

## ÉDITORIAL

03

Il ne sert à rien de soigner l'humain en détruisant son environnement... Une entreprise ne se réduit pas à la production de biens, aux gains récoltés et aux impôts versés, mais c'est également une cellule sociale se devant de s'intégrer dans son milieu et respecter son environnement.

## PAROLES AUX PROFESSIONNELS

08

## Intérêt actuel de la mesure de la qualité de vie dans l'asthme

Les polyneuropathies périphériques  
Formation à l'intervention immédiate et post immédiate dans les situations de catastrophe

## BATAILLE DE VIE

13

## Mon Père à un Alzheimer

De l'annonce à la guérison, en passant par la rechute, le combat que nous livrons contre la maladie nous apprend beaucoup. Pour la maladie d'Alzheimer ce n'est pas le cas de Abdelmajid, 70 ans, professeur de maths atteint de la maladie d'Alzheimer.

## INTERVIEW

## « Mon souhait est de voir l'entreprise évoluer encore plus »

14

Nabil Ben Abda a intégré Médis âgé de 26 ans, aujourd'hui il en a 44 et il y est toujours. Il dit avoir « grandi et vécu la moitié de son existence à Médis », mais, surtout, il a vu se créer et grandir les laboratoires. L'époque la plus marquante de sa carrière dit-il, car « il y a participé ! »...

## VALEURS MédiS

04

## Médis et le respect de la Nature...



L'engagement et l'implication environnementaux de Médis contribuent au respect de la nature, car Médis n'a jamais cessé de penser et d'agir écologiquement. Tout en suivant la politique environnementale de la société :

- Réduire l'émission, optimiser le tri et valoriser les déchets.
- Maîtriser la pollution de nos eaux usées et les déversements accidentels.
- Réduire nos consommations d'eau et d'énergie.

## Médis HEALTHCARE

16

## Le sommeil, ce silence qui nous parle...

Dormir, un mécanisme qui dépasse le simple besoin suscité par l'arrivée de la nuit ou un sommeil nous prenant dans la journée.

## Les apports nécessaires à la femme enceinte

Une femme enceinte se rend compte des nombreux changements qui s'opèrent en elle. Changements d'humeur, métamorphoses du corps, etc., mais beaucoup ne savent pas que cela ne s'arrête pas là et que les apports en fer, iode, calcium, vitamine B9 et D augmentent également dès le début de la grossesse.

17

## Transition Été / Automne

12

## DOSSIER

## Pour une rentrée scolaire en toute quiétude

Après que l'enfant a passé deux mois de vacances à son propre rythme et sans contraintes, vient la rentrée scolaire, constituant aussi bien pour les enfants que pour les parents une source de stress.

## Le retour à la double séance de travail, simple équation ?

« Il n'existe rien de constant, si ce n'est le changement » a dit Bouddha. Alvin Toffler, quant à lui, souligne « le changement n'est pas seulement nécessaire à la vie, il est la vie.

## INTERNATIONAL

18

## Projet d'initiation de l'éducation thérapeutique : Exemple de la polyarthrite rhumatoïde

La mise en place d'une unité d'éducation thérapeutique dans le service de Médecine interne/rhumatologie de l'hôpital Dalal Jamm de Dakar au Sénégal...

## 05, 06, 07

## RÉFLEXIONS

- La vocation poétique du médecin, destin ou instinct
- Recherche médicale et prévention des conflits d'intérêts
- Les différentes responsabilités auxquelles fait face le médecin

# ATOR<sup>®</sup>

Atorvastatine

LA FAMILLE  
S'AGRANDIT...



