

## Vers un nouveau Code de Déontologie Médicale Tunisien

Abir Aissaoui, Nidhal Haj Salem, Ali Chadly

*Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir*

A. Aissaoui, N. Haj Salem, A. Chadly

A. Aissaoui, N. Haj Salem, A. Chadly

Vers un nouveau Code de Déontologie Médicale Tunisien

Towards a new Tunisian Medical Code of Deontology

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°06) : 373 - 377

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°06) : 373 - 377

### RÉSUMÉ

Le Code de Déontologie médicale est un texte réglementaire rassemblant l'ensemble des devoirs incombant aux médecins vis-à-vis de leurs patients, confrères, auxiliaires ou vis-à-vis de la société. La déontologie professionnelle étant évolutive, le code doit être révisé de façon périodique en fonction des avancées scientifiques, législatives et des mutations de la société.

Le premier Code de Déontologie Médicale Tunisien (CDMT) a été promulgué en 1973. Ce dernier a été abrogé en 1993 par le Code de Déontologie Médicale actuellement en vigueur. Cette dernière version n'a fait l'objet d'aucune modification ou révision et ne semble plus adaptée aux conditions actuelles d'exercice de la médecine.

Le CDMT ne renferme pas de dispositions relatives à l'information et au consentement aux soins, à la prise en charge de la douleur, aux soins de fin de vie et à la protection des données médicales. Il est aussi en retard par rapport à l'évolution des textes juridiques tunisiens. Dans ce cadre, nous notons surtout l'absence de règles déontologiques relatives à la procréation médicalement assistée et à la transplantation d'organes.

Nous nous proposons dans ce travail d'analyser les insuffisances du CDMT et de proposer des modifications en vue de l'actualiser.

### SUMMARY

The Medical Code of Deontology is a legal text including the physician's duties towards his patients, colleagues, auxiliaries and the community. Considering the scientific, legal and social changes, the deontology code should be revised periodically.

The first Tunisian Medical Code of Deontology (TMCD) was promulgated in 1973 and abrogated in 1993 by the new Code. This version has never been reviewed and does not seem to fit the current conditions of medical practice.

The TMCD does not contain texts referring to information given to the patient, pain control, palliative care and management of the end of life as well as protection of medical data. Furthermore, the TMCD does not include rules related to tissues and organs transplantation and medical assisted human reproduction in accordance with Tunisian legal texts.

We aim in this paper at analyzing the insufficiencies of the TMCD and suggesting modifications in order to update it.

### Mots-clés

Déontologie médicale- Code- Médecin- Révision

### Key- words

Medical Deontology – Code – Physician- Revision

La Déontologie médicale est l'ensemble des règles et des devoirs incombant aux médecins vis-à-vis de leurs patients, confrères, auxiliaires ou vis-à-vis de la société.

La notion de devoirs professionnels du médecin trouve son origine dans les écrits d'Hippocrate. La matérialisation de ces principes dans un texte juridique date en Tunisie de 1973 (1), date de publication du premier Code de Déontologie médicale Tunisien (CDMT). Depuis sa parution, le CDMT n'a fait l'objet que d'une seule révision en 1993 (2).

La déontologie a un double objectif. Le premier est que chaque personne ayant besoin d'être soignée le soit dans le respect et pour la défense de ses propres intérêts. La déontologie vise aussi à assurer l'intérêt collectif pour mettre la profession médicale en situation de servir au mieux la santé de la population dans le cadre de l'ordre public (3).

Le Code de déontologie médicale est un texte réglementaire rassemblant les éléments d'un discours sur les devoirs des médecins. Il n'est pas un référentiel édictant des normes techniques et des « bonnes pratiques ». Il porte sur la personne du professionnel en relation, sur les principes de l'action plus que sur son déroulement et la réalisation des actes. Il constitue une base juridique pour le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Même si les fondements de l'acte de soins se modifient peu, la déontologie évolue. Elle est élaborée par la profession représentée par l'Ordre des médecins dont c'est la principale attribution, avec la charge de l'adapter, de la faire respecter et de sanctionner tout manquement à son endroit. La déontologie est donc évolutive ainsi le code est habituellement révisé de façon périodique en fonction des avancées scientifiques, législatives et de l'évolution de la société.

Le but de ce travail est d'analyser les insuffisances du CDMT encore en vigueur et de proposer des modifications en vue de l'actualiser.

#### **Historique de la déontologie médicale :**

Hippocrate, père spirituel de l'art médical moderne, est le premier à avoir introduit un ensemble de règles que doit respecter le médecin lors de l'exercice de son art. Ces règles ont été regroupées dans un Serment que doit prononcer le médecin à la fin de sa formation. Le Serment d'Hippocrate constitue, en soi, un recueil d'un ensemble de règles déontologiques. Il met l'accent sur le principe fondamental du respect de la vie, sur l'obligation de défendre l'intérêt du malade, de garder ses secrets et de protéger son intégrité ainsi que sur le devoir de maintien de la solidarité et la cohésion entre les médecins. Toutefois, la principale lacune de ce texte est qu'il ne se prononce pas sur la compétence du médecin.

Le terme « déontologie » a été introduit par le philosophe utilitariste anglais Jeremy Bentham (1748-1832). Ce terme a été créé à partir de la combinaison de deux racines grecques pour désigner la notion de « discours sur les devoirs ». C'est en 1825 que le terme « déontologie » apparaît pour la première fois en langue Française à l'occasion de la traduction du livre de Jeremy Bentham intitulé « Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'art et des sciences » (4). Toutefois, un « Code de déontologie » n'a été officiellement adopté en France qu'en 1940 et il n'a été officiellement publié qu'en Juin 1947 (5). Le Code de déontologie médicale français

a subi depuis sa parution six modifications, la première a eu lieu en 1955, la dernière modification de ce Code remonte à 2005 (6).

En Tunisie, l'article 13 de la loi n°58-38 du 15 mars 1958 relative à l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de vétérinaire a prévu un code de déontologie médicale (7). Ce code n'a été promulgué qu'en 1973 par le Décret n° 73-496 du 20 Octobre 1973 portant Code de déontologie Médicale (1) et de 1958 à 1973 le Conseil de l'Ordre des médecins tunisiens recommandait aux médecins Tunisiens de se conformer aux prescriptions du Code Français de déontologie médicale (5).

L'actuel CDMT a été promulgué par le Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993 Publié dans le Journal Officiel de la République Tunisienne (2).

#### **Analyse de l'actuel Code de déontologie médicale :**

Le Code Tunisien de déontologie médicale comportait dans sa version de 1973, 8 chapitres ou titres incluant 104 articles (1). Le code actuel est composé de 7 titres incluant 123 articles (2). Par rapport à la version de 1973, deux types de modifications ont eu lieu : des modifications de forme dans la mesure où il comprend 7 titres au lieu de 8 dans l'ancien code et 123 articles au lieu de 104 et des modifications de fond présentées dans certains nouveaux titres et / ou articles ainsi :

- L'article premier qui stipule que les conditions du code s'appliquent non seulement aux médecins inscrits au tableau mais aussi à tous les médecins exécutant un acte professionnel dans le pays dans les conditions prévues par la loi n° 91-21 du 13 mars 1991 ou par une convention internationale ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement.

- L'article 7 qui témoigne du devoir de respect de l'intégrité physique et morale de la personne détenue.

- L'article 9 qui élargit la règle du secret professionnel aux collaborateurs du médecin traitant.

- L'article 13 qui restreint le champ d'activité du médecin au domaine de ses qualification et compétences

- L'article 14 qui stipule que le perfectionnement des connaissances et leur entretien constituent un devoir du médecin.

- Le titre V intitulé « des règles particulières à certains modes d'exercice » qui vient remplacer le titre V ancien qui était réservé aux droits et devoirs du médecin en cas de conflit armé et qui a été supprimé en raison du fait que le médecin continue à avoir les mêmes devoirs et à bénéficier des mêmes droits en l'absence ou en présence d'un conflit armé. Le nouveau titre V autorise et organise l'exercice de la médecine de groupe.

#### **Insuffisances de l'actuel Code de déontologie médicale :**

Depuis sa publication en 1993, le CDMT n'a pas fait l'objet de modifications ou de révisions. Lors de sa rédaction, le législateur tunisien s'est inspiré du Code de Déontologie Médicale Français. Ce dernier renferme dans sa dernière version des dispositions déontologiques relatives à la santé publique, au consentement du malade, au prélèvement des tissus et des organes, à l'assistance médicale à la procréation, au traitement de la douleur, à l'accompagnement du mourant, à la chirurgie mutilante, à la prise en charge du malade mineur, à l'archivage des dossiers et des données médicales et à la

possibilité d'exercer la Médecine dans plusieurs locaux (cabinets secondaires) (5). En Tunisie, aucun de ces aspects, malgré leur pertinence, n'a fait l'objet de textes spécifiques dans le CDMT, c'est dire l'importance d'actualiser ce dernier afin de le rendre conforme aux exigences de la pratique médicale de nos jours.

**Propositions pour le futur CDMT :**

Le Code de déontologie médicale doit être lu comme la synthèse des enseignements d'une longue pratique médicale, régulièrement confrontée à des problèmes éthiques auxquels elle a cherché à apporter des solutions.

Ainsi et compte tenu de ces nombreux problèmes, un nouveau CDMT doit voir le jour, renforçant notamment les droits des patients sur plusieurs plans :

**L'information du patient :** Le renforcement de cette notion répond à une tendance générale visant à corriger certaines insuffisances de l'information du malade. Rappelons tout d'abord que l'information du malade ne se limite pas à la transmission de données nécessaires à l'obtention de son consentement à la réalisation de l'acte diagnostique ou thérapeutique qu'on lui propose. Tout malade doit être tenu régulièrement informé de son état, a fortiori, en cas de complication iatrogène ou d'évolution défavorable. En effet, le secret médical n'est pas opposable au patient lui-même et le devoir d'information constitue une obligation tout d'abord morale mais aussi légale et nécessitant un renforcement déontologique. Dès lors, le Décret 81-1634 du 30 novembre 1981 portant règlement général intérieur des Hôpitaux (8) stipule dans son article 33 que les médecins doivent donner au malade dans les conditions fixées par le Code de Déontologie, les informations sur leur état qui leur sont accessibles. Dans la mesure du possible, les traitements et soins proposés aux malades doivent aussi faire l'objet d'une information de la part du médecin. Cette information doit être loyale, claire et appropriée à leur état (9).

Toute personne a en effet le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur éventuelle urgence, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comprennent ainsi que les autres solutions possibles et les suites probables en cas de refus (10). Seuls, l'urgence et le cas du mineur peuvent dispenser le médecin de cette obligation d'information ; toutefois l'âge de l'enfant ne doit pas faire obstacle ou donner prétexte à un non-dit. En fait, l'information médicale est bénéfique pour l'enfant qu'elle concerne puisqu'elle répond au besoin de son respect en tant qu'être humain construisant sa personnalité, son histoire et son identité, en tenant compte de son niveau de compréhension (11).

L'information est donc un droit de la personne, toutefois la volonté de celle-ci d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission (12).

**Le secret médical :** La définition du secret médical lui-même n'a pas été précisée dans le CDMT. Le secret médical couvre

tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris tel que l'article n°4 du CDM français l'a défini (6). Le secret médical persiste après le décès du malade (13) comme l'a stipulé l'article 2 du CDM français : « Le médecin au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect de la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort » (6). Cette notion n'a pas été développée par le CDMT. De plus, il est primordial de renforcer dans le CDMT certains aspects déontologiques du secret médical du fait de la multiplication du nombre des intervenants auprès du malade (personnel soignant, administration, assurances.....). La loi organique 2004-63 du 27 juillet 2004 relative à la protection des données à caractère personnel a consacré une section pour le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé (14). L'article 65 de cette loi stipule que le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé ne peut être mis en œuvre que par des médecins ou des personnes soumises, en raison de leur fonction, à l'obligation de garder le secret professionnel (14). Dans le même contexte, le médecin-conseil d'une compagnie d'assurance ne peut révéler à son mandant des renseignements qu'il a reçus du médecin traitant de l'assuré, tenu lui-même au secret médical (15). A ce titre, l'article 8 du Décret n° 2005-3031 du 21/11/2005 fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi portant institution d'un régime d'assurance-maladie, stipule que le praticien-conseil est tenu à respecter les dispositions législatives et déontologiques de la profession notamment en matière de secret professionnel (16).

**L'accès au dossier médical :** Le dossier du patient constitue un élément clé de la qualité des soins. Il permet de disposer à tout moment de l'histoire médicale du patient, des examens réalisés et des traitements prescrits. Il favorise la continuité des soins. L'informatisation du dossier médical ouvre la voie à de nouvelles fonctionnalités : l'aide à la décision, le suivi des indicateurs de santé, notamment pour les maladies chroniques, le rappel automatique des recommandations de bonnes pratiques..... Toutefois, et surtout devant l'extension de l'utilisation de cet outil, l'accès à ce dossier pose, désormais, de nombreux problèmes éthiques. La mise en réseau de l'informatique et les interconnexions possibles peuvent être également sources d'inquiétude (17). Un renforcement des mesures légales et déontologiques est nécessaire afin de garantir le respect de la confidentialité des informations à caractère personnel.

**Le respect de la vie et de la personne humaine :** L'article n°2 de l'actuel CDMT stipule que le respect de la vie et de la personne humaine constitue, en toutes circonstances, le devoir primordial du médecin. Un meilleur développement de ces principes est nécessaire surtout lorsqu'un malade se trouve dans la phase terminale de sa vie, le médecin lui doit toute assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances et préserver sa dignité (18). Le respect de la vie humaine ne doit pas être toutefois poussé jusqu'à un acharnement thérapeutique avec la mise en œuvre d'investigations et de traitement chez des

patients dont le décès est inéluctable ; le renforcement d'une thérapeutique inutile est déjà un concept condamné depuis Hippocrate. Son abandon signifie le passage de soins curatifs aux soins palliatifs nécessaires au traitement de la douleur. Ces soins sont essentiels au bien-être du patient en fin de vie et au respect de sa dignité (19).

**Le traitement de la douleur :** L'intérêt accordé au traitement de la douleur procède du souci de soulager, un tant soit peu, la souffrance des malades, et répond d'autre part aux impératifs de la déontologie de la profession. La prise en charge de la douleur a souvent des implications déontologiques importantes. En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans sa prise en charge (20). Devant le malade douloureux, l'incurable ou le mourant, le médecin doit obéir à un double impératif : assurer le contrôle de la douleur et la prise en charge psychologique. L'intervention du médecin ne peut se réduire aux seuls actes techniques qui mettent en action sa compétence et son expérience. Il aura une écoute attentive, de la compréhension, de la discrétion et manifesterà tout ce que lui dictent sa conscience et son humanité (20). Le traitement et la prise en charge de la douleur constituent ainsi un devoir du médecin ; toutefois, un tel devoir n'implique pas pour lui le recours à des moyens thérapeutiques inutiles ou disproportionnés. Il est légitime de s'abstenir des traitements qui apporteraient peu de bénéfices au regard des désagréments, des contraintes, des effets nocifs ou des privations qu'ils entraîneraient. On pourra interrompre ces traitements lorsque les résultats seront décevants. Un juste respect de la vie humaine n'exige pas davantage.

**La greffe d'organes :** Nous rappelons, que le CDMT est en retard par rapport à l'évolution des textes juridiques tunisiens. En effet, depuis la promulgation en date du 25 mars 1991 de loi relative au prélèvement et à la greffe des organes humains (21),

cette activité est en nette progression en Tunisie, elle est toutefois confrontée à de nombreux problèmes. Il paraît ainsi nécessaire de renforcer dans le CDMT les aspects déontologiques relatifs au prélèvement et à la greffe des organes humains, au recueil du consentement du donneur ou de sa famille, à la notion de consentement présumé et à l'information du malade.

**La procréation médicalement assistée :** Nous signalons de même l'absence dans le CDMT, de développements des aspects déontologiques relatifs à la procréation médicalement assistée. Le principal texte juridique se rapportant à ces aspects a été promulgué par la loi n°2001-93 du 7 août 2001, relative à la médecine de la reproduction (22). Dans ce contexte, le médecin doit donner une information complète et détaillée aux personnes et aux couples qui désirent recourir à une procréation assistée pour leur permettre de faire des choix éclairés, conscients et bien réfléchis. Le médecin s'efforcera toujours de prendre en considération l'intérêt de l'enfant à naître sur le plan de l'équilibre affectif et familial compte tenu des circonstances sociales et juridiques.

---

## CONCLUSION

---

Une mise à jour du CDMT paraît ainsi nécessaire afin d'adapter les règles professionnelles s'appliquant aux médecins dans un contexte social, juridique et scientifique qui évolue. Cette nouvelle édition du CDMT doit tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles et des grands débats contemporains de la bioéthique. Les grands principes déontologiques demeurent. Toutefois, certains changements sont nécessaires du fait de l'évolution de la médecine, des connaissances qui la fondent et de ses conditions d'exercice ainsi que des mutations de la société dans laquelle elle se pratique et qu'elle est censée servir.

## Références

- 1- Décret n° 73-496 du 20 Octobre 1973, portant Code de Déontologie Médicale, Journal Officiel de la République Tunisienne du 25 octobre 1973: 1167-89
- 2- Décret n° 93-1155 du 17 mai 1993. Journal Officiel de la République Tunisienne n°40 des 28 mai et 1er juin 1993:764
- 3- M. Davis. What can we learn by looking for the first code of professional ethics? *Theor Med Bioeth* 2003;24(5):433-54
- 4- B.Hoerni. *Ethique et déontologie médicale, permanence et progrès.* Edition Masson, Paris, 1996, 2000. p 10
- 5- Code de Déontologie Médicale Français. Décret n° 95-1000. Journal officiel de la République Française du 8 septembre 1995.
- 6- Décret n° 2005-481 du 17 mai 2005, Journal Officiel de la République Française du 18 mai 2005 modifiant le Code de déontologie médicale Français.
- 7- Loi n°58-38 du 15 mars 1958 relative à l'exercice des professions de médecin, de médecin dentiste et de vétérinaire. Journal Officiel de la République Tunisienne n° 23 du 21 mars 1958:282-6
- 8- Décret 81-1634 du 30 novembre 1981 portant règlement général intérieur des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la santé publique. Journal Officiel de la République Tunisienne n° 77 du 04 décembre 1981
- 9- G. Valmassoi, D. Mazzon. Informed consent to proposed course of medical treatment: recent case law stances. *Minerva anesthesiol* 2005;71:659-69.
- 10- C. Sicot. Comment informer le patient et sa famille ? Le point de vue juridique. *Réanimation* 2005;14:454-6
- 11- D. Rapoport. The child, his (her) pediatrician and family: a shared medical information. *Archives de Pédiatrie* 2002;9:889-91
- 12- L. Misery, M. Chastaing. Information du patient et annonce du diagnostic de maladie grave. *La revue de médecine interne*

- 2005;26:960-5
- 13- L. Delprat. Du secret médical au secret d'État...ou la justification d'une violation du secret médical par la protection de la liberté d'expression. *Médecine & Droit* 2006;1-10
  - 14- Loi organique 2004-63 du 27 juillet 2004 relative à la protection des données à caractère personnel. *Journal Officiel de la République Tunisienne* n° 61 du 30 Juillet 2004:1988-97
  - 15- M. Olivier. Médecins conseils des compagnies d'assurances et médecins experts judiciaires. *Médecine & Droit* 1996;16:5-9
  - 16- Décret n° 2005-3031 du 21/11/2005 fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie
  - 17- F. Bourdillon. Le dossier du patient. *EMC-Médecine* 2005;2:385-91
  - 18- V. Fineschi, E. Turillazi, C. Cateni. The new Italian Code of medical ethics. *Journal of Medical Ethics* 1997;23:239-44
  - 19- F.Vialla. Le refus de soins peut-il induire une discrimination ? La réforme annoncée de l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique. *Médecine & Droit* (2009) Article in press disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
  - 20- N. Lelièvre. La loi relative au droit des malades en fin de vie : modifications du code de déontologie et décrets d'application : Faisons le point. *Médecine palliative : soins de support – accompagnement - éthique* 2007; 6 :108-13.
  - 21- Loi 91-22 du 5 mars 1991 relative au prélèvement et à la greffe des organes humains. *Journal Officiel de la République Tunisienne* n° 22 du 29 mars 1991: 467-8
  - 22- Loi n°2001-93 du 7août 2001, relative à la médecine de la reproduction. *Journal Officiel de la République Tunisienne* n° 63 du 07Aout 2001:2025-7