut, soit à la demande des parties concernées, soit d'office, ordonner une enquête sur tout fait dont la connaissance est utile à l'instruction de l'affaire.

Le médecin appelé à comparaître devant le conseil de discipline, recevra une convocation par lettre recommandée avec accusé de réception, expédiée à la dernière adresse de l'intéressé connue par le conseil national de l'ordre des médecins. La date de comparution devant le conseil de discipline cadre dans un délai de quinze jours au minimum à compter de la date de réception de la convocation.

Le médecin traduit devant le conseil de discipline peut se faire assister soit d'un confrère, soit d'un avocat ou les deux à la fois. Il peut également obtenir communication du dossier de l'affaire et lever copie.

Il peut exercer devant le conseil de discipline le droit de récusation dans les conditions prévues aux articles 248 et suivants du code de procédure civile et commerciale.

Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin mis en cause n'ait été entendu ou appelé à comparaître devant le conseil de discipline. Si le médecin ne comparait pas après avoir été convoqué selon les procédures réglementaires, il peut être jugé par défaut.

A la suite de chaque séance du conseil de discipline un procès verbal est établi ; il est approuvé et signé par les membres du conseil et enregistré. Il est dans le cas échéant, signé par les personnes interrogées.

Les décisions du conseil de discipline sont motivées et doivent intervenir dans un délai maximum de trois mois à partir de la date de la saisie.

Le conseil de discipline prononce, s'il y a lieu les sanctions disciplinaires suivantes :

- L'avertissement
- Le blâme avec inscription au dossier
- L'interdiction temporaire d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions publiques et privées ou d'exercer la médecine, et ce pour une durée n'excédant pas trois ans.
- La radiation du tableau de l'ordre

Les deux premières de ces sanctions entraînent, en outre, la privation du droit de faire partie du conseil national ou du conseil régional pendant une durée d'un an, les suivantes entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

Sont portés devant la cours d'appel compétente, les décisions du conseil national y compris les décisions en matière disciplinaire, le contentieux des élections au conseil national et aux conseils régionaux, l'appel relatif à l'inscription au tableau de l'ordre ainsi que l'appel des décisions des conseils régionaux.

L'appel est suspensif. Toutefois sont applicables non obstant appel les décisions de refus d'inscription au tableau prise par le conseil national de l'ordre. Le conseil de discipline peut également, dans les cas d'interdiction temporaire d'exercer, ou de radiation du tableau de l'ordre, ordonner l'exécution immédiate de la sanction.

D. LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Les dispositions du code de déontologie médicale⁹⁰ s'imposent à tout médecin inscrit au tableau de l'ordre tenu par le conseil national de l'ordre des médecins de Tunisie ainsi qu'à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues par la loi 91- 21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin⁹¹ ou par une convention internationale dûment ratifiée ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement. Les infractions à ces dispositions relèvent du conseil de discipline de l'ordre. Ce code est constitué de 123 articles répartis en sept titres.

Pour les médecins généralistes exerçant dans le secteur public en Tunisie nous retenons essentiellement :

1. des devoirs généraux des médecins

Article 4 : Sauf en cas de nécessité justifiée par l'intérêt des malades, le médecin ne doit pas exercer sa profession dans les conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Article 11 : Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit

Article 14 : Les médecins ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Article 15 : Il est interdit à un médecin d'exercer en même temps que la médecine, une activité incompatible avec la dignité professionnelle.

Article 27 : l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, ordonnances, attestations ou documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et règlementaires⁹².

Les documents délivrés par un médecin doivent comporter son identité, sa signature manuscrite, la date de l'examen ayant servi de base aux indications mentionnées dans les documents et la date de leur délivrance.

Ces documents doivent porte l'identité exacte du patient.

Article 28 : La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave.

2. des devoirs des médecins envers les malades

Article 36 : Un pronostic grave ou fatal peut être dissimulé au malade ; il ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il peut l'être généralement à la proche famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné le tiers auquel elle doit être faite.

Article 37 : Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

90. Décret N°93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale, publié au JORT N° 40 du 28 mai – 1er juin 1993, page 764

91. Loi n° 91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste publiée au JORT N° 19 du 15 mars 1991 page 408.

92. Arrêté du 9 septembre 2004 publié au JORT N°75 du 17 septembre 2004 page 2721, portant révision de la liste des imprimés administratifs spécifiques aux services du ministère de la santé publique et aux établissements publics à caractère administratif qui en relèvent.

3. des devoirs de confraternité

Article 49 : 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.

Article 50 : Le détournement ou toute tentative de détournement de clientèle est interdit.

4. des devoirs des médecins envers les péri médicaux

Article 62 : Dans leurs rapports professionnels avec les autres professionnels de la santé, notamment les pharmaciens, les médecins dentistes et les sages femmes ; les médecins doivent respecter l'indépendance de ceux-ci et se montrer courtois à leur égard. Ils doivent éviter tout agissement injustifié tendant à leur nuire vis-à-vis de leur clientèle.

Article 63 : Le médecin doit se montrer courtois et bien veillant envers les auxiliaires médicaux.

5. de la garde

Article 64 : Les médecins participent aux gardes conformément à la réglementation en vigueur.

6. de la médecine de contrôle

Article 68 : Nul ne peut être à la fois sauf cas d'urgence, médecin contrôleur et médecin traitant d'un même malade. ...

Article 69 : Le médecin contrôleur doit faire connaître au malade soumis à son contrôle qu'il l'examine en tant que médecin contrôleur. Il doit être circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou toute interprétation. Il doit être objectif dans ses conclusions.

Article 70 : Le médecin contrôleur ne doit pas s'immiscer dans le traitement, il se limite à examiner le patient et à donner son avis sur la justification de l'arrêt de travail. ...

Article 71 : Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de l'organisme qui l'a mandaté auquel il ne doit fournir que des ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui le motivent.

Les renseignements d'ordre médical contenu dans le dossier établi ne peuvent être communiqués ni aux personnes autre que le médecin responsable du service médical ni à une autre administration.

7. de la médecine d'expertise

Article 72 : Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant du même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise s'il juge que certains éléments sont de nature à entraver son accomplissement

normal notamment, quand les intérêts de ses amis, d'un membre de sa famille proche, d'un de ses patients ou d'un groupement qui fait appel à ses services sont en jeu, il est de même lorsque ses intérêts sont en jeu. Il doit être objectif dans ses conclusions et agir avec une totale indépendance.

Article 73 : Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer de sa mission la personne qu'il doit examiner.

Article 74 : Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin expert doit se récuser, s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères aux techniques purement médicales, ou n'entrant pas dans le cadre de ses compétences.

Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé.

Hors ces limites, le médecin expert doit se taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

8. de la médecine de travail

Article 79 : La médecine du travail s'exerce conformément à la législation en vigueur.

Article 80 : La médecine du travail a une mission essentiellement préventive, il doit veiller au respect des règles relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la protection de la santé des travailleurs.

Article 81 : Outre le respect du secret professionnel, le médecin du travail est tenu dans l'exercice de ses fonctions de respecter scrupuleusement le secret de fabrication et en général les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance à cette occasion.

9. de l'inscription au tableau de l'ordre

Article 114 : Toute demande d'inscription au tableau de l'ordre des médecins doit être accompagnée du diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme admis en équivalence, d'un extrait du bulletin n°3 et d'un document justifiant de la nationalité de l'intéressé.

10. de la cessation d'exercice de la médecine

Article 118 : Dans le cas où l'exercice de la profession médicale par un médecin inscrit au tableau de l'ordre devient impossible ou dangereux, le ministre de la santé publique informé, saisit par écrit le conseil national de l'ordre qui doit statuer, après avis motivé donné par quatre médecins experts dont deux sont nommés par le conseil national de l'ordre et deux par le médecin incriminé.

Au cas où ce dernier ne désigne pas deux médecins experts, le conseil de l'ordre y pourvoit d'office dans la huitaine après mise en demeure infructueuse. Le conseil de l'ordre peut être également saisi par un médecin.

Dans tous les cas, le conseil national de l'ordre des médecins doit se prononcer dans un délai de deux mois à partir de la date de la saisie. Toutefois, et ce en cas d'urgence, le ministre de la santé publique peut

suspendre le médecin incriminé de ses activités jusqu'à ce que le conseil national se prononce sur son cas.

La mesure de suspension doit être communiquée sans délai au conseil national de l'ordre des médecins.

Article 119 : Le médecin qui cesse d'exercer est tenu d'en avertir le conseil régional de l'ordre des médecins. Celui-ci prend note de sa décision et en informe sans délai le conseil national.

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.

Article 121 : Les médecins qui n'exercent plus ne sont plus tenus au paiement des cotisations à l'ordre.

E. LA QUALIFICATION : SPÉCIALISTE OU COMPÉTENT

L'article 115 du code de déontologie médicale stipule que le conseil de l'ordre statue sur toute demande d'exercer en spécialité ou en compétence dans les conditions et selon les règles de reconnaissance de la qualification prévues par la réglementation en vigueur.

L'arrêté du ministre de la santé publique du 25 mars 2004⁹³ fixe les règles de reconnaissance de qualification des médecins d'exercer en qualité de spécialistes et de compétents

La qualification constitue la reconnaissance à un médecin d'exercer :

- Soit en qualité de médecin généraliste compétent
- Soit en qualité de médecin spécialiste
- Soit en qualité de médecin spécialiste compétent

Les médecins généralistes justifiant de connaissances particulières attestés par un diplôme universitaire et jugées équivalentes à un cycle d'études dûment apprécié par la commission visée par l'article 3 de l'arrêté, peuvent être qualifiés comme compétents et exercer cette compétence avec la médecine générale dans les disciplines suivantes :

- Allergologie
- Angiologie
- Acupuncture
- Hémopathie
- Hémodialyse
- Médecine appliquée au sport
- Médecine aéronautique
- Gériatrie
- Médecine d'urgence

93. Arrêté du 25 mars 2004 publié au JORT n° 27 du 2 avril 2004 page 896.

- Phytothérapie
- Crénothérapie
- Sexologie
- Handicap et réhabilitation des handicapés
- Réparation juridique du dommage corporel
- Toxicologie
- Santé publique
- Maladies professionnelles
- Médecine subaquatique et hyperbare
- Hygiène hospitalière

Les reconnaissances de compétences accordées aux médecins par le conseil de l'ordre des médecins antérieurement à la publication de l'arrêté du 7 juillet 1992⁹⁴, demeurent valables.

Les médecins qualifiés en tant que spécialistes doivent fournir un engagement de n'exercer que leur spécialité⁹⁵.

L'article 7 du même arrêté distingue quatre classes de spécialités :

- Les spécialités médicales
- Les spécialités chirurgicales
- Les spécialités biologiques et fondamentales
- Les spécialités techniques médico-militaires

L'arrêté du ministre de la santé publique du 27 avril 1998⁹⁶ abrogé par l'arrêté du ministre de la santé publique du 20 mai 1998⁹⁷ fixe la liste des spécialités médicales dont le titulaire peut bénéficier de l'autorisation de création d'un centre d'hémodialyse ainsi que la liste des documents exigés pour l'obtention de l'autorisation d'exploitation, extension, transfert ou cessation d'un centre d'hémodialyse.

Les médecins spécialistes dans l'une des disciplines suivantes pouvaient bénéficier de l'autorisation de création d'un centre d'hémodialyse: Néphrologie, Médecine interne, Réanimation médicale, Anesthésie – réanimation, Pédiatrie pour les centres d'hémodialyse pédiatrique.

94. Arrêté du 7 juillet 1992 fixant les règles de reconnaissance de qualification des médecins d'exercer en qualité de spécialistes et de compétents publié au JORT N° 54

du 18 août 1992, page 1047, abrogé par l'arrêté du 25 mars 2004 publié au JORT n° 27 du 2 avril 2004 page 896.

95. Article 6 de l'arrêté du 25 mars 2004 publié au JORT n° 27 du 2 avril 2004 page 896.

96. Arrêté du ministre de la santé publique du 27 avril 1998 publié au JORT N° 37 du 8 mai 1998 page 1003

97. Arrêté du ministre de la santé publique du 20 mai 1998 publié au JORT N° 43 du 29 mai 1998 page 1185

X. LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE: CNAM

Depuis 1996 une réflexion sur une réforme du système d'assurance maladie en Tunisie a été engagée et visant à :

- Améliorer l'équité sociale du système envers les diverses catégories d'assurés sociaux, tant au niveau des cotisations qu'au niveau des prestations.
- Assurer une ouverture du système sur le secteur privé
- Instaurer des rapports transparents entre les différents acteurs et améliorer l'efficacité du système.
- Maîtriser les dépenses de santé
- Veiller à ce que le coût de la réforme soit supportable pour l'économie.

Ce projet de réforme doit donc avoir pour objectifs :

- Rendre le système plus équitable
- Réorganiser l'offre de soins
- Réorganiser le secteur de la couverture maladie
- Rationaliser les dépenses de santé

En 2004, la loi 2004-71 du 2 août 2004⁹⁸ a institué le régime d'assurance maladie au profit des assurés sociaux et leurs ayant droit, fondé sur les principes de la solidarité et l'égalité des droits dans le cadre d'un système sanitaire complémentaire qui englobe les prestations servies dans les secteurs public et privé de la santé.

Le conseil national d'assurance maladie, régi par le décret 2005-2192 du 9 août 2005⁹⁹, est chargé du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du régime de l'assurance maladie et il propose les orientations et les mécanismes qui garantissent son équilibre financier.

Le régime d'assurance maladie comporte :

- Un régime de base obligatoire
- Des régimes complémentaires facultatifs

La gestion du régime de base est confiée à un établissement public à caractère NON administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, nommé la «caisse nationale d'assurance maladie» soumis à la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'organisation administrative et financière ainsi que les modalités de son fonctionnement sont fixés par le décret 2005-321 du 16 février 2005¹⁰⁰.

98. Loi 2004-71 du 2 août 2004, publiée au JORT n° 63 du 6 août 2004 page 2228.

99. Décret 2005-2192 du 9 août 2005, publiée au JORT n° 65 du 16 août 2005 page 2115.

100. Décret 2005-321 du 16 février 2005, publié au JORT n° 15 du 22 février 2005 page 460.

A. MISSION DE LA CNAM

Outre la gestion du régime d'assurance maladie, les missions de la caisse portent aussi sur :

- La gestion des régimes légaux de réparation des dommages résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles dans le secteur public et privé
- La gestion des autres régimes légaux d'assurance maladie prévus par la législation en vigueur
- L'octroi des indemnités de maladie et de couche qui sont prévues par le régime de sécurité sociale à la suite d'entrée en vigueur de la loi 2004-71 portant institution du régime d'assurance maladie.

B. FINANCEMENT DE LA CNAM

Les cotisations, les pénalités, les revenus de placement, les dons et les legs financent le régime de base de l'assurance maladie.

Le taux de cotisation au titre du régime de base est fixé à 6,75% du salaire ou du revenu à raison de 4% à la charge de l'employeur et 2,75% à la charge du salarié.

Le bénéficiaire d'une pension supporte un taux de cotisation de 4%.

L'assuré social travaillant pour son propre compte supporte la totalité du taux de cotisation soit 6,75%.

C. LES CONVENTIONS

Les relations entre les fournisseurs de prestation de soins et la caisse sont régies par une convention cadre et des conventions sectorielles qui sont conclues entre la dite caisse et les représentants de ces fournisseurs¹⁰¹.

- La convention cadre est un accord qui détermine les principes fondamentaux régissant le rapport entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les fournisseurs des prestations de soins, elle détermine les modalités pratiques pour garantir la bonne exécution des conventions sectorielles et le suivi du fonctionnement des rapports conventionnels dans le cadre du régime de l'assurance maladie.
- La convention sectorielle organise les rapports contractuels entre la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et l'une des catégories des fournisseurs de prestation de soins, elle détermine essentiellement :
 - Les principes fondamentaux de l'organisation des relations contractuelles et les conditions requises pour servir les prestations aux assurés sociaux ;
 - Les obligations réciproques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et le fournisseur de prestation de soins ;
 - Les modes de payement du fournisseur de prestation de soins ;
 - Les tarifs contractuels ;

101. Décret 2005-3154 du 6 décembre 2005, publié au JORT n°99 du 13 décembre 2005.

- La coordination des soins prodigués à l'assuré entre les différents fournisseurs de prestations de soins ;
- Les outils de maîtrise des coûts des actes et des prestations de soins;
- Le mécanisme de suivi des rapports contractuels et le règlement des litiges.

D. LES LISTES

Des arrêtés conjoints fixent:

- Les listes des spécialités
- Les listes des actes médicaux et para médicaux
- Les listes des médicaments
- Les listes de l'appareillage
- Les listes des frais de transport sanitaires

qui sont pris en charge par le régime de base, ainsi que leur tarifs de référence.

E. LE CONTRÔLE MÉDICAL

Le contrôle médical est confié à des médecins, médecins dentistes et pharmaciens conseils auprès de la caisse, chargés essentiellement des missions suivantes:

- Le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les fournisseurs des prestations de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire.
- La coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés sociaux et à leurs ayant droit.
- Le suivi de l'évolution des dépenses de santé.
- L'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable

Les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical sont fixés par le décret 2005-3031¹⁰² Les médecins conseils, médecins dentistes conseils peuvent à l'occasion de l'exercice de leurs missions:

- Convoquer le bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise.
- Obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé du bénéficiaire.
- Accéder au dossier médical du bénéficiaire.
- Demander des éclaircissements aux fournisseurs des prestations de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire.
- Visiter des structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge des bénéficiaires.

102. Décret 2005-3031 du 21 novembre 2005, publié au JORT n°94, page 3331.

F. DOMAINES D'APPLICATION DE LA CNAM¹⁰³

À compter du 1er juillet 2007, les dispositions de la loi 2004-71 du 2 août 2004 portant institution d'un régime d'assurance maladie, s'appliquent:

- Aux affiliés de la CNRPS
- Aux affiliés de la CNSS
- Secteurs non agricoles (loi 60-30 du 14/12/1960)
- Secteur agricole (loi 81-6 du 12/2/1981 modifiée et complétée par la loi 89-73 du 2/9/1989)
- Travailleurs Tunisiens à l'étranger (décret 89-107 du 10/1/1989)
- Travailleurs non salariés dans le secteur agricole et non agricole (décret 95-1166 du 3/7/1995)
- Artistes, créateurs et intellectuels (loi 2002-104 du 30/12/2002)

G. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE¹⁰⁴

L'assuré social choisi une des trois modalités de prise en charge du régime de base d'assurance maladie:

- La filière publique de soins
- La filière privée de soins
- Le système de remboursement des frais

L'absence de choix l'inscrit d'office ainsi que ses ayants droit dans la filière publique des soins

Cette option ou l'inscription d'office est reconduite tacitement d'une année à une autre.

Le changement d'une option à une autre doit se faire par écrit avec accusé de réception avant le 30 septembre et ne prend effet qu'à partir du 1 janvier de l'année suivante.

H. LA FILIÈRE PUBLIQUE DES SOINS

- Prend en charge les frais de prestation des soins dispensés dans les structures sanitaires publiques relevant du ministère de la santé publique, des polycliniques de la CNSS ainsi que les structures conventionnées avec la caisse.
- Comprend les prestations de soins relatives à l'hospitalisation, l'hospitalisation de jour, et les prestations de soins en ambulatoire.
- L'hospitalisation comprend: le séjour, les actes techniques, les explorations, les prestations complémentaires, ainsi que les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature hospitalière.
- Les soins en ambulatoire comprennent les consultations des différentes spécialités y compris les urgences, ainsi que les actes techniques, les explorations, les actes complémentaires et les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments adoptés dans les structures

103. Décret 2007-1366 du 11 juin 2007, publié au JORT n° 47 du 12 juin 2007, page 1982.

104. Décret 2007-1367 du 11 juin 2007, publié au JORT n° 47 du 12 juin 2007, page 1983.

sanitaires publiques.

- L'assuré social et ses ayant droit payent le ticket modérateur dans les limites d'un plafond d'une mensualité et demi.

I. LA FILIÈRE PRIVÉE DES SOINS

- L'assuré social qui a opté pour la filière privée des soins s'engage à recourir préalablement au médecin de famille de son choix, qui constitue pour lui et pour ses ayant droit la référence dans l'orientation aux spécialités en respectant le principe de la liberté de choix du spécialiste et/ ou de la structure par le malade, sans que le médecin de famille ait une influence sur la liberté de son choix.
- L'assuré qui désire changer de médecin de famille peut informer la caisse par demande écrite adressée avec accusé de réception 30 jours avant la fin de l'année civile en cours. La nouvelle option ne prend effet qu'à partir du 1 janvier de l'année civile suivante.
- Le recours préalable au médecin de famille n'est pas exigé pour l'accès en gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la médecine dentaire, les APCI ayant obtenu l'aval de la prise en charge par la caisse
- L'assuré social paye le ticket modérateur, la caisse paye le médecin de famille.
- En médecine dentaire, l'assuré paye la totalité des honoraires et la caisse rembourse à 50%.

1. Les taux de prise en charge

Les taux de prise en charge des frais de prestation des soins ambulatoires dispensés dans le cadre de la filière privée des soins sont remboursés comme suit :

a. Sur la base des tarifs conventionnels ou de référence :

- Consultations de médecins et de sage femme: 70%
- Actes médicaux et actes de sages femmes: 80%
- Actes para médicaux: 70%
- Actes de radiologie: 75%
- Analyses biologiques: 75%
- Actes de médecine dentaire: 50%

b. Sur la base des prix de référence

Ces prix de référence sont fixés selon une liste des médicaments génériques les moins chers déterminée par arrêté conjoint du MSP et MAS

- Médicaments vitaux: 100%
- Médicaments essentiels: 85%
- Médicaments intermédiaires: 40%

2. Hospitalisation et filière privée de soins

- Hospitalisation dans les structures sanitaires publiques:
- La caisse prend en charge directement les frais des hospitalisations
- L'assuré paye le ticket modérateur
- Hospitalisation dans les structures sanitaires privées conventionnées avec la caisse:

- La caisse prend en charge directement les frais des hospitalisations à condition que le bénéficiaire ait l'accord préalable

J. LE SYSTÈME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS

- L'assuré social paye les prestations qui lui sont dispensés dans le secteur privé et public et se fait rembourser par la caisse conformément aux tarifs conventionnels, aux taux de prise en charge et aux plafonds
- Pour bénéficier du remboursement l'assuré social dépose une demande de remboursement avec les pièces comptables dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date du bénéfice de soins.

1. Les taux de remboursement des frais de soins

Les taux de remboursement des frais de soins ambulatoires dispensés dans le cadre du système de remboursement sont comme suit :

a. Sur la base des tarifs conventionnels ou de référence :

- Consultations de médecins et de sage femme: 70%
- Actes médicaux et actes de sages femmes: 80%
- Actes para médicaux: 70%
- Actes de radiologie: 75%
- Analyses biologiques: 75%
- Actes de médecine dentaire: 50%

b. Sur la base des prix de référence

Ces prix de référence sont fixés selon une liste des médicaments génériques les moins chers déterminée par arrêté conjoint du MSP et MAS

- Médicaments vitaux: 100%
- Médicaments essentiels: 85%
- Médicaments intermédiaires: 40%

2. Hospitalisation et filière privée de soins

- L'assuré paye et se fait rembourser selon le niveau de prise en charge
- Les hospitalisations dans les structures sanitaires publiques
- Les hospitalisations dans les structures sanitaires privées conventionnées avec la caisse, et ce, pour les hospitalisations dont la liste est fixée par arrêté conjoint du MSP et du MAS:

K. DISPOSITIONS COMMUNES AUX TROIS MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

- La caisse prend en charge les appareillages et prothèses orthopédiques sur la base de tarifs forfaitaires de référence.
- La caisse prend en charge les frais des prestations du transport sanitaire terrestre selon les tarifs du transport sanitaire public.
- La caisse délivre à tout bénéficiaire du régime d'assurance maladie, un support de soins qu'il doit présenter aux prestataires de soins.

L. LES AFFECTIONS PRISES EN CHARGE INTÉGRALEMENT

Les APCI sont des affections graves et coûteuses, qui bénéficient d'une prise en charge intégrale par la CNAM, la liste est fixée par arrêté conjoint du ministre de la santé publique et des affaires sociales.

Les porteurs d'une APCI, bénéficient de la gratuité totale des soins, médicaments, bilan et hospitalisation en rapport avec l'affection, mais à des conditions particulières :

- Le médecin remplira un formulaire APCI spécial que le malade remettra à la CNAM
- En cas d'accord la CNAM adressera au malade une attestation indiquant qu'il est porteur d'une APCI ainsi notre malade bénéficiera de toutes les prestations qui lui sont liées
- Quand certains des médicaments de la nomenclature hospitalière sont manquants à l'hôpital le malade peut les avoir à l'officine de ville sur ordonnance de son médecin traitant qui lui avait signé le premier document de l'APCI, à condition que ces médicaments soient des génériques et les moins chers.
- La différence entre le prix du médicament et celui du générique le moins cher est supportée par le malade.
- Le pharmacien d'officine ou de laboratoire doit être conventionné avec la CNAM.
- Le médecin doit vous traiter selon le protocole thérapeutique établi par les sociétés savantes et en accord avec la CNAM et le ministère de la santé publique.

Ainsi, les affections prises en charge intégralement sont prises en charge par la CNAM sans que le malade ne paye de ticket modérateur à l'inscription ni pour la consultation du médecin ni pour les examens complémentaires relatifs à cette affection. En effet les services de la CNAM sont habilités à prendre en charge les ordonnances ambulatoires délivrées par les structures publiques aux malades reconnus porteurs d'APCI.

Le malade formule à la CNAM une demande de prise en charge APCI remplie et signée par son médecin traitant, la CNAM lui répond par l'affirmative ou la négative. Si réponse positive il présentera cette lettre à chaque guichet d'inscription des prestataires de service et il bénéficiera du service gratuitement.

Les affections à prise en charge complète et intégrale sont les suivantes :

1. Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime
2. Dysthyroïdies
3. Affections hypophysaires

4. Affections surrénaliennes
5. HTA sévère
6. Cardiopathies congénitales et valvulopathies
7. Insuffisances cardiaques et troubles du rythme
8. Affections coronariennes et leurs complications
9. Phlébites
10. Tuberculose active
11. Insuffisance respiratoire chronique
12. Sclérose en plaques
13. Épilepsie
14. Maladie de Parkinson
15. Psychoses et névroses
16. Insuffisance rénale chronique
17. Rhumatismes inflammatoires chroniques
18. Maladies auto-immunes
19. Tumeurs et hémopathies malignes
20. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
21. Les hépatites chroniques actives
22. Cirrhoses et insuffisance hépatique
23. Glaucome
24. Mucoviscidose

XI. LES ETUDES MEDICALES EN TUNISIE

L'enseignement de la médecine en Tunisie est dispensé dans quatre facultés de médecine, les études en vue de l'obtention du diplôme national du docteur en médecine durent huit (8) années¹⁰⁵

Les études en vue de l'obtention du diplôme national de médecin spécialiste durent de dix (10) à onze (11) ans selon la spécialité choisie, conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

La spécialisation en médecine a lieu dans le cadre du résidanat.

Le résidanat en médecine est ouvert aux^{105bis} :

1. étudiants inscrits aux facultés de médecine tunisiennes et ayant accompli avec succès la troisième année du deuxième cycle des études médicales (D.C.E.M.3) et ne s'étant pas inscrits au troisième cycle des études médicales.
2. Docteurs en médecine tunisiens ou étrangers ayant exercé la médecine pendant au moins cinq ans,
3. Médecins de la santé publique dans les conditions prévues à l'article 32 du décret n° 2011- 4132 du 17 novembre 2011.

Les études médicales comportent 3 cycles :

- un premier cycle des études médicales (P.C.E.M) qui dure deux (2) années,
- un deuxième cycle des études médicales (D.C.E.M) qui dure quatre (4) années,
- un troisième cycle des études médicales (T.C.E.M) qui conduit :
 - soit à l'obtention du diplôme national de docteur en médecine habilité à l'exercice de la médecine de famille après une formation de deux années,
 - soit à l'obtention du diplôme de médecin spécialiste après une formation de 4 à 5 années selon le cursus de la spécialité médicale choisie.

Les études susvisées sont organisées soit par disciplines, soit par thèmes pluridisciplinaires, soit par modules, soit par certificats.

Sont admis à s'inscrire en médecine de famille, les étudiants ayant validé l'ensemble de leur deuxième cycle des études médicales et qui :

- optent d'emblée pour la médecine de famille dès la fin de la troisième année du deuxième cycle des études médicales (D.C.E.M 3), ou
- ne sont plus candidats au concours de résidanat en médecine,
- ou ont réussi le concours du résidanat et qui optent définitivement pour la médecine de famille. Ces étudiants auront la priorité lors du choix du service des stages,

105.Décret n° 2011-4132 du 17 novembre 2011, fixant le cadre général du régime des études médicales habilitant à l'exercice de la médecine de famille et à la spécialisation en médecine publié au JORT N°90 du 25 novembre 2011 pages 2701 à 2707.

105bis : Décret gouvernemental n° 2015-1195 du 4 septembre 2015, modifiant et complétant le décret n° 2011-4132 du 17 novembre 2011, fixant le cadre général du régime des études médicales habilitant à l'exercice de la médecine de famille et à la spécialisation en médecine, publié à la page 2139 du JORT n°72 du 8 septembre 2015

- ou ont opté pour la formation en médecine de famille après l'accomplissement de deux ans au maximum d'un cursus de résidanat d'une autre spécialité.

L'attestation d'habilitation à l'exercice de la médecine de famille est attribuée, par le collège national de médecine de famille, aux candidats ayant validé l'ensemble des formations pratiques et théoriques en médecine de famille.

L'attestation d'habilitation à l'exercice de la médecine de famille est également attribuée par le collège national de médecine de famille, aux médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins et qui attestent avoir exercé la médecine générale pendant au moins deux années.

Les facultés de médecine délivrent le diplôme national de docteur en médecine aux étudiants qui remplissent cumulativement les conditions suivantes ^{105bis} :

1. ayant réussi aux examens du deuxième cycle et validé l'ensemble des stages de ce cycle,
2. ayant réussi aux examens cliniques,
3. ayant obtenu l'attestation d'habilitation à l'exercice de la médecine de famille octroyé par le collège national de médecine de famille ou ayant accompli et validé un cycle complet de résidanat conformément aux dispositions de l'article 37 décret gouvernemental,
4. ayant soutenu avec succès leurs thèses.

Sont admis à soutenir la thèse de doctorat conduisant au diplôme national de docteur en médecine habilitant à l'exercice de la médecine de famille, les étudiants ayant validé les enseignements et les stages de l'ensemble du deuxième cycle, ayant réussi aux examens cliniques et étant en cours d'accomplissement du deuxième semestre de la deuxième année du troisième cycle des études médicales (T.C.E.M 3).

XII. LE COLLEGE NATIONAL DE MEDECINE DE FAMILLE¹⁰⁶

Article premier - Le collège national de médecine de famille prévu à l'article 24 du décret n° 2011-4132 du 17 novembre 2011 susvisé, est chargé notamment de :

- Assurer en collaboration avec les facultés de médecine des enseignements structurés aux étudiants inscrits au cursus de formation en médecine de famille,
- Proposer le cursus de formation en médecine de famille,
- Délivrer l'attestation d'habilitation à l'exercice de la médecine de famille.

Art. 2 - Le collège national de médecine de famille est constitué par les maîtres de stages agréés par leurs facultés de médecine respectives.

Art. 3 - Le collège national de médecine de famille est représenté par le bureau du collège. Le bureau du collège national de médecine de famille est composé comme suit :

- deux maîtres de stages par faculté de médecine,
- deux enseignants hospitalo-universitaires parmi les maîtres de conférences

106. Arrêté du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique, des technologies de l'information et de la communication et du ministre de la santé du 9 décembre 2014, fixant la composition et les attributions du collège national de médecine de famille publié au JORF n° 102 du 19 décembre 2014 pages 3353 à 3354.

agrégés ou professeurs en médecine impliqués dans la médecine de famille par faculté de médecine désignés par les doyens des facultés de médecine concernés.

Chaque maître de stages est élu au bureau du collège par l'ensemble des maîtres de stages relevant de sa faculté de rattachement.

Le président du bureau du collège est élu parmi tous les membres du bureau et par eux.

Art. 4 - Le président et les membres du bureau du collège national de médecine de famille sont nommés par décision du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique, des technologies de l'information et de la communication et du ministre de la santé pour un mandat de trois ans renouvelable une seule fois.

Art. 5 - Les modalités d'élection des membres élus du bureau du collège national de médecine de famille ainsi que de son président sont fixées par décision du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique, des technologies de l'information et de la communication et du ministre de la santé.

Art. 6 - Nonobstant les attributions prévues à l'article premier du présent arrêté, le bureau du collège national de médecine de famille est chargé notamment de :

- Fixer en concertation avec les membres du collège le contenu et les modalités du cursus de la formation en médecine de famille,
- Fixer en concertation avec les membres du collège le contenu et les modalités de l'évaluation du niveau scientifique et professionnel des internes en médecine de famille,
- Participer au suivi, à l'évaluation et à la validation des formations effectuées par les internes en médecine de famille,
- Promouvoir l'enseignement de la médecine de famille,
- Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des protocoles de diagnostics et thérapeutiques en médecine de famille,
- Collaborer avec les ministères de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et des technologies de l'information et de la communication et de la santé afin de participer à la prise de décisions concernant les questions ayant trait à la médecine de famille,
- Développer la formation continue en collaboration avec les instances nationales et internationales compétentes,
- Collaborer avec les institutions universitaires, les instances ordinales, scientifiques et médicales nationales et étrangères, dans les domaines de l'enseignement et de la formation en médecine de famille,
- Organiser des séminaires et des colloques ayant un rapport avec la médecine de famille.

Art. 7 - Le bureau du collège national de médecine de famille doit se réunir sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et toutes les fois

que cela est nécessaire.

Il ne peut se réunir valablement qu'en présence de deux tiers de ses membres au moins. Si ce quorum n'est pas atteint, le bureau se réunit valablement après une deuxième convocation quelque soit le nombre des membres présents.

L'ordre du jour des réunions du bureau du collège est fixé par son président.

Le bureau statue sur les questions mises à l'étude à la majorité des membres présents et en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le président du bureau peut inviter à ses travaux toute personne ayant une compétence particulière pour la question mise à l'étude.

Art. 8 - Les travaux du bureau du collège national de médecine de famille sont consignés dans des procès-verbaux signés par les membres qui ont participé à la réunion.

Une copie du procès-verbal de chaque réunion est adressée à tous les membres du bureau dans un délai maximum de vingt jours suivant la date de la réunion.

XIII. LES FACULTES DE MEDECINE EN TUNISIE

A. LA FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS

1. Présentation de la faculté

Fondée en 1964, elle est créée par la loi n° 68-41 du 31 décembre 1968, elle est la doyenne des autres facultés de médecine en Tunisie, depuis 1964 à 2002, elle comportait six grands pavillons :

- **Pavillon I** : c'est le noyau de cette faculté, il abritait la première promotion des étudiants de la faculté, situé à Bab Laalouj, à côté de l'hôpital Charles Nicolle, à la rue Paul Bourdes, actuelle Rue du Professeur Zouheir Essafi ; actuellement transformé en musée de la médecine.
- **Pavillon II** : à l'intérieur de l'hôpital Charles Nicolle, c'est l'actuel Pavillon Naceur El Haddad
- **Pavillon III** : situé à la rue du Professeur Zouheir Essafi en allant vers l'Hôpital Ernest Conseil, c'est un pavillon qui abritait l'administration et l'amphithéâtre Zouheir Essafi, pavillon Zouheir Essafi par la suite.
- **Pavillon IV** : c'est le département de médecine légale et de médecine de travail, érigé à l'intérieur de l'hôpital Charles Nicolle, à côté des urgences.
- **Pavillon V** : c'est le pavillon Mohamed Taieb El Kassab qui abritait la bibliothèque et la médiathèque
- **Pavillon VI** : c'est l'ancien internat du lycée technique Emile Loubet, ce pavillon abritait l'imprimerie de la faculté, les laboratoires de biochimie, de biophysique, de physiologie et d'histologie embryologie.

Ces locaux ont eu la noble mission de former les cadres médicaux hautement qualifiés aussi bien en médecine générale qu'en médecine spécialisée, ainsi

que des enseignants universitaire en médecine et des chercheurs en sciences fondamentales et appliquées, jusqu'à 1990 cette faculté a formé les cadres para médicaux de la Tunisie.

C'est dans cette faculté qu'a eu lieu le premier concours de résidanat en 1976 et c'est avec ce concours qu'a commencé la dévalorisation du médecin généraliste qui a commencé à s'identifier en image négative par rapport au médecin spécialiste, c'est aussi avec ce concours que la médecine générale est devenu pour certains praticiens un choix de défaillance et une mode d'exercice par défaut et non une médecine de choix, heureusement que cette médecine par défaut est une forme rare d'exercice dans les années 80 parce que le médecin généraliste de ville participait dans certains services à la formation de proximité des externe et des internes et l'image du médecin généraliste était présente dans les services et était caractérisée par la compétence en médecine générale, l'écoute, les habilités, le raisonnement et l'économie médicale.

Le doyen fondateur de cette faculté est Mr Le Pr. Amor Chadly, lui ont succédé les Professeurs Mongi Ben Hamida, Zouheïr Essafi, Hassouna Ben Ayad, Abdelaziz Ghachem, Mohamed Habib Chalbi Belkahia, Rachid Mechmèche et Abdeljalil Zaouch.

A partir de 2002, la faculté de médecine de Tunis est hébergée dans les nouveaux locaux érigés sur la colline de la Rabta entre l'Hôpital Ernest Conseil et l'Institut National de Nutrition surplombant la ville de Tunis.

Cette nouvelle faculté a été inaugurée le 28 octobre 2002, par son excellence le Président Zine El Abidine Ben Ali et le Chikh Hamad Ibn Khalifa Al Thani Emir de l'état de Qatar.

Cette faculté est imposante par sa beauté, son luxe, son style arabo-mauresque et sa superficie (55 000 m² dont 21 308 m² couverts)

Elle comporte en plus des locaux administratifs, six amphithéâtres, huit salles de cours, 14 salles de travaux dirigés, une médiathèque, une salle de production multimédia, douze laboratoires de recherche, une bibliothèque et des locaux de loisirs à vocation culturelle.

En plus de sa fonction essentielle de former des docteurs en médecine et des médecins spécialistes, la faculté de médecine de Tunis organise un doctorat en biologie humaine option génétique, ainsi que des masters spécialisés et des certificats d'études complémentaires.

2. Mastères spécialisés (DESS)

- Echographie et doppler
- Gériatrie
- Handicap et réhabilitation des personnes handicapées
- Médecine appliquée au sport
- Médecine d'urgence et de catastrophe

- Médecine de la reproduction
- Médecine subaquatique et hyperbare
- Motricité et exploration fonctionnelle digestive
- Neuro-radiologie
- Psychiatrie légale et expertale
- Réparation juridique du dommage corporel
- Toxicologie
- Prévention des risques professionnels

3. Certificats d'études complémentaires (CEC)

- Coelio chirurgie
- Immunologie allergologie
- Endoscopie thoracique
- Statistique et épidémiologie

B. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SFAX

1. Présentation de la faculté

La faculté de médecine de Sfax est l'une des plus anciennes institutions relevant de l'Université de Sfax pour le sud tunisien, elle a été créée en 1974¹⁰⁷. Elle est située en plein centre ville à côté de deux centres hospitalo-universitaires, Hôpital universitaire Hédi Chaker et Hôpital Habib Bourguiba, qui constituent les principaux terrains de stage aux externes, internes et résidents.

Le doyen fondateur Professeur Abdelhafidh Sellami, il a été succédé par les Professeurs Habib Mokhtar Jeddi, Ali Triki, Abdelmajid Zahaf, Adnen Hammemi et Khaled Mounir Zghal.

L'infrastructure de cette faculté est constituée de six amphithéâtres, une bibliothèque, une médiathèque, une salle d'informatique médicale, une salle d'auto apprentissage et douze laboratoires d'enseignement et de recherche.

2. Mastères spécialisés

La faculté de médecine de Sfax organise aussi dans le cadre de l'enseignement post universitaire huit mastères spécialisés :

- Adolescentologie
- Antibiothérapie
- Epileptologie
- Gériatrie
- Hypertension artérielle
- Médecine d'urgence
- Médecine manuelle
- Médecine transfusionnelle
- Neuropédiatrie
- Radio-anatomie
- Sexologie

107. Loi 74-80 du 11 décembre 1974.

C. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SOUSSE

1. Présentation de la faculté

La faculté de médecine «Ibn El Jazzar» de Sousse a été créée en 1974 , c'est la plus ancienne des institutions supérieures de l'Université de Sousse. Malgré des débuts difficiles avec quelques locaux, des efforts gigantesques ont été déployés par les enseignants pionniers de cette faculté pour assurer la meilleure formation à leurs étudiants en collaboration avec d'illustres experts français et canadiens.

Le doyen fondateur de cette faculté est Madame le Professeur Souad Yagoubi El Ouahchi, elle a été succédée par les Professeurs Chadly Bouzakkoura, Mohsen Jeddi, Sahloul Essoussi, Béchir Ben Haj Ali et Najib Mrizak.

Actuellement elle est parmi les institutions universitaires tunisiennes les plus rayonnantes, elle a contribué à la formation des médecins généralistes de haut niveau et de médecins spécialistes de renommées internationale.

C'est une faculté qui a largement contribué au développement de la médecine familiale en hébergeant au département de médecine communautaire le groupe des médecins généralistes «GMG» noyau initial de la société de médecine de famille de Sousse «SMFS» légalement autorisée en février 2006.

L'enseignement post universitaire et la formation continue ciblant le médecin généraliste ont créé au sein de cette faculté un environnement favorable à l'épanouissement et au bien être du médecin généraliste, pierre angulaire de la réforme de l'assurance maladie, les contacts et les rencontres avec les canadiens ont permis aux médecins généralistes du groupe GMG de mieux baliser les perspectives d'avenir de la médecine générale pour une meilleure qualité des soins continus, globaux et intégrés en Tunisie, afin d'alléger la charge des soins sur le système de santé.

2. Mastères spécialisés

- Cardiologie du sport
- Gériatrie et gériatrie clinique
- Management des services de santé
- Médecine communautaire
- Médecine familiale
- Médecine d'urgence
- Médecine du sport
- Neuroradiologie et neuroimagerie diagnostique
- Gestion hospitalière
- Hygiène hospitalière
- Informatique médicale
- Dermatologie professionnelle et de l'environnement

D. LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONASTIR

1. Présentation de la faculté

La faculté de médecine «Habib Bourguiba» de Monastir est la dernière née des quatre facultés de médecine de Tunisie. Créée en 1980¹⁰⁸, elle est située en plein centre ville sur l'ancien camp sergent Bernes Cambot de la garde mobile française, elle occupe une superficie d'environ trois hectares, elle est à quelques minutes des gares routières et ferroviaires de Monastir, dans un quartier regroupant la faculté de Pharmacie, la faculté de médecine dentaire, l'école supérieure des sciences et techniques de la santé, la direction régionale de la santé publique, l'hôpital universitaire Fattouma Bourguiba ainsi que deux foyers et un restaurant universitaire.

Elle comporte essentiellement quatre bâtiments, un pour l'administration et la bibliothèque, un deuxième pour les salles d'enseignement dirigé et les travaux pratiques, un troisième pour les laboratoires de recherche, un quatrième regroupant les amphithéâtres destinés essentiellement pour l'enseignement magistral et les soutenances de thèses.

Le doyen fondateur de cette faculté est Madame le Professeur Souad Yagoubi El Ouahchi, elle a été succédée par les Professeurs Chadly Bouzakkoura, Mohamed El Habib Ben Farhat, Mezri El May, Amor El Gannouni, Habib Essabah et Nacr Ben Dhia.

2. Unité de médecine générale

La faculté de médecine de Monastir est la première faculté tunisienne à plaider concrètement pour la promotion de la médecine générale en Tunisie, c'était à partir d'avril 1995, au sein de l'Unité de Médecine Générale (UMG), hébergée par le département de médecine communautaire.

Les médecins généralistes maîtres de stage

- Contribuent à la formation des internes en médecine générale en animant des staffs et en organisant des ateliers pratiques et des séminaires relatifs à la médecine générale
- Contribuent à la mise à niveau de la formation continue spécifique à la médecine générale.
- Favorisent la recherche et l'expérimentation dans le domaine spécifique à la médecine générale.

Les réalisations de cette Unité de médecine générale sont nombreuses et diversifiées et visent une meilleure formation théorique et de proximité du médecin généraliste en matière de spécificité de rôle et spécificité d'exercice de la médecine générale

3. Mastères spécialisés

- Géro-psycho-geriatrie
- Ergonomie du travail

108. Loi du 10 novembre 1980 ratifiant le décret loi n° 80-6 du 15 août 1980.

XIV. LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE TUNISIE : SMGT

C'est la première société savante des médecins généralistes en Tunisie, Elle a été fondée en octobre 2005 et l'annonce officielle de la SMGT a été publiée au JORT N° 166 du 4 octobre 2005. Il s'agit d'une association scientifique qui vise à offrir aux médecins généralistes une plateforme d'échange d'expériences et de connaissances professionnelles.

A. OBJECTIFS DE LA SMGT

1. Favoriser une nouvelle dynamique au sein de notre grande famille, tenant compte de nos besoins, en mettant en valeur nos multiples compétences, par l'organisation de rencontres scientifiques impliquant essentiellement les adhérents à l'association et en collaboration avec nos confrères des différentes spécialités médicales, nos confrères étrangers, ainsi que les différents départements de la santé.
2. Mettre à jour nos connaissances par la tenue d'un site Internet de la SMGT, l'édition d'une revue du médecin généraliste et l'organisation de séminaires.
3. Etablir un lien entre l'activité universitaire et de recherche médicale, d'une part et la médecine générale d'autre part.

B. COORDONNÉES DE LA SMGT

1. Adresse postale
SMGT, Jugurtha médical 82 avenue Jugurtha Mutuelle ville - 1002 Tunis
2. Courriel : smgt@laposte.net
3. Site web : <http://www.smgtunisie.org.tn>
4. Téléphones : 71 843 531 - 98 334 619 - 98 948 926
5. Fax : 71 841 149

C. PRÉSIDENT D'HONNEUR

Professeur Mohamed GUEDDICHE

D. MEMBRES FONDATEURS

Le premier bureau de la SMGT était composé de neuf membres :

Présidente : Dr HAJJI-ZARROUK Saïda
Vices présidents : Dr ABDELLAH Khaled
Secrétaire général : Dr BOUFTIRA Riadh
Secrétaire générale adjointe :
Dr BEN ABDALLAH-KHOUNI Henda
Trésorier : Dr ABDELMOULA Morched
Trésorière adjointe : Dr HADHRI-HAJJI Rafika
Membres : Dr BEN YOUSSEF Jalel
Dr BEN HAMMADI Raouf
Dr DZIRI-BEN LALLAHOM Monica

E. BUREAU 2007-2010 DE LA SMGT

Suite à l'assemblée générale du 20 mai 2007, pour l'amendement du statut de la SMGT et l'élection du nouveau bureau ; et suite à la réception de la non opposition de Monsieur le gouverneur de Tunis n° 009419 du 2 mai 2008, le bureau qui compte onze membres est composé comme suit¹⁰⁹

Présidente

Dr HAJJI-ZARROUK Saïda

Vices présidents

Dr ABDELLAH Khaled

Dr BESBES Mohamed Hechmi

Dr MAROUANI-ABDELMOUMEN Nadia

Secrétaire général

Dr BOUFTIRA Riadh

Secrétaire générale adjointe

Dr BEN ABDALLAH-KHOUNI Henda

Trésorier

Dr ABDELMOULA Morched

Trésorière adjointe

Dr BAYOUDH-LAAJILI Hayet

Membres

Dr BEN YOUSSEF Jalel

Dr BEN HAMMADI Raouf

Dr ZOUARI Abdelaziz

F. BUREAU 2010-2012 DE LA SMGT

Suite à l'assemblée générale élective du 30 janvier 2010, le bureau est composé comme suit:

Présidente

Dr HAJJI-ZARROUK Saïda

Vices présidents

Dr BEN YOUSSEF Jalel

Dr BESBES Mohamed Hechmi

Dr MAROUANI-ABDELMOUMEN Nadia

Secrétaire général

Dr BOUFTIRA Riadh

Secrétaire générale adjointe

Dr JEMILI-BEN YOUSSEF Soumaya

Trésorier

Dr ABDELMOULA Morched

Trésorière adjointe

Dr BAYOUDH-LAAJILI Hayet

Membres

Dr ABDELLAH Khaled

Dr BEN HAMMADI Raouf

Dr BEL HAJ BELKACEM-ESSAAFI Sihem

G. BUREAU 2013-2016 DE LA SMGT

Suite à l'assemblée générale électorale du 18 mai 2013, le bureau est composé comme suit:

Présidente

Dr HAJJI-ZARROUK Saïda

Vices présidents

Dr BEN YOUSSEF Jalel

Dr BESBES Mohamed Hechmi

Dr MAROUANI-ABDELMOUMEN Nadia

Secrétaire générale

Dr JEMILI BEN YOUSSEF Soumaïa

Secrétaire générale adjointe

Dr SRASRA MILED Samira

Trésorier

Dr ABDELMOULA Morched

Trésorière adjointe

Dr BAYOUDH-LAAJILI Hayet

Membres

Dr KAROUI Mounir

Dr MANSOURI BELHASSEN Rafika

Dr BEL HAJ BELKACEM-ESSAAFI Sihem

H. PRINCIPALES ACTIVITES DE LA SMGT

1. Publication de la revue : Le bulletin du généraliste

2. Site web : <http://www.smg tunisie.org>

3. Organisation de congrès nationaux

1^{er} congrès national de médecine générale organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» le 20 mai 2006 à l'hôtel ABOU NAWAS-TUNIS.

2^{ème} congrès national de médecine générale organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» les 17 et 18 mai 2008 à l'hôtel ABOU NAWAS-TUNIS.

3^{ème} congrès national de médecine générale organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» le 26 novembre 2011 à l'hôtel Golden Tulip El Mechtel- TUNIS.

4^{ème} congrès national de médecine générale organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» le 1er décembre 2012 à l'hôtel Golden Tulip El Mechtel- TUNIS.

5^{ème} congrès national de médecine générale organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» le 7 décembre 2013 à l'hôtel Sheraton - TUNIS.

6^{ème} congrès national de médecine générale organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» le 13 décembre 2014 à l'hôtel Sheraton - TUNIS.

7^{ème} congrès national de médecine générale organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» le 12 décembre 2015 à l'hôtel Sheraton - TUNIS.

4. Organisation de congrès internationaux

1^{er} congrès international de médecine pluridisciplinaire organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» sous l'égide de L'International Family Doctors Association «IFDA» au Barcelo Convention Center et Ramada Plaza Gammarth-Tunis les 22 et 23 novembre 2008.

2^{ème} congrès international de médecine pluridisciplinaire organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» sous l'égide de L'International Family Doctors Association «IFDA» au Barcelo Carthage Thalassa Gammarth-Tunis les 21 et 22 mars 2009.

3^{ème} congrès international de médecine pluridisciplinaire organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» sous l'égide de L'International Family Doctors Association «IFDA» à Ramada Plaza La Marsa-Gammarth les 27 et 28 mars 2010.

4^{ème} congrès international de médecine pluridisciplinaire organisé par la Société des Médecins Généralistes de Tunisie «SMGT» sous l'égide de L'International Family Doctors Association «IFDA» à Ramada Plaza La Marsa-Gammarth les 25 et 26 septembre 2010.

5. Organisation de colloques internationaux

2^{ème} colloque international des jeunes relatif à l'éducation sanitaire des jeunes et le développement social qui s'est tenu à l'hôtel Mercure EL MECHTEL-TUNIS les 21-22 et 23 août 2007 en collaboration avec l'UNESCO, l'ISESCO et la société des médecins généralistes de Tunisie.

6. Organisation de tables rondes

Organisation d'une table ronde sur la grippe A/H1N1 à l'hôtel LEÏCO Tunis le jeudi 8 octobre 2009

Organisation d'une table ronde sur les perspectives d'avenir de l'exercice de la médecine en Tunisie après le 14 janvier 2011 et ce le 12 mars 2011 à la CEPEX Tunis

Organisation d'une table ronde avec les laboratoires Winthrop-sanofi aventis sur la prise en charge thérapeutique du patient diabétique et hypertendu le 30 avril 2011 à l'hôtel Schératon de Tunis.

7. Organisation de forums nationaux de médecine générale :

La SMGT a organisé le premier forum de médecine générale à l'hôtel Bravo Garden à Hammamet le dimanche 8 juin 2014 sous le thème "réalités et perspectives de la médecine générale en Tunisie". Étaient présents à ce forum: le conseil national de l'ordre des médecins de Tunisie, les facultés de médecine de Tunis, Sousse et Monastir, le collège national des généralistes enseignants de France ainsi que le Syndicat Tunisien des Médecins Libéraux.

La SMGT a organisé le deuxième forum de médecine générale à l'hôtel Sheraton Tunis le samedi 13 juin 2015. Ce forum était organisé sous l'égide du ministère de la santé et le réseau des associations de médecine de famille et médecine générale de Tunisie. Le thème était "réflexions sur l'avenir de la médecine de première ligne, médecine générale / médecine de famille en Tunisie". Étaient présents à ce forum: la STMF, la SMF De Sousse, la STMF de Monastir, la STMF de Mahdia, l'AMF de Sfax, le conseil national de l'ordre des médecins de Tunisie, la faculté de médecine de Tunis, le Syndicat Tunisien des Médecins Libéraux, le Syndicat des médecins de la santé publique ainsi que plusieurs hauts cadres du ministère de la santé.

8. Activités médico-humanitaires :

La SMGT organise régulièrement, depuis 2007, des caravanes médico-humanitaires. Leur fréquence n'a cessé d'augmenter pour passer d'une à deux caravanes annuelles en 2007 à plus de 6 caravanes en 2011.

Au printemps de chaque année la SMGT participe avec quatre médecins au rallye des papillons par une contribution médicosociale et préventive destinée aux citoyens démunis habitants les principales villes et communautés du parcours du rallye des papillons.

La caravane médicale et humanitaire «Rallye des Papillons» a été rebaptisée «Rallye Gammoudi Desert Race» dans toutes ses éditions depuis 2007 avec NGO (Nadia Gammoudi Organisation). La SMGT a participé à la caravane du 15 au 21 octobre 2011

La caravane médicale et humanitaire qui accompagne le Rallye Oil Libya de Tunisie a été organisée en partenariat avec l'association «Les Médecins de l'Erg» dans ses éditions 2010 et 2011.

Consultations et aide à la prise en charge médicale des enfants et adolescents suivis par le centre des handicapés de Sejnène avec Attijari bank en 2010.

Consultations médicales et actions de dépistage et de sensibilisation à la ferme thérapeutique de Sidi Thabet pour les handicapés.

Participation avec des dons au service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle de l'Institut Mohamed Kassab d'orthopédie de Ksar Essaid

Suite à l'appel de notre confrère, médecin de la santé publique au CSB de Dehiba, un contact téléphonique a permis d'identifier les besoins, une enveloppe de cinq mille dinars était allouée et une caravane s'est déplacée le 1er mai 2011 en prenant avec elle des équipements médicaux pour les besoins urgents et des équipements destinés au CSB de DH'hiba, Cette première expédition a permis d'identifier les besoins sur place pour le CSB ainsi que pour les réfugiés de zone de desserte de ce CSB.

Une deuxième caravane est alors expédiée le 15 MAI 2011, avec les jeunes scouts d'Utique et financée surtout par des généreux donateurs qui ont tenu à l'anonymat.

Une troisième caravane expédiée le 22 mai 2011, encore une fois financée par des généreux donateurs, confiants aux membres de la SMGT qui accompagnent ces caravanes, avait pour objectif d'équiper les tentes des réfugiés afin d'offrir un confort optimal.

Ces caravanes possèdent un objectif médico préventif mais surtout un objectif humanitaire visant les enfants démunis, ainsi que les familles tunisiennes qui hébergent les réfugiés de Ras Jedir, Ben Guerdane, Dhehiba et Tataouine, ... et ce, en réponse de la SMGT aux appels d'urgence et de détresse des régions frontalières avec la Libye.

Leur succès auprès de ces populations cibles a incité la SMGT à les renouveler et certaines sont devenues des rendez-vous périodiques traditionnels.

Ces actions ont concerné plusieurs régions du nord et du sud du pays dans les gouvernorats du Grand Tunis, de Bizerte, Jendouba, Béja, Gafsa, Tozeur, Kébili, Médenine et Tataouine.

9. PARTENARIAT

a. Avec le ministère de la santé publique :

Participation de la SMGT à la 15ème journée nationale de la santé publique ayant pour thème "diabète et démence" les 21 et 22 octobre 2011

Participation de la SMGT à la réunion du comité d'organisation du troisième séminaire Est méditerranéen de vaccination organisé par le ministère de la santé publique (direction des soins de santé de base) le 6 janvier 2012

Participation de la SMGT au séminaire-atelier "validation du guide méthodologique d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques" organisé par le ministère de la santé publique (direction générale de la santé) les 6 et 7 avril 2012 à l'hôtel El Mouradi Gammarth

Participation de la SMGT à la célébration de la journée mondiale de la santé organisée par le ministère de la santé publique le 7 avril 2012 à l'hôtel Remada Plaza Gammarth

Participation de la SMGT au workshop d'élaboration d'un plan stratégique quinquennal de la vaccination du 17 au 20 avril 2012 à l'hôtel El médina à Hammamet sud

Participation de la SMGT à la réunion de préparation de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le diabète organisée par le ministère de la santé publique (direction des soins de santé de base) le 18 mai 2012

Participation de la SMGT au séminaire-atelier "mise en place d'un processus du développement professionnel continue" organisé par le ministère de la santé publique (direction générale de la santé) les 7 et 8 septembre 2012 à l'hôtel Golden Tulip El Mechtel Tunis

b. Avec la faculté libre de Tunis: TIME

Participation de la SMGT par l'animation d'une séance d'éducation pour la santé, dans le cadre de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le tabac organisée avec TIME le 26 mai 2012

c. Avec médical thalasso company plus (mtcplus)

Participation de la SMGT avec médical thalasso company plus (MTCplus) à l'organisation d'un séminaire et des ateliers pratiques relatives à la mésothérapie, carboxythérapie et lipocryolyse organisés les 3 et 4 mars 2012 à Tunis

d. Avec les Laboratoires Skintech & Aesthetic Dermal

Participation de la SMGT avec les Laboratoires Skintech & Aesthetic Dermal à l'organisation d'une Formation en Peeling & Mésothérapie, le 10 & 11 Novembre 2012 à Sousse à l'hôtel Mouradi Palace Sousse. La formation a été en français et assurée par le Dr Philippe Deprez.

e. Avec les associations :

Participation de la SMGT à une journée d'information, dans le cadre de la célébration de la journée mondiale de la santé "ajoutons de la vie aux années" organisée en collaboration avec l'association des retraités d'El Menzah VI, l'association Alzheimer et les laboratoires Prochidia le 21 avril 2012 au centre culturel El Menzah VI Tunis

Participation de la SMGT par l'animation d'une séance d'éducation pour la santé ayant pour thème la lutte anti tabac organisée par la maison de la culture de l'Ariana le 4 juin 2012 à l'Ariana

f. Avec les sociétés savantes

Société de médecine familiale à Sousse

Participation de la SMGT à toutes les journées organisées par la société de médecine familiale à Sousse:

- 1^{ère} Journée (Année 2006):
 - La médecine familiale concepts et perspectives en Tunisie
 - Ménopause en Tunisie: Epidémiologie et rôle du médecin généraliste
- 2^{ème} Journée (Année 2007):
 - Place du médecin généraliste dans le système de santé Tunisien
 - Les céphalées en médecine générale
- 3^{ème} Journée (Année 2009):
 - Compétences du médecin de famille
 - La prise en charge de la douleur
- 4^{ème} Journée (Année 2010):
 - Médecin généraliste et cancer
 - Rhumatologie en première ligne
- 5^{ème} Journée (18 et 19 février 2012):
 - Le syndrome de l'intestin irritable: de la physiologie au traitement pratiques cliniques et prévention
 - Les pratiques cliniques préventives en médecine familiale.
- 6^{ème} Journée (Année 2013):
 - Les plaintes somatoformes: de la définition à la thérapie
- 7^{ème} Journée (22 février 2014):
 - La toxicomanie chez les jeunes
- 8^{ème} Journée (14 mars 2015)
 - Le médecin de famille face à l'insuffisance rénale chronique.

Société tunisienne d'échographie et de doppler (STED)

Participation de la SMGT et la Société Tunisienne de Médecine Vasculaire avec la contribution des laboratoires Alfa Wasserman, le 2 juin 2012, par l'animation d'un séminaire atelier : «Apport de l'écho doppler en médecine générale» au 1^{er} congrès international d'échographie et de doppler organisé par la société tunisienne d'échographie et de doppler (STED), du 1^{er} au 3 juin à l'hôtel Mouradi Gammarth

Société Tunisienne d'hygiène et de sécurité des soins

Participation de la SMGT à une journée d'hygiène hospitalière organisée par la Société Tunisienne d'hygiène et de sécurité des soins à Bizerte

Participation de la SMGT à une table ronde "support de formation et d'éducation à l'hygiène des mains dans les pays du maghreb" organisée par la Société Tunisienne d'hygiène et de sécurité des soins pendant le premier congrès national de la Société Tunisienne d'hygiène et de sécurité des soins et la 4^{ème} journée maghrébine d'hygiène hospitalière tenus les 23 et 24 septembre 2011 à l'hôtel Delphin El Habib Monastir

Participation de la SMGT à un atelier relatif à l'hygiène et sécurité des soins en pratique médicale libérale pendant les travaux du 2^{ème} congrès national de la Société Tunisienne d'hygiène et de sécurité des soins organisé par la Société

Tunisienne d'hygiène et de sécurité des soins les 28 et 29 septembre 2012 à l'hôtel Delphin El Habib Monastir

Participation de la SMGT à la session des communications courtes, par une communication intitulée "Hygiène et sécurité des soins au cabinet médical privé" pendant la XIVème journée régionale d'hygiène et de sécurité des soins de Bizerte tenue le 30 novembre 2013, cette manifestation est organisée par la Société Tunisienne d'hygiène et de sécurité des soins à l'Hôtel Andalucia – Bizerte.

10. Avec l'Instance Nationale de l'Accréditation en Santé (INAS)

Convention signée le 27 juin 2014 entre l'INAS et la SMGT

11. Organisation d'un cycle de formation en adolescentologie: cercles de qualité 2014

- Modifications physiologiques à la puberté sponsorisée par Ipsen Beaufour
- Animée par Pr zinet TURKI le 08 janvier 2014, à l'hôtel le belvédère à Tunis
- Crise d'adolescence et travail psychique sponsorisée par Pharmaghreb
- Animée par Pr Jihène MRABET le 12 février 2014 à Charguia 1
- La consultation conditions de succès de la rencontre, relation de soins sponsorisée par cheisi
- Animée par Dr Mounir KAROUI le 12 mars 2014
- Anxiété,angoisse, Dépression, Tentative de suicide sponsorisée par les laboratoires Actavis
- Animée par Pr Ag Sami OTHMEN le 10 avril 2014 à El Firma Soukra
- Troubles de comportement (alimentaire, violence, conduites à risque) sponsorisée par Pfizer
- Animée par Pr Jihène MRABET et Dr Mounir KAROUI le 7 mai 2014 à Green Center
- Adolescent et maladies somatiques au long cours (Asthme, Diabète, Epilepsie, Cancer...)
- Animée par Pr Hichem AOUINA, Pr Ag Faten TINSA, Pr Zinet TURKI le 8 oct. 2014
- Pathologies liées à la scolarité : Fléchissement scolaire et Harcèlement en milieu scolaire sponsorisée par Adwya
- Animée par Pr Jihène MRABET et Dr Mounir KAROUI le 12 nov. 2014 au KRAM
- Grossesse précoce sponsorisée par Ipsen Beaufour
- Animée par dr Hela OUENNICH à l'hôtel Le Belvédère Tunis le 10 décembre 2014

Ces cercles de qualité sont tenus le deuxième mercredi de chaque mois à 19h30'

12. Avec la Société Algérienne de Médecine Générale (SAMG)

Au cours du 2ème congrès national de médecine générale organisé les 29 et 30 novembre 2013 par la société algérienne de médecine générale à l'hôtel Saphir ZERALDA - ALGER, la SMGT était représentée par une délégation de trois membres Dr Mohamed Hechmi BESBES, Dr Sihem ESSAFI BEL HAJ BELKACEM et Dr Rafika MANSOURI BELHASSEN, dans le cadre du projet de création de la Société Maghrébine de Médecine Générale. La SMGT a participé à l'atelier D par une communication orale : "médecine de famille en Tunisie" Présentée par Dr Sihem ESSAFI BEL HAJ BELKACEM. Cette présentation a suscité l'attention et l'intérêt des participants à cet atelier surtout Dr Fatma Zohra MCHIH ALAMI Présidente du Collectif National des médecins généralistes du Maroc, Dr Mohamed Saïd BERRADA membre assesseur du collectif National des médecins généralistes du Maroc ainsi que le Pr Ali CHADLY Doyen de la faculté de médecine de Monastir dont les interventions étaient très enrichissantes pour le projet de la création de la société maghrébine de médecine générale.

Au cours du 4ème congrès national de médecine générale organisé les 4 et 5 décembre 2015 à Constantine par la société algérienne de médecine générale la SMGT a chargé Dr Mohamed Hechmi BESBES à présenter une communication orale ayant pour titre "la médecine de famille en Tunisie: du concept aux textes législatifs"

13. Avec le collectif national des médecins généralistes du Maroc

Au cours du 4ème congrès national de médecine générale organisé les 03 et 04 mai 2014 par le collectif national des médecins généralistes du Maroc au centre international des conférences Mohamed VI (Amphitrite Palace Skhirate), la SMGT était représentée par une délégation de cinq membres Dr Saïda HAJJI ZARROUK, Dr Hayet BAYOUDH LAJILI, Dr Mohamed Hechmi BESBES, Dr Jalel BEN YOUSSEF et Dr Soumaïa JEMILI BEN YOUSSEF.

Au cours du 5ème congrès national de médecine générale et 1er congrès maghrébin de médecine générale organisé les 09, 10 et 11 octobre 2015, sous le haut patronage de sa Majesté le Roi Mohammed VI, par le collectif national des médecins généralistes du Maroc au centre international des conférences Mohamed VI (Amphitrite Palace Skhirate), la SMGT était représentée par une délégation de cinq membres Dr Saïda HAJJI ZARROUK, Dr Hayet BAYOUDH LAJILI, Dr Mohamed Hechmi BESBES, Dr Jalel BEN YOUSSEF et Dr Soumaïa JEMILI BEN YOUSSEF.

14. Association Maghrébine de Médecine Générale (AMMG) :

Au cours du 5ème congrès national de médecine générale organisé le samedi 7 décembre 2013 par la société des médecins généralistes de Tunisie à l'hôtel Sheraton - Tunis, il a été procédé à la lecture et la signature du protocole de création de la Société Maghrébine de Médecine Générale au cours d'une séance plénière à 14h 45. C'est la dernière née des sociétés scientifiques médicales maghrébines.

Les membres fondateurs de cette société sont :

1. Dr Saïda HAJJI-ZARROUK : Présidente de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
2. Dr Mohamed Hechmi BESBES : Vice Président de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
3. Dr Jalel BEN YOUSSEF: Vice Président de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
4. Dr Hayet BAYOUDH-LAJILL: Trésorière Adjointe de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
5. Dr Radhouane HADJIDJ : Président de la Société Algérienne de Médecine Générale
6. Dr Abdelghani BELHEBLA : Membre de la Société Algérienne de Médecine Générale
7. Dr Djamila BEN CHAMLOUL:
8. Dr Slimane CHAIEB:
9. Dr Fatma Zohra MCHIH ALAMI Présidente du Collectif National des médecins généralistes du Maroc
10. Dr Mohamed Saïd BERRADA membre assesseur du collectif National des médecins généralistes du Maroc
11. Dr Rokia CHERKAOUI DEKKAKI
12. Dr Ferida EL ALAMI

Au cours de cette cérémonie protocolaire Dr Zied BEN LAMINE Président de la société nationale de médecine de famille en Tunisie était présent et les membres fondateurs de la SMMG espèrent voir toutes les sociétés maghrébines régionales adhérer à cette SMMG.

A la marge du 4ème congrès national de médecine générale organisé les 03 et 04 mai 2014 par le collectif national des médecins généralistes du Maroc, une réunion de travail s'est tenue au restaurant siège de MG Maroc à Casablanca, où les membres de la SAMG, la SMGT et les membres de MG Maroc ont procédé à la finalisation du statut de la SMMG qui désormais est appelée par consensus l'Association Maghrébine de Médecine Générale (AMMG) seule habilitée à organiser les congrès maghrébins de médecine générale. Il a été convenu que le premier congrès maghrébin sera organisé au Maroc en 2015.

A la marge du 5ème congrès national de médecine générale et 1er congrès maghrébin de médecine générale organisé les 09, 10 et 11 octobre 2015, sous le haut patronage de sa Majesté le Roi Mohammed VI, et organisé les 09, 10 et 11 octobre 2015 par le collectif national des médecins généralistes du Maroc, une réunion de travail s'est tenue au centre international des conférences Mohammed VI, présidée par Dr Fatima Ezzohra MCHICH ALAMI de MG Maroc et réunissant les membres fondateurs de l'Association Maghrébine de Médecine

Générale (AMMG) ainsi que certains membres du réseau des associations de médecine familiale et médecine générale de Tunisie il a été confirmé que l'AMMG est seule habilitée à organiser les congrès maghrébins de médecine générale. Il a été convenu ensuite que le deuxième congrès maghrébin sera organisé en Tunisie en 2016 et que Dr Mohamed Hechmi BESBES de la SMGT et membre fondateur de L'AMMG est le secrétaire général de l'AMMG pour trois années.

15. Collège National des Généralistes Enseignants de France: CNGE

Le collège national des généralistes enseignants de France a été représenté par Dr Farouk BENDAMEN au Forum de médecine générale organisé par la SMGT à l'hôtel Bravo Garden à Hammamet le dimanche 8 juin 2014.

Dr Saïda HAJJI ZARROUK Présidente de la SMGT a signé une convention avec le Collège National des Généralistes Enseignants français pour un partenariat en formation. La SMGT démarrera ainsi en janvier 2016 un cycle de formation de médecins généralistes formateurs en soutien à l'effort national officiel.

16. Réseau des associations de médecine de famille/médecine générale de Tunisie (RAMF/MG)

A la marge des 5èmes journées de médecine de famille de Monastir et des 1ères journées Maghrébines de médecine de famille/médecine générale organisées les 31 octobre et 1er et 2 novembre 2014 à l'hôtel Royal Thalassa à Monastir , s'est tenue une réunion de coordination pour finaliser le statut de ce réseau. Etaient représentées à cette réunion toutes les associations tunisiennes de médecine générale et de médecine de famille : la STMF, la SMF de Sousse, la STMF de Monastir, l'AMF de Sfax, la STMF de Mahdia.

17. Avec la WONCA

Dr Saïda HAJJI ZARROUK Présidente de la SMGT et coordinatrice 2015 du réseau des associations de médecine familiale et médecine générale de Tunisie a adressé à la WONCA un dossier d'adhésion du réseau à la WONCA.

XV. LE RESEAU DES ASSOCIATIONS DE MEDECINE DE FAMILLE/MEDECINE GENERALE DE TUNISIE (RAMF/MG)

Conformément à l'article 26 du décret-loi n° 2011-88 du 24 septembre 2011, portant organisation des associations¹¹⁰, il a été crée le réseau des associations de médecine de famille/médecine générale de Tunisie (RAMF/MG). Plusieurs réunions ont eu lieu à l'hôtel Thalassa à Monastir pour élaborer le statut de ce réseau. Ces réunions ont généré le statut suivant du Réseau.

1- Définition du Réseau

Le réseau des associations de MF/MG de Tunisie est une structure qui regroupe les associations scientifiques de médecine de Famille et de Médecine Générale en Tunisie

Le mot association désigne à la fois « société » et « association »

2- Les associations fondatrices du réseau

Les fondateurs du réseau des associations de MF/MG de Tunisie sont les associations suivantes :

- Société des Médecins Généralistes de Tunisie (SMGT)
- Société de Médecine de Famille de Sousse (SMFS)
- Société Tunisienne de Médecine de Famille (STMF)
- Société Tunisienne de Médecine de Famille de Monastir (STMFM)
- Association des Médecins de Famille de Sfax (AMFS)
- Société Tunisienne de Médecine de Famille de Mahdia (STMFMa)

3- Les objectifs du réseau

Coordonner les actions des associations adhérentes à l'échelle nationale et internationale pour le développement de la Médecine de famille/Médecine Générale.

4- Organisation du réseau

Article 1 : l'association hôte.

Il se nomme association hôte l'association membre du réseau, désignée pour la coordination, par rotation selon l'ordre chronologique de constitution, pour un mandat d'une année. (La référence est le JORT)

Article 2 : Le coordinateur du réseau

Il se nomme coordinateur du réseau, le président de l'association hôte

Ce coordinateur a pour rôle de:

- 1- Convoquer et présider les réunions du réseau.
- 2- Fixer l'ordre du jour des réunions du comité coordination.
- 3- Assurer le suivi des décisions du réseau.
- 4- Assurer la communication de l'information entre les membres du réseau.

110. décret-loi n° 2011-88 du 24 septembre 2011, portant organisation des associations ; publié aux pages 1977 à 1982 du JORT n° 74 du 30 septembre 2011.

- 5- Être le porte-parole du réseau.
- 6- Mandater un membre du comité de coordination pour accomplir une mission.

Article 3 : Le comité de coordination

1. Chaque comité de coordination des associations membres du réseau désigne trois personnes dont le président, pour la représenter au sein du réseau. En cas de non disponibilité du président ce dernier doit mandater, par écrit ou par mail, un membre de son bureau pour le remplacer. Les représentants de ces associations constituent le comité de coordination du réseau. Tout changement de membres représentants doit être signalé dans les deux semaines qui suivent au comité de coordination du réseau.
2. Le lieu de la réunion est choisi par l'association hôte mandatée. Les réunions du comité de coordination sont au minimum semestrielles. La réunion de passation se déroule au mois de novembre de chaque année.
3. La préparation et les frais de la prise en charge des réunions du comité de coordination du réseau sont à la charge de l'association hôte.
4. Le comité de coordination doit veiller à la continuité des actions en cours de réalisation et des acquis
5. La communication entre les membres du réseau peut se faire par courrier électronique (Email) et si besoin par tout autre moyen de communication.
6. L'ordre du jour des réunions du réseau est fixé par le coordinateur et/ou sur proposition des autres associations.
7. Cet ordre du jour doit être envoyé aux représentants des associations du réseau au minimum trente jours avant la réunion.
8. Les décisions du comité de coordination du réseau doivent être approuvées par consensus entre les associations présentes.
9. La décision d'une association absente peut se faire par courrier électronique (Email) au plus tard avant le début de la réunion. A défaut elle est considérée comme étant consentante.
10. Le quorum pour la tenue des réunions est de trois quarts des associations membres. La réunion reportée à quinze jours au minimum peut être tenue sans quorum.

Article 4 : La passation

La passation ordinaire se fait de façon systématique entre le coordinateur qui a terminé son mandat et le coordinateur accueillant.

Lors de la passation, le comité de coordination du réseau, doit veiller à la continuité des actions en cours de réalisation et aux acquis.

Article 5 : L'un des deux membres de l'association hôte, peut remplacer le coordinateur en cas de non disponibilité provisoire de celui-ci.

Article 6 : L'affiliation d'une nouvelle association au réseau doit passer obligatoirement par l'approbation du comité de coordination du réseau conformément à l'article 3.

Article 7 : Exclusion d'une association

Sera exclue du RAMF/MG de Tunisie toute association membre qui s'absente à trois réunions ordinaires successives, ou qui entrave le bon fonctionnement du réseau au dépend des autres associations. Cette décision d'exclusion doit être approuvée par l'ensemble du reste des associations.

Article 8 : Démission d'une association :

Toute association qui désire démissionner du réseau, doit envoyer sa lettre de démission au coordinateur par courrier recommandé. Cette lettre doit être signée par le président de l'association accompagnée d'un procès verbal signé par la majorité de son bureau.

Article 9 : La demande de rectifications du statut peut être proposée dans les ordres du jour de chaque réunion.

Article 10 : Le réseau des associations de MF/MG de Tunisie, n'a ni compte bancaire ni trésorerie.

Toutes les dépenses sont à la charge de l'association hôte.

Les actions décidées par le réseau sont financées par les associations membres selon un accord au sein du comité de coordination du RAMF/MG.

XVI. L'ASSOCIATION MAGHREBINE DE MEDECINE GENERALE

A. HISTORIQUE

Dans le but de coordonner les actions maghrébines de valorisation de la médecine générale dans les pays du Maghreb arabe, il a été proposé de créer une structure maghrébine de médecine générale.

Au cours du 2^{ème} congrès national de médecine générale organisé les 29 et 30 novembre 2013 par la société algérienne de médecine générale à l'hôtel Saphir ZERALDA - ALGER, la SMGT était représentée par une délégation de trois membres Dr Mohamed Hechmi BESBES, Dr Sihem ESSAFI BEL HAJ BELKACEM et Dr Rafika MANSOURI BELHASSEN, dans le cadre du projet de création de la Société Maghrébine de Médecine Générale. La SMGT a participé à l'atelier D par une communication orale : " médecine de famille en Tunisie" Présentée par Dr Sihem ESSAFI BEL HAJ BELKACEM. Cette présentation a suscité l'attention et l'intérêt des participants à cet atelier surtout Dr Fatma Zohra MCHIH ALAMI Présidente du Collectif National des médecins généralistes du Maroc, Dr Mohamed Saïd BERRADA membre assesseur du collectif National des médecins généralistes du Maroc ainsi que le Pr Ali CHADLY Doyen de la faculté de médecine de Monastir dont les interventions étaient très enrichissantes pour le projet de la création de la société maghrébine de médecine générale.

Au cours du 5^{ème} congrès national de médecine générale organisé le samedi 7 décembre 2013 par la société des médecins généralistes de Tunisie à l'hôtel Sheraton - Tunis, il a été procédé à la lecture et la signature du protocole de création de la Société Maghrébine de Médecine Générale au cours d'une séance plénière à 14h45. C'est la dernière née des sociétés scientifiques médicales maghrébine.

Les membres fondateurs de cette société sont:

1. Dr Saïda HAJJI-ZARROUK : Présidente de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
2. Dr Mohamed Hechmi BESBES : Vice Président de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
3. Dr Jalel BEN YOUSSEF: Vice Président de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
4. Dr Hayet BAYOUDH-LAJILI: Trésorière Adjointe de la Société des Médecins Généralistes de Tunisie
5. Dr Radhouane HADJIDJ : Président de la Société Algérienne de Médecine Générale
6. Dr Abdelghani BELHEBLA : Membre de la Société Algérienne de Médecine Générale

7. Dr Djamila BEN CHAMLOUL:
8. Dr Slimane CHAIEB:
9. Dr Fatma Zohra MCHIH ALAMI Présidente du Collectif National des médecins généralistes du Maroc
10. Dr Mohamed Saïd BERRADA membre assesseur du collectif National des médecins généralistes du Maroc
11. Dr Rokia CHERKAOUI DEKKAKI
12. Dr Ferida EL ALAMI

Au cours de cette cérémonie protocolaire Dr Zied BEN LAMINE Président de la société nationale de médecine de famille en Tunisie était présent et les membres fondateurs de la SMMG espèrent voir toutes les sociétés maghrébines régionales adhérer à cette SMMG.

A la marge du 4ème congrès national de médecine générale organisé les 03 et 04 mai 2014 par le collectif national des médecins généralistes du Maroc, une réunion de travail s'est tenue au restaurant siège de MG Maroc à Casablanca, où les membres de la SAMG, la SMGT et les membres de MG Maroc ont procédé à la finalisation du statut de la SMMG qui désormais est appelée par consensus l'Association Maghrébine de Médecine Générale (AMMG) seule habilitée à organiser les congrès maghrébins de médecine générale. Il a été convenu que le premier congrès maghrébin soit organisé au Maroc en 2015.

A la marge du 5ème congrès national de médecine générale et 1er congrès maghrébin de médecine générale organisé les 09, 10 et 11 octobre 2015, sous le haut patronage de sa Majesté le Roi Mohammed VI, et organisé les 09, 10 et 11 octobre 2015 par le collectif national des médecins généralistes du Maroc, une réunion de travail s'est tenue au centre international des conférences Mohammed VI, présidée par Dr Fatima Ezzohra MCHICH ALAMI de MG Maroc et réunissant les membres fondateurs de l'Association Maghrébine de Médecine Générale (AMMG) ainsi que certains membres du réseau des associations de médecine familiale et médecine générale de Tunisie il a été confirmé que l'AMMG est seule habilitée à organiser les congrès maghrébins de médecine générale. Il a été convenu ensuite que le deuxième congrès maghrébin sera organisé en Tunisie en 2016 et que Dr Mohamed Hechmi BESBES de la SMGT et membre fondateur de L'AMMG soit le secrétaire général de l'AMMG pour trois années.

PROJET DE STATUT DE L'ASSOCIATION MAGHREBINE DE MEDECINE GENERALE/ MEDECINE FAMILIALE (AMMG/MF)

Article 1 : Fondation-Titre-Siège :

La Société des médecins généralistes de Tunisie (SMGT), la Société Algérienne de médecine générale (SAMG) et le Collectif MG Maroc ont fondé une association maghrébine sous le titre : Association Maghrébine de Médecine Générale/médecine familiale (AMMG/MF).

L'association maghrébine de médecine générale/médecine familiale (AMMG/MF) est une association scientifique maghrébine qui regroupe les associations nationales de médecine générale/médecine familiale des pays maghrébins.

Le siège sera la ville du domicile du secrétaire général de l'AMMG/MF.

Article 2 : Attributions:

1. Réunir les différentes associations ou sociétés nationales de médecine générale/médecine familiale qui existent dans les pays maghrébins.
2. Œuvrer pour la promotion de la médecine générale/médecine familiale dans les pays du Maghreb
3. Valoriser le médecin généraliste/médecin de famille dans son rôle curatif, préventif et palliatif
4. Promouvoir la recherche scientifique en médecine générale/ médecine familiale.
5. Coordonner les efforts pour que la médecine générale/médecine familiale soit reconnue comme une spécialité à part entière dans tous les pays maghrébins.
6. Collaborer avec les structures étatiques et les facultés de médecine au Maghreb pour la création et le développement au sein de ces facultés de départements de médecine générale/médecine familiale assurant :
 - Les cours dispensés par des médecins généralistes/médecins de famille enseignants préalablement formés et reconnus par la faculté.
 - Les stages pratiques ambulatoires dirigés par des médecins généralistes/médecin de famille qualifiés et reconnus par la faculté comme maîtres de stage.

- L'accréditation et la reconnaissance des terrains de stage en médecine générale/médecine familiale.
7. Organiser chaque année le congrès Maghrébin de Médecine Générale/médecine familiale et d'autres manifestations à caractères scientifiques.
 8. Instaurer une collaboration avec les associations et les sociétés scientifiques de médecine de première ligne dans les pays du Maghreb afin de mieux contribuer à promouvoir la médecine générale/médecine familiale et le médecin généraliste/médecin de famille.
 9. Instituer une coopération avec les différentes associations s'occupant des soins, protection et défense des malades
 10. Etablir des relations avec les associations savantes autres que maghrébines, ainsi que les organisations mondiales de la santé.

Article 3 : Les Membres :

L'association maghrébine de médecine générale/médecine familiale regroupe :

- Les membres honoraires : proposés par le conseil exécutif et adoptés par l'assemblée générale
- Les membres fondateurs : les docteurs : -----, qui sont membres à vie du conseil exécutif.
- Les membres adhérents : les membres des associations fondatrices
- Les membres sympathisants : Peuvent être admis membres sympathisants, les médecins généralistes/médecins de famille maghrébins exerçant et / ou vivant en dehors des pays du Maghreb.

Article 4 : Organes :

1. Chaque association fondatrice est représentée à l'AMMG/MF par QUATRE délégués dûment investis pour représenter leurs associations respectives. Le mandat des quatre délégués s'étend sur TROIS congrès consécutifs et peut être renouvelé.
2. Les membres fondateurs et les délégués nationaux des associations fondatrices constituent le conseil exécutif.
3. La politique générale de l'AMMG/MF est déterminée par le conseil exécutif.
4. (Changement d'emplacement) Le conseil exécutif de l'AMMG/MF élit en son sein un bureau exécutif, composé du Président, Trois vices présidents (un de chaque pays), un secrétaire général et des membres conseillers.
5. Le bureau exécutif organise des réunions présentiels et statutaires de coordination et d'évaluation au moins une fois par an entre les

différentes associations fondatrices de Médecine Générale des pays maghrébins afin d'évaluer les différentes activités et d'élaborer la stratégie future pour atteindre les objectifs définis.

6. Le bureau exécutif de l'AMMG/MF organise le congrès maghrébin de médecine générale.
7. Le bureau exécutif examine le rapport qui lui est soumis par le secrétaire général et fixe les lieux des deux prochains congrès maghrébins de médecine générale,
8. Le secrétaire général du congrès précédent sera nommé automatiquement membre du comité d'organisation du congrès suivant.
9. L'assemblée générale procède tous les trois ans au renouvellement du bureau exécutif dont les membres sont délégués par les associations nationales de médecine générale conformément au paragraphe 1 de cet article.
10. Toute nouvelle adhésion d'association doit être approuvée par l'assemblée générale de l'aAMMG/MF.
11. Les décisions de l'assemblée générale sont prises par un vote à la majorité des membres présents ou mandatés à chaque réunion. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.
12. Le Président et le secrétaire général sont chargés de l'exécution des décisions du bureau exécutif.
13. Toute modification des statuts, pour être valable, doit être votée par une majorité de deux tiers membres présents ou mandatés à l'assemblée générale.

PROTOCOLE DE CONVENTION POUR LA MISE EN PLACE DE l'association maghrébine de médecine générale/ médecine familiale (AMMG/MF)

Entre

La société des médecins généralistes de Tunisie, dénommée « SMGT » dont le siège social est situé à : 38 rue 8600 ZI Charguia I Tunis Carthage (centre SOGEOIRES), représentée par sa présidente Docteur Saïda HAJJI ZARROUK, d'une part.

Et La société algérienne de médecine générale, dénommée « SAMG » dont le siège social est situé à : université Abdelhamid Ibn Badis Mostagamen, représentée par son président Docteur Radouane HADJJI d'autre part.

Et Le collectif national des médecins généralistes du Maroc, dénommé « MG Maroc » dont le siège social est situé à : 720, logement Ama, li-j5 Rabat, représentée par sa présidente Docteur Fatima Zohra MCHICHE ALAMI, d'autre part.

PREAMBULE

Considérant le projet initié et conçu par les associations et les sociétés nationales de médecine générale sus citées et conforme à leur objet statutaire, et selon le procès verbal de fondation de l'association maghrébine de médecine générale /médecine familiale lors de la réunion du 7 décembre 2013 à Tunis.

Considérant que ces associations ont acté leurs volontés à œuvrer conjointement pour la promotion de la médecine générale/médecine familiale au niveau maghrébin.

Considérant les liens d'amitiés qui lient ces associations.

Considérant que ces liens ne peuvent se consolider que par un partenariat responsable entre les trois associations.

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent protocole a pour objet de définir les conditions de la mise en place et du fonctionnement de l'association maghrébine de médecine générale/ médecine familiale établies entre la SMGT, SAMG et le collectif national MG Maroc.

Article2 :

La Société des médecins généralistes de Tunisie (SMGT), la Société Algérienne de médecine générale (SAMG) et le Collectif des médecins généralistes du Maroc (MG Maroc) ont fondé l'association maghrébine sous le titre : **Association**

Maghrébine de Médecine Générale/médecine familiale (AMMG/MF).

L'association maghrébine de médecine générale/médecine familiale (**AMMG/MF**) est un réseau d'associations scientifiques maghrébines qui regroupe les associations nationales de médecine générale/médecine familiale des pays maghrébins.

Le siège sera la ville du domicile du secrétaire général de l'AMMG/MF.

Article 3 : OBJECTIFS GÉNÉRAUX

1. Réunir les différentes associations ou sociétés nationales de médecine générale/médecine familiale qui existent dans les pays maghrébins.
2. Promouvoir la médecine générale/médecine familiale dans les pays du Maghreb.

Article 4 : DOMAINES D'ACTION

Les parties s'engagent à unir leurs efforts de coopération dans l'un ou plusieurs des domaines d'action suivants :

1. Valoriser le médecin généraliste/médecin de famille dans son rôle curatif, préventif et palliatif.
2. Promouvoir la recherche scientifique en médecine générale/médecine familiale.
3. Coordonner les efforts pour que la médecine générale/médecine familiale soit reconnue comme une spécialité à part entière dans tous les pays maghrébins.
4. Collaborer avec les structures étatiques et les facultés de médecine au Maghreb pour la création et le développement au sein de ces facultés de départements de médecine générale/médecine familiale assurant :
 - Les cours dispensés par des médecins généralistes/médecins de famille enseignants préalablement formés et reconnus par la faculté.
 - Les stages pratiques ambulatoires dirigés par des médecins généralistes/médecin de famille qualifiés et reconnus par la faculté comme maîtres de stage.
 - L'accréditation et la reconnaissance des terrains de stage en médecine générale/médecine familiale.
5. Organiser chaque année le congrès Maghrébin de Médecine Générale/médecine familiale et d'autres manifestations à caractères scientifiques.
6. Instaurer une collaboration avec les associations et les sociétés scientifiques de médecine de première ligne dans les pays du

Maghreb afin de mieux contribuer à promouvoir la médecine générale/médecine familiale et le médecin généraliste/médecin de famille.

7. Instituer une coopération avec les différentes associations s'occupant des soins, protection et défense des malades.
8. Etablir des relations avec les associations savantes autres que maghrébines, ainsi que les organisations mondiales de la santé qui convergent vers les mêmes objectifs.

Article 5 : LES MEMBRES :

Afin d'assurer une bonne exécution de la présente convention, un comité de liaison est créé, il est composé partiellement des représentants des trois parties :

1. Les membres fondateurs des trois pays : ils sont membres à vie

- o **Tunisie :** Dr Saïda HAJJI ZARROUK
Dr Mohamed Hechmi BESBES
Dr Hayet BAYOUDH LAJILI
Dr Jalel BEN YOUSSEF

- o **Algérie :** Dr Redouane HADJII
Dr Abdelghani BELHABLA
Dr Djamila BENCHEMLOUL
Dr Slimane CHAIB

- o **Maroc :** Dr Fatima Zohra MCHICH ALAMI
Dr Mohamed Said BERRADA
Dr Rokia CHERKAOUI DEKKAKI
Dr Farida EL ALAMI

2. Les délégués nationaux des associations membres : quatre pour chaque pays, se sont les personnes responsables dans chaque association des actions techniques, Les membres fondateurs et les délégués nationaux des associations fondatrices constituent le comité de liaison.

3. Les membres sympathisants : Peuvent être admis membres sympathisants, les médecins généralistes/médecins de famille maghrébins exerçant et /ou vivant en dehors des pays du Maghreb.

4. Les membres honoraires : proposés par le Bureau exécutif et adoptés par l'assemblée générale

Le comité de liaison se réunira au moins une fois par an

Le comité de liaison provisoire est composé des membres fondateurs jusqu'à la tenue de la première assemblée générale, il est chargé

d'accomplir les procédures légales pour la mise en place de l'AMMG/MF ainsi que l'organisation des congrès maghrébins.

Article 6 : MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET ORGANES :

1. Chaque association fondatrice (SMGT - SAMG - MG Maroc) est représentée à l'AMMG/MF par QUATRE délégués dûment investis pour représenter leurs associations respectives. Le mandat des quatre délégués s'étend sur TROIS congrès consécutifs et peut être renouvelé.
2. La politique générale de l'AMMG/MF est déterminée par le comité de liaison qui se réunit au moins une fois tous les trois ans.
3. Le comité de liaison de l'AMMG/MF élit en son sein un bureau exécutif, composé du Président, Trois vices présidents (un de chaque pays), un secrétaire général et des membres conseillers.
4. Le bureau exécutif organise des réunions présentielle et statutaires de coordination et d'évaluation au moins une fois par an entre les différentes associations fondatrices de Médecine Générale/médecine familiale des pays maghrébins afin d'évaluer les différentes activités et d'élaborer la stratégie future pour atteindre les objectifs définis.

Le bureau exécutif examine le rapport qui lui est soumis par le secrétaire général et fixe les lieux des deux prochains congrès maghrébins de médecine générale.

Le bureau exécutif convoque à l'assemblée générale de l'AMMG/MF tous les membres du comité de liaison une fois tous les trois ans.

5. Le bureau exécutif de l'AMMG/MF organise le congrès maghrébin de médecine générale. Le secrétaire général du congrès précédent sera nommé automatiquement membre du comité d'organisation du congrès suivant.
6. L'assemblée générale procède tous les trois ans au renouvellement du comité de liaison dont les membres sont délégués par les associations nationales de médecine générale conformément au paragraphe 1 de cet article.
7. Toute nouvelle adhésion d'association doit être approuvée par l'assemblée générale de l'AMMG/MF.
8. Les décisions de l'assemblée générale sont prises par un vote à la majorité des membres présents ou mandatés à chaque réunion. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante.

9. Le Président et le secrétaire général sont chargés de l'exécution des décisions du bureau exécutif.
10. Toute modification des statuts, pour être valable, doit être votée par une majorité de deux tiers membres présents ou mandatés à l'assemblée générale.

Article 7 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans, reconductible tacitement, sauf dénonciation de l'une des trois parties.

Elle entrera en vigueur après sa signature par les trois partenaires.

Article 8 : AVENANTS

Chacun des partenaires peut, par voie de communication écrite adressée aux autres partenaires, proposer des avenants à la présente convention.

Les avenants, une fois adoptés, sont soumis au comité de liaison pour ratification par un avenant à la convention qui entrera en vigueur dès sa signature par tous les partenaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. JORT Version en langue française : www.iort.gov.tn
2. Guide de l'exercice médical en Tunisie
B. ZOUARI, N. ACHOUR, T.NACEF, A. GHACHEM
Série des guides des personnels de santé CRFP 1985
3. Programme de développement des circonscriptions sanitaires : concepts et mise en œuvre.
MSP / DSSB février 1999
4. Santé et médecine en Tunisie, médicalis, trond.fa.2003
5. Médecine et médecins de Tunisie de Carthage à nos jours. Mohamed BERGAOUI ; BERG EDITION 2010
6. Médecine et médecins de Tunisie de 1902 à 1952
Société des sciences médicales de Tunisie
Imprimerie SEFAN Tunis 1952
7. Le Guide de la santé en Tunisie El Farabi Edition Volume1 édition 2002
Directeur de publication : Abdel Jelil Taabouri

ANNEXE 1

LES FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE HOSPITALIER

Nous présentons en annexe de ce recueil des textes législatifs régissant l'exercice de la médecine générale dans le secteur public, la circulaire ministérielle n° 44/2010 datée du 4 juin 2010, réglementant les fonctions du chef de service hospitalier.

Cette circulaire s'applique aussi bien pour les chefs de service hospitaliers des hôpitaux de circonscription, des hôpitaux régionaux et des établissements sanitaires à vocation universitaire, de ce fait nous n'avons pas pu l'insérer dans un chapitre spécifique à l'organisation locale et/ou régionale et nous avons préféré la mettre en relief en annexe malgré sa faible force juridique dans la hiérarchie des textes.

Le chef de service hospitalier est un cadre technico- administratif hautement qualifié dont le rôle est d'animer l'équipe d'un service hospitalier.

La mission de ce service comprend les fonctions suivantes :

- 1. une fonction d'accueil et de communication**
- 2. une fonction de prestation des soins**
- 3. une fonction de relation avec les autorités sanitaires, locales, régionales et centrale.**
- 4. une fonction de gestion des ressources humaines et matérielles mises à sa disposition**
- 5. une fonction de promotion de la santé**
- 6. une fonction de formation, d'encadrement et de recherche**
- 7. une fonction de promotion de la qualité**

Dans son action, le chef de service hospitalier est en permanence guidé par le souci de :

- garantir aux utilisateurs du service qu'il dirige des prestations efficaces, sécurisées et humanisées en tenant compte des progrès de la science, des coûts les plus rationnels et des moyens mis à sa disposition.
- diriger, d'une façon générale, le service avec sérieux, efficacité et un sens aigu des responsabilités inhérentes au bon fonctionnement du service public.

I. Au titre de la fonction de l'accueil et de la communication :

Le Chef de service doit veiller :

- à faciliter l'accès des patients aux soins ;
- à assurer leur prise en charge adéquate compte tenu des moyens disponibles ;
- à humaniser les rapports entre le personnel soignant et les patients ;
- au respect de la charte du patient.

I. Au titre de la fonction de prestation de soins :

Le chef de service organise et contrôle :

- le bien fondé des prestations par rapport aux problèmes de santé et aux besoins des utilisateurs ;
- la qualité et la conformité des prestations aux données acquises de la science
- la permanence des prestations dans le temps (jours et nuits, fins de semaine et jours fériés) ;
- la prise en compte des besoins d'hospitalisation imminente exprimés par le service d'accueil des urgences de la structure sanitaire d'appartenance ;
- la continuité des prestations, en liaison avec les autres structures d'origine ou de destination des utilisateurs ainsi que tous les partenaires et gestionnaires de soins.

Il doit :

- veiller à l'établissement des organigrammes de travail et des programmes d'activité du service ;
- veiller au respect de l'éthique et de la déontologie médicale et pharmaceutique ;
- veiller à la promotion de l'hygiène du personnel, des locaux, des équipements et des instruments ;
- veiller à rationaliser la prescription des médicaments, des examens complémentaires et des produits consommables, dans un souci d'efficacité et d'efficience ;
- superviser la tenue des dossiers, des documents et des instruments de travail, de formation et de recherche ;
- organiser et contrôler la collecte, le traitement et la gestion de l'information médicale ;
- s'assurer de la tenue, de la confidentialité et de l'archivage du dossier médical.

III. Au titre des relations avec les autorités sanitaires locales, régionales et centrales :

Le chef de service doit :

- veiller à l'acheminement au niveau local, régional et national de l'information sanitaire et tenir son équipe informée de la situation générale du système de santé et particulièrement de la situation épidémiologique dans la région et le pays ;
- élaborer, avec les membres de l'équipe des plans d'action, en suivre la mise en oeuvre et en assurer l'évaluation ;
- participer à l'élaboration des plans de développement de l'établissement sanitaire auquel appartient le service qu'il dirige ;
- participer à la préparation du budget de fonctionnement de l'établissement et à la ventilation des crédits entre les services pour les établissements qui utilisent cette technique.

Dans l'exercice de toutes ces fonctions, le chef de service hospitalier est appelé à la coordination la plus étroite possible avec l'administration de l'établissement hospitalier, son comité médical et son conseil d'administration (ou d'établissement).

IV. Au titre de la fonction de gestion des ressources humaines et matérielles

mises à sa disposition :

Le chef de service doit :

- assurer et contrôler la répartition dans le temps et dans l'espace du personnel du service en fonction des tâches à accomplir, des profils de poste et de la charge de travail ;
- organiser et animer des réunions entre les membres de l'équipe pour définir des objectifs communs orientés vers la promotion de la qualité des soins ;
- motiver, encourager et aider activement les membres de l'équipe à atteindre les objectifs fixés en commun ;
- veiller à maintenir un climat de confiance, de collaboration, de respect, d'harmonie et d'équité entre tous les membres de l'équipe et tous les autres partenaires et gestionnaires de soins ;
- exercer son autorité sur l'ensemble du personnel du service, notamment en ce qui concerne le respect des horaires de travail et l'application des textes règlementaires ;
- veiller à maintenir un climat de confraternité entre les membres de l'équipe médicale dans le respect de la déontologie et de la liberté de choix du patient.

Il doit:

- veiller à la bonne conservation des matériels et équipements du service et doit, notamment, signaler à l'administration tout usage abusif, vols ou dégâts constatés ;
- élaborer toutes les propositions relatives à l'équipement du service ;
- informer l'administration de tout incident, qu'il juge important, avec ou entre les malades, les visiteurs et le personnel ;
- participer, par des choix pertinents, à la diminution des coûts de la santé et à l'utilisation adéquate des moyens mis à sa disposition.

V. Au titre de la fonction de promotion de la santé :

Le chef de service doit :

- intégrer les dimensions préventives et éducatives de l'action sanitaire dans les activités du service qu'il dirige ;
- associer le service qu'il dirige aux actions régionales et nationales d'information, d'éducation et de communication pour la santé ;
- prendre en considération dans les plans de traitement post hospitalisation des actions de prévention, de réadaptation et de réinsertion sociale et professionnelle.

VI. Au titre de la fonction de formation, d'encadrement et de recherche

VI.1. Formation et encadrement :

Le chef de service doit organiser et contrôler :

- l'accueil et la prise en charge des stagiaires affectés dans le service, conformément aux objectifs éducationnels, tout en tirant profit des mécanismes officiels d'encouragement à la recherche scientifique ;
- la programmation, le déroulement et l'évaluation des activités des stagiaires ;
- le déroulement et l'évaluation de la formation continue des personnels permanents du service conformément aux objectifs éducationnels et en coordination avec les institutions d'enseignement ;
- la coordination de son enseignement avec celui dispensé dans d'autres structures.

VI.2. Recherche :

Le chef de service doit :

- identifier les thèmes de recherche pertinents par rapport aux priorités nationales et aux besoins des utilisateurs, orientés vers la promotion de la qualité des soins ;
- élaborer des travaux et protocoles de recherche et contrôler leur qualité scientifique et leur conformité à l'éthique professionnelle ;
- collaborer aux travaux multicentriques et multidisciplinaires ;
- associer le service qu'il dirige aux recherches pour la santé menées par d'autres structures.

VII. Au titre de la fonction de promotion de la qualité :

Le chef de service doit :

- lutter contre les infections nosocomiales ;
- assurer l'amélioration continue de son service en ciblant des indicateurs de qualité (DMS, Taux d'occupation des lits, Consommation totale et moyenne de médicaments...) ;
- procéder à l'autoévaluation de son service, à la détection des insuffisances et à la mise en place des actions correctives et le suivi de leur application ;
- rédiger des protocoles thérapeutiques ;
- élaborer des procédures concernant l'hygiène du personnel appartenant à son service ;
- élaborer des procédures concernant la maintenance préventive et curative des équipements mis à sa disposition ;
- évaluer la qualité des prestations (par des staffs, actions d'audit, études d'incidents critiques...).

ANNEXE 2

Nous avons publié aux pages **80** et **81** du présent recueil, les questions posées aux différents concours de principalat depuis 1992 à 2008, et aux pages 87 et 88 les questions posées aux différents concours de majorat depuis 1999 à 2008, relatives aux anciens programmes du concours de principalat et de majorat.

Nous publions en annexe 2 de ce recueil les questions posées en 2010 et relatives aux nouveaux programmes de ces concours et conformément aux nouvelles modalités de l'arrêté du 31 décembre 2009, publié à la page 87 du JORT n°3 du 8 janvier 2010

Il à signaler qu'en 2009 il n'y a eu ni un concours de principalat ni un concours de majorat.

2010

PRINCIPALAT

1. Diagnostic des hémorragies digestives
2. Prévention et diagnostic étiologique de l'insuffisance rénale chronique
3. Physiopathologie du pied diabétique
4. Epidémiologie, dépistage et prévention du cancer du sein

MAJORAT

1. Syndrome confusionnel : Définition et diagnostic étiologique
2. Dépression du sujet âgé
3. Coma : diagnostic étiologique et conduite à tenir en urgence
4. Tabagisme : Epidémiologie et moyens de lutte selon le programme national