Comité éditorial

**DIRECTEUR  
DU COMITÉ ÉDITORIAL:**  
Hatem AMIRA

**COORDINATRICE:**  
Imen BOUJBEL

**SECRÉTAIRE DE RÉDACTION:**  
Hatem AMIRA

**INFOGRAPHISTES :**  
Hamdi NAILI / Mohamed KRIMI

**RÉDACTEUR EN CHEF:**  
Hajer AJROUDI

**LA RÉDACTION :**  
Imen BOUJBEL  
Med BOUCHOUCHA  
Inès JLASSI  
Linda KNANI  
Mohamed Amine BOUJBEL  
Dalila DJEMEL

Editorial,



par Dr. Lassaad BOUJBEL

Il ne sert à rien de soigner l'humain en détruisant son environnement... Une entreprise ne se réduit pas à la production de biens, aux gains récoltés et aux impôts versés, mais c'est également une cellule sociétale se devant de s'intégrer dans son milieu et respecter son environnement. Les valeurs de MédiS quant à la préservation de l'environnement se manifestent dans une stratégie globale lui ayant valu la certification ISO14001 obtenue en 2009 dans le cadre du système de management intégré SMI. Cette stratégie, nous y reviendrons dans un article détaillé publié dans ce même numéro, repose sur trois axes ayant chacun plusieurs objectifs. Ainsi, la politique de MédiS dans la fabrication de produits pharmaceutiques, prend en compte la réduction de l'émission en maîtrisant le taux du CO lors de la

combustion, l'optimisation du tri et la valorisation des déchets. Le deuxième axe consiste en la maîtrise de la pollution des eaux usées et des déversements accidentels. À une époque où la pauvreté en eau devient une réelle menace susceptible de générer des guerres et des conflits, où la consommation d'énergie frôle le gaspillage, MédiS prend des mesures adéquates pour réduire la consommation d'eau et d'énergie. Les laboratoires disposent par exemple d'un forage qui alimente sept bâtiments en eau potable, eau pharmaceutique, eau purifiée pour les préparations injectables. Pour MédiS, il ne sert à rien de fabriquer des produits pharmaceutiques pour prévenir ou guérir les maux et les pathologies en fragilisant l'environnement et en participant à la destruction de la planète...

SOMMAIRE

- Editorial, par Lassaad Boujbel : Il ne sert à rien de soigner l'humain en détruisant son environnement...	P. 3
- Valeurs MédiS : MédiS et le respect de la nature...	P. 4
- Réflexions : Recherche médicale et prévention des conflits d'intérêts	P. 5
- Réflexions : La vocation poétique du médecin, destin ou instinct	P. 6
- Réflexions : Les différentes responsabilités auxquelles fait face le médecin	P. 7
- Paroles aux professionnels : Intérêt actuel de la mesure de la qualité de vie dans l'asthme	P. 8
- Paroles aux professionnels : Les Neuropathies Périphériques	P. 10
- Paroles aux professionnels : Formation à l'intervention immédiate et post immédiate dans les situations de catastrophe	P. 11
- Dossier : Transition Été / Automne	P. 12
Le retour à la double séance de travail, simple équation ?	P. 12
Pour une rentrée scolaire en toute quiétude	P. 12
- Bataille de vie : Mon Père a un Alzheimer...	P.13
- Portrait / Carrière : Nabil Ben Abda « Mon souhait est de voir l'entreprise évoluer encore plus »	P. 14
- Healthcare : Le sommeil, ce silence qui nous parle...	P. 16
- Healthcare : Les apports nécessaires à la femme enceinte	P. 17
- International : Projet d'initiation de l'éducation thérapeutique :	P. 18
Exemple de la polyarthrite rhumatoïde : un modèle de douleur chronique	P. 18
- Divertissement	P. 19

## MédiS et le respect de la nature...

**L'engagement et l'implication environnementaux de MédiS contribuent au respect de la nature, car MédiS n'a jamais cessé de penser et d'agir écologiquement.**

**Tout en suivant la politique environnementale de la société :**

**-Réduire l'émission, optimiser le tri et valoriser les déchets.**

**-Maîtriser la pollution de nos eaux usées et les déversements accidentels.**

**-Réduire nos consommations d'eau et d'énergie.**

Le volet environnement est audité et inspecté via des audits internes et externes, des audits clients, des audits ministères de Santé internationaux et l'inspection du ministère de la Santé publique.

À l'issue de ces inspections, des plans d'action sont générés, pilotés par un service dédié.

Ces actions sont naturellement en cohérence avec des normes et exigences réglementaires.

### Réduire l'émission, optimiser le tri et valoriser les déchets

L'émission atmosphérique est contrôlée par la maîtrise du taux du CO lors de la combustion.

Un projet de campagne de mesures des émissions atmosphériques de la nouvelle unité de production des formes sèches a également été mis en place. Des opérations de dératisation, de désinfection, et de désinsectisations périodiques sont menées en permanence pour la lutte contre les nuisibles et rongeurs.

Toujours dans le même cadre, la valorisation de tous les déchets et l'optimisation de leur recyclage font partie de la politique environnementale de MédiS.

Dans le cadre du premier axe de cette politique, des sensibilisations sont effectuées pour les intervenants de toutes les zones génératrices de déchets (production, emballage, laboratoires, zones techniques, magasins, réfectoire...) sur le tri sélectif et à la source tout en suivant des procédures internes mises en vigueur.

Une convention avec les services municipaux pour l'enlèvement journalier des déchets organiques a été signée.

MédiS gère également ses déchets pharmaceutiques et la destruction chez un prestataire agréé par l'ANPE.

D'autres projets sont en vue comme le projet de gestion des DASRI qui consiste en la signature d'une convention avec un prestataire agréé pour la récupération et la destruction des déchets d'activité de soin à risque infectieux.

Un deuxième projet, celui de la destruction des déchets dangereux (DD) est planifié vu le problème de la décharge de Jradou. Ainsi, il y aura une convention avec un prestataire récemment agréé pour enlèvement et traitement des déchets dangereux tels que les acides, les bases, périmés ou refusés, les rejets HPLC, etc.

### Maîtriser la pollution de nos eaux usées et les déversements accidentels

Les analyses d'eau usée sont effectuées trimestriellement et des analyses supplémentaires ponctuelles (circuit interne des eaux usées) se font en cas de non-conformité. Des sensibilisations seront effectuées pour rectifier la dite non-conformité. Les déversements accidentels sont maîtrisés par des bacs de rétention et des kits de déversements.

Un projet de répartition de tous les espaces par des kits de déversement, après les extensions, est également programmé.

### Réduire nos consommations d'eau et d'énergie

MédiS dispose d'un forage qui alimente sept bâtiments en eau potable, eau pharmaceutique, eau purifiée, pour les préparations injectables.

Un projet d'installation d'un système de tri-génération pour la production de l'énergie électrique et l'énergie thermique est en cours d'exécution.

Malgré son non-assujettissement, MédiS envisage d'effectuer un audit énergétique.

### Une équipe compétente et engagée

Au fur et à mesure, le responsable environnement fait migrer les aspects environnementaux vers des aspects plus techniques atteignant plusieurs axes en collaboration avec l'équipe de maintenance, à savoir:

**-L'électricité**

**-Le circuit gaz**

**-Les chaufferies**

**-Le traitement d'air**

**-Les fluides techniques (chaud et froid)**

L'équipe opérationnelle de ce service se compose de :

4 Femmes de ménages : nettoyage extérieur et zones techniques.

3 jardiniers : jardinage, propreté du site, badigeonnage.

3 agents de gestion des déchets : tri sélectif, collecte, transport, stockage des déchets industriels, déchets pharmaceutiques et déchets dangereux.

Le travail de cette équipe a contribué à la réussite du respect des exigences environnementales dont fait preuve l'étude de dépollution (étude d'impact environnemental.)

Suivant le texte réglementaire « Décret n°2005-1991 du 11 juillet 2005, relatif à l'étude d'impact sur l'environnement et fixant les catégories d'unités soumises à l'étude d'impact sur l'environnement ». Cette étude a été déposée auprès de l'Agence nationale de protection de l'environnement depuis 2009 et approuvée en 2013 pour deux unités de production MédiS 1 et MédiS 2.



**Madame Jihène Daabek,**  
Jeune environmentaliste de formation académique  
en « génie de protection et lutte contre la pollution »  
Responsable Environnement MédiS,

Après maintes extensions, une étude exhaustive de tout le pôle MédiS a été déposée en avril 2016, puis révisée et mise à jour en mars 2017.

MédiS a tout récemment obtenu l'approbation de l'Agence nationale de protection de l'environnement pour l'étude de dépollution de tout le pôle MédiS en juillet 2017.

Cette approbation débloque la situation du dossier des établissements classés et permet d'obtenir l'« Attestation de Prévention » et que notre site sera classé « de deuxième catégorie. »

Encore un grand pas franchi sur la voie du respect de l'environnement pour lequel se sont engagés les laboratoires MédiS.



## Recherche médicale et prévention des conflits d'intérêts

*Au cours du dernier siècle, la découverte et la mise sur le marché de nombreux médicaments et vaccins ont indéniablement contribué à révolutionner le domaine de la santé. Malgré l'ampleur de ces progrès et les bénéfices qui en ont découlé, la recherche médicale sponsorisée par l'industrie pharmaceutique continue d'être la cible de nombreuses critiques dont principalement les soupçons et accusations de conflits d'intérêts.*

Dans le cadre de la recherche, un éventuel conflit d'intérêts existe chaque fois que le jugement professionnel de l'investigateur concernant un intérêt primaire (tel que le bien-être du patient ou la pertinence de la recherche) peut être indûment influencé par un intérêt secondaire (gain financier potentiel, progression de carrière, considérations ou relations personnelles, investissements, cadeaux, paiements de service, etc.) (1). Les médecins sont soumis à tout un ensemble de normes professionnelles et obligations éthiques, y compris les politiques d'information institutionnelles, mais aussi les règlements du gouvernement en matière de déclaration des conflits d'intérêts potentiels financiers dans la recherche clinique au cours du processus d'approbation des médicaments.

**L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié plusieurs bénéfices à l'enregistrement des essais cliniques dont notamment (3) la prise de décisions mieux informées et la prévention contre les publications biaisées et les rapports sélectifs, ainsi que celle contre la duplication inutile des essais cliniques.**

L'industrie pharmaceutique se doit de reconnaître et soutenir les médecins et les chercheurs à répondre à ces normes et obligations éthiques, y compris pour

répondre à certaines exigences pour les auteurs. Ainsi, lorsque ces derniers soumettent un manuscrit à une revue médicale, qu'il s'agisse d'un article ou d'une lettre, ils sont tenus de déclarer toutes les relations financières et personnelles qui pourraient biaiser les résultats de leur travail.

Pour éviter toute ambiguïté, les auteurs doivent indiquer explicitement si des conflits potentiels existent ou n'existent pas. Ils devraient également identifier les personnes qui fournissent une assistance écrite ou autre et divulguer la source de financement pour cette aide. Les auteurs doivent décrire le rôle du ou des promoteurs de l'étude, le cas échéant, dans la conception de l'étude; dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données; dans la rédaction du rapport et dans la décision de soumettre le rapport pour publication.

D'autre part, les nouvelles recommandations exigent que tous les essais cliniques soient inclus dès le départ dans des registres accrédités par l'ICMJE (comité international des éditeurs de journaux médicaux) avant même que le recrutement des patients ne commence. Par exemple, la Déclaration d'Helsinki indique que « toute recherche impliquant des êtres humains doit être enregistrée dans une banque de données accessible au public avant que ne soit recrutée la première personne impliquée dans la recherche. » (2)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié plusieurs bénéfices à l'enregistrement des essais cliniques dont notamment (3) la prise de décisions mieux informées et la prévention contre les publications biaisées et les rapports sélectifs, ainsi que celle contre la duplication inutile des essais cliniques. En font partie la promotion du recrutement des participants à la recherche et d'une collaboration efficace entre les chercheurs, ainsi que l'amélioration de la qualité générale des essais cliniques. Dans ce cadre, en sus de l'application des recommandations de bonnes pratiques cliniques



(BPC) les laboratoires MédiS, en tant que promoteur et partenaire de nombreux projets de recherche médicale en Tunisie, ont procédé à l'enregistrement des protocoles de ces études au registre international ClinicalTrials.gov pour renforcer la transparence et limiter les biais liés aux conflits d'intérêts.

**Mohamed BOUCHOUCHA**

### Bibliographie

1. Joël Moret-Bailly, Les conflits d'intérêts en santé, première approche. Comité national d'éthique médicale, colloque international « Les conflits d'intérêts en santé », septembre 2010.
2. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
3. Système d'enregistrement international des essais cliniques (ICTRP) <http://www.who.int/ictcp/about/fr/>



## Au service de la santé

### PREUVES BASEES SUR LES EVIDENCES CLINIQUES

50 Etudes cliniques  
622 Sites investigateurs  
26 Essais thérapeutiques  
4 Essais thérapeutiques Phase III (AMM)

### EQUIVALENCE / BIOSIMILARITE

160 685 Patients inclus  
11 Articles publiés et 12 en cours  
Soutien à la Recherche Académique  
Parrainage des études cliniques  
Organisation de Prix MédiS de la Recherche Médicale

### FORMATION EN RECHERCHE ET REDACTION MEDICALE

Bonnes Pratiques Cliniques  
L'analyse statistique (SPSS)  
La recherche bibliographique

## La vocation poétique du médecin, destin ou instinct

*La vocation poétique est par nature ancrée en nous tous. Nous incarnons cet instinct dès la naissance. D'ailleurs les cris de joie ou de souffrance que nous manifestons lors de notre arrivée au monde en témoignent.*

Une fois réunis les facteurs favorables à son épanouissement, la pulsion naturelle dite « instinct » se concrétise et devient alors « vocation. »

Très tôt, je me suis trouvé hanté par le désir pressant de m'exprimer par le verbe. Je composais des essais sous forme de poèmes que je montrais timidement à mes enseignants.

L'expérience soutenue, l'ambition devient défi et cherche à venir à bout des difficultés que présente le maniement de la langue mère. Cette langue arabe, passionnante, m'a séduit par la richesse de son vocabulaire, l'ampleur de sa grammaire et la cadence de son rythme syllabique qui se mêle au style lyrique de son expression.

**L'histoire de la littérature ne nous montre-t-elle pas que les médecins poètes sont légion ? Citons, entre autres, parmi les plus célèbres : Avicenne<sup>1</sup>, Averroes, Ibn Zohr, Ibn Ennakib, Ibn Ettelmidhi, Ibn Jazzar, Ibn Ennafis, Abou Chadi et Ibrahim Néji, etc., et la liste est longue.**

L'environnement andalou de mon enfance à Testour et le talent en matière de malouf, chant apaisant et séduisant à la fois, m'ont bien aidé. J'ai alors jeté mon dévolu sur la poésie.

Ultérieurement, l'exercice de l'art médical a largement contribué au développement de mes sentiments ainsi qu'à l'épanouissement de mes idées. La fécondité de la médecine et de la littérature m'est alors apparue évidente.

Mon analyse de cette dialectique de l'échange entre médecine et littérature est venue consolider mon attachement à la poésie.

Le titre de Docteur est attribué aux ayants droit dans toute discipline, alors que le qualificatif de « Hakim » n'était autrefois discerné qu'au médecin, considéré comme étant le seul sage de la Cité, disposant d'un savoir qui ne se limitait pas aux prestations de soins. Le « Hakim » était à la fois médecin, philosophe, sociologue, astronome, mathématicien et homme de lettres.

L'histoire de la littérature ne nous montre-t-elle pas que les médecins poètes sont légion ? Citons, entre autres, parmi les plus célèbres : Avicenne, Averroes, Ibn Zohr, Ibn Ennakib, Ibn Ettelmidhi, Ibn Jazzar, Ibn Ennafis, Abou Chadi et Ibrahim Néji, etc., et la liste est longue. En réalisant mes quatre recueils de poèmes : Les inspirations de la route (édité en 2006), Les recommandations de la lune (édité en 2008), à l'ombre des jasmins (édité en 2011) et tout récemment Les êtres m'ont parlé, je me suis rendu compte de ce que la littérature et plus particulièrement la poésie m'ont apporté en tant que médecin et je vous communique en toute naïveté, l'approche adéquate et les sensations vraies dont j'avais besoin pour mieux pratiquer ma profession. Cela inclue l'affinement des sens du médecin, le rendant, à mon humble avis, plus sensible aux manifestations cliniques relatées par les patients : les cris, le sourire, le gémissement, le rire, acquièrent d'autres significations. Elles m'ont aussi aidé à acquérir les comportements face aux souffrances, gagnant en souplesse et m'ont appris à maîtriser la communication et le dialogue, avec le patient, quels que soient son langage et son parler. La poésie annihile l'état de stress et d'angoisse que génère notre lourde responsabilité, essentiellement morale. Le monde de



l'imaginaire s'en trouve élargi, tissant de nouvelles conceptions relatives aux différents organes ainsi qu'à leurs fonctions physiologiques. Le cœur devient bonté et amour, le foie l'être bien-aimé, les yeux une autre variété de l'être cher, les battements du cœur acquièrent d'autres significations. Ainsi, le médecin poète humanise davantage sa profession, la rend plus proche, plus sensible, plus parnassienne. L'engagement sacerdotal du médecin visant le respect de la vie et de la personne humaine l'invite, en tant que poète, à appréhender le corps ou à s'en détacher avec une conscience accrue et des sens aiguisés.

En même temps, l'apport de la médecine au poète est appréciable, lui assurant d'autres ouvertures et un plus grand élan. L'inspiration poétique acquiert d'autres dimensions, adoptant des thèmes nouveaux se rapportant à l'art médical. Aussi, le monde imaginaire du poète médecin se rabat aisément sur des similitudes biologiques: la cadence rythmique du poème est rapprochée des battements du cœur, l'ardeur des sentiments exprimée comme le ruissellement du sang dans les vaisseaux, le chagrin comme un étouffement coupant la respiration.

**Ainsi, le médecin poète humanise davantage sa profession, la rend plus proche, plus sensible, plus parnassienne. L'engagement sacerdotal du médecin visant le respect de la vie et de la personne humaine l'invite, en tant que poète, à appréhender le corps ou à s'en détacher avec une conscience accrue et des sens aiguisés.**

Les troubles de l'humeur, le simple malaise, l'angoisse et la crainte devenant phobie sont considérés comme transcriptions génétiques. Le talent descriptif du poète adopte également des scènes imagées et des métaphores variées comme la joie du cœur, la timidité des joues, le marasme intestinal. Ainsi l'interaction paraît claire entre l'exercice médical et la vocation poétique et se résume en une complémentarité harmonieuse fondée sur leur appartenance au domaine artistique d'une part et sur leur attribution humanitaire de l'autre. Cette complémentarité est appelée à se renforcer, du fait que

la poésie, art complet rassemblant la pertinence romanesque, la virtualité de l'image et la cadence lyrique des vers, est en mesure de se doter de vertus thérapeutiques.

Les interactions de la littérature et des sciences ne sont plus à démontrer. Leur décloisonnement est en plein renouvellement et leurs perspectives d'avenir méritent une analyse approfondie.

Pour finir, j'acquiesce à l'adage qui affirme que science sans conscience n'est que ruine de l'âme et à l'aphorisme d'Aboulkacem Echebbi : « La vie ne tient qu'avec la réflexion et la sensibilité associées, sans lesquelles elle n'aurait pas de sens ». Et je voudrais ajouter, qu'à mon humble avis, une médecine sans sensation ni tendresse ne saurait réaliser pleinement ses objectifs.

**Dr Mokhtar Ben Ismail**



**Abou Al Kacem Chebbi**

هبطت عليك من المجلد الأرفع  
عش بالشعور وللشعور فإنما  
شيدت على العطف العميق وإنها  
ورقاء ذات تعزز وتمنع  
دنياك كون مواطن وشعور  
لتجف لو شيدت على التفكير

## Les différentes responsabilités auxquelles fait face le médecin

*Ces dernières années, le contentieux envers les médecins ne cesse de croître. Cela peut s'expliquer, entre autres, par une surmédiation des erreurs médicales d'un côté et un exercice médical de plus en plus technique et invasif et non dénué de risques d'un autre côté. Cela souligne l'importance du fait que tout médecin, quelle que soit sa spécialité ou son mode d'exercice, doit avoir un minimum de connaissances en matière de juridiction de la santé et qu'il exerce son art en toute diligence et conscience afin de prévenir le risque médico-légal.*

Lors de son exercice, tout médecin est redevable à différents intervenants. Il est tout d'abord redevable à la société, qui lui accorde confiance et autorité afin d'agir sur l'intégrité corporelle des patients pour les traiter. Cette société sanctionnera le médecin qui fera défaut à cette confiance à travers une faute, c'est là le fondement de la responsabilité pénale. Il est également redevable au patient en cas de dommage causé par une faute qu'il aurait commise et devra alors le réparer. C'est le fondement de la responsabilité civile. Il est aussi redevable au conseil de l'Ordre des médecins qui sanctionnera celui ou celle qui fera défaut au code de déontologie médicale, il est question ici du fondement de la responsabilité disciplinaire ou ordinale. Enfin, le médecin exerçant dans une institution hospitalière sera aussi redevable envers son institution en cas de non-respect de la réglementation en vigueur, c'est le fondement de la responsabilité administrative.

### La responsabilité pénale

Il s'agit d'une responsabilité punitive où le juge représente la société pour sanctionner l'auteur d'une infraction au code pénal.

Cette responsabilité présente trois autres caractéristiques. Elle est personnelle et individuelle, c'est-à-dire appliquée à tout médecin, quel qu'en soit le grade, sa spécialité ou son mode d'exercice, incluant même les médecins en formation (internes ou résidents). Cela veut aussi dire que la peine (prison et/ou amende) ne sera purgée que par l'auteur de l'infraction. Elle n'est pas non plus assurable, c'est-à-dire que le médecin ne pourra souscrire de police d'assurance pour couvrir une peine pénale.

Pour que la responsabilité pénale soit retenue, il faut que quatre conditions soient associées. La première est un texte légal qui prévoit une sanction à une infraction (généralement dans le code pénal). Ce texte doit être antérieur au fait réalisé. La deuxième condition est matérielle, il s'agit de la preuve que le médecin a accompli un acte interdit par la loi ou, a contrario, qu'il n'a pas réalisé un acte obligatoire par la loi. Le troisième point moral réside en la capacité d'avoir une intention coupable. Cette capacité est présente chez tout individu âgé de plus de treize ans et qui a toutes ses capacités mentales de discernement. Pour finir, la quatrième condition est l'absence de toute excuse absolue qui aurait pu justifier l'infraction commise, telle que la légitime défense. La faute au sens pénal est donc le fait soit de commettre un acte interdit par la loi (faute par action) ou ne pas exécuter un acte que la loi rend obligatoire (faute par omission). En tout état de cause, elle est différente de l'aléa thérapeutique qui est représenté par une complication prévisible qui aurait pu survenir, même si toutes les précautions ont été prises et en dehors de toute faute ou erreur.

### La faute par action

En plus des fautes générales qui peuvent être commises par tout citoyen (vol, agressions sexuelles, etc.), lors de l'exercice médical, le professionnel peut aussi être l'auteur d'une faute par action liée à son activité. Nous citons ci-dessous les fautes prévues par la législation tunisienne :

-Les coups et blessures ou les homicides involontaires.

Il s'agit du chef d'accusation le plus fréquent. Il s'agit soit d'un dommage corporel causé au patient de façon involontaire au moment de la prise en charge (en consultation, lors d'un acte médical/chirurgical ou dans le suivi) qui est secondaire à une maladresse, une inattention, une imprudence, une négligence, une impéritie ou une inobservation du règlement. Ils sont sanctionnés d'un an de prison.

L'homicide involontaire est représenté par le décès du patient consécutif à une maladresse, une inattention, une imprudence, une négligence ou une inobservation du règlement. Lors de l'expertise, l'existence ou pas d'une des situations précédentes sera évaluée selon les documents médicaux présentés, les dires des différents intervenants, l'examen du patient (s'il est vivant) selon le contexte de l'exercice du médecin poursuivi. Elle est punie de deux ans de prison.

- L'homicide volontaire : l'euthanasie est assimilée en Tunisie à un homicide volontaire ;
- La délivrance de faux certificats médicaux ;
- La divulgation du secret médical ;
- L'aide au suicide ;
- L'avortement illégal ;
- Les interventions pour changement de sexe / la castration ;
- Les infractions aux législations spécifiques relatives telles que la législation relative à la transplantation d'organe ou à celle relative à la prescription de substances vénéneuses.

### Les fautes par omission

Nous citons des exemples de fautes par omission dont la plus grave demeure la non-assistance à personne en péril.

**Schématiquement, la responsabilité civile contractuelle (c'est-à-dire liée à la non-exécution d'un contrat, dans le cas de l'exercice médical il s'agit du « contrat de soin ») nécessite l'association de trois conditions pour qu'elle soit engagée et qui sont la faute, le dommage et la causalité directe.**

La non-assistance à personne en péril nécessite l'association de quatre conditions.

- Personne en péril : être humain vivant, soumis à une situation dont les conséquences sont fâcheuses dans l'immédiat pour l'intégrité corporelle d'un sujet, quelle qu'en soit la cause.
- Défaut d'assistance : il ne s'agit pas de traiter ou guérir le patient, mais de pratiquer des gestes dont on est capable, au moment des faits, à même d'assister la personne.
- Abstention volontaire de porter secours : l'abstention est fautive du moment qu'elle est volontaire même sans l'intention de nuire.
- Absence de risque : l'intervention lors de l'assistance ne devrait pas présenter un risque pour le médecin ou pour toute autre personne.

L'abstention fautive est justiciable d'une peine de cinq ans de prison et 10 000 dinars d'amende. Elle comporte la non-déclaration des naissances, le non-signalement des sévices à enfants, la non-déclaration des maladies contagieuses.

### La responsabilité civile

Il s'agit d'une responsabilité qui se veut indemnitaires. Elle n'est pas personnelle ni individuelle, puisque le médecin est responsable non pas seulement de ses actes, mais aussi de ceux de ses préposés (les collaborateurs agissant sous sa responsabilité) et de celles liées à des objets qu'il a utilisés. De plus, le médecin peut se faire substituer à réparer le dommage



par une tierce personne ou par une compagnie d'assurance.

Schématiquement, la responsabilité civile contractuelle (c'est-à-dire liée à la non-exécution d'un contrat, dans le cas de l'exercice médical il s'agit du

« contrat de soin ») nécessite l'association de trois conditions pour qu'elle soit engagée et qui sont la faute, le dommage et la causalité directe. La faute est définie par des soins non attentifs, non consciencieux et non-conformes aux données actuelles de la science. Il pourrait s'agir d'une faute de technique médicale (à n'importe quel moment des soins) ou d'une faute d'humanisme médical (non-respect de la confidentialité ou une information médicale inadéquate). Le dommage peut être corporel, financier ou extrapatrimonial. Dans les cas extrêmes il peut s'agir de décès du patient. Le lien de causalité direct doit être établi d'une façon certaine entre la faute et le dommage.

La responsabilité civile a été sujette à une évolution incessante des jurisprudences et diffère entre l'exercice libéral et hospitalier. Elle pourrait faire l'objet d'un autre article plus détaillé dans un prochain numéro.

### La responsabilité disciplinaire / ordinale

L'exercice de la médecine en Tunisie prévoit que le médecin soit titulaire du diplôme de Doctorat en médecine et inscrit au tableau de l'Ordre des médecins. Cette inscription se fait après que le professionnel s'est engagé à respecter le code de déontologie médicale, garant de l'intégrité de la profession. Le code de déontologie médicale prévoit les conditions liées à l'exercice médical et gère les relations entre confrères et définit les fautes déontologiques.

Tout médecin qui manque à ses obligations déontologiques se verra sanctionné par le conseil de discipline du conseil national de l'Ordre des médecins. Ces sanctions peuvent aller des blâmes et avertissements jusqu'aux radiations définitives du tableau de l'Ordre des médecins.

### La responsabilité administrative

Il s'agit de la responsabilité du médecin exerçant dans des institutions publiques vis-à-vis de leurs institutions et vis-à-vis des patients consultant l'institution.

Dans le premier cas, il s'agit du fait de respecter le règlement intérieur des hôpitaux ainsi que toutes les législations organisant l'exercice de la fonction publique au risque de sanctions par le conseil de discipline de l'administration.

Dans le second cas, il s'agit de la responsabilité civile du fonctionnaire de l'État face aux usagers de l'institution ce qui pourrait être détaillé dans un article dédié à la responsabilité civile du médecin.

Dr Mehdi BEN KHELIL

## Intérêt actuel de la mesure de la qualité de vie dans l'asthme

Les maladies chroniques, outre les symptômes qu'elles peuvent générer, sont très souvent sources d'altération de la qualité de vie liée à la santé. Cette altération peut être primaire, liée à une lésion structurelle organique avec incapacité, secondaire, liée à une altération fonctionnelle source de handicap et tertiaire, en rapport avec l'interaction du sujet avec son environnement (1).

La qualité de vie liée à la santé est une dimension qui prend toute son importance dans l'asthme, une maladie pouvant être très handicapante et souvent mal vécue par le patient.

Les principaux objectifs du traitement de l'asthme sont la prévention de la mortalité, la diminution de la morbidité et l'amélioration du bien-être des patients. Cependant la relation entre ces différents objectifs est loin d'être établie et une étude factorielle a bien démontré que la corrélation entre les critères de bien-être et les critères symptômes/morbidité est lâche et que la qualité de vie doit être mesurée et interprétée de manière indépendante (2).

**-L'échelle des symptômes comprend 5 éléments et mesure la fréquence des symptômes ;**

**-L'échelle des activités, de 4 éléments, mesure la limitation des différents types d'activités pratiquées par le patient ;**

**-L'échelle émotionnelle, de 3 éléments, reflète dans quelle mesure l'asthme de l'individu déclenche des sentiments**

**de frustration, de peur ou de préoccupation ;**

**-Et, enfin, l'échelle environnementale, de 3 éléments, reflète dans quelle mesure les individus sont gênés ou doivent éviter certains stimuli environnementaux (poussière, fumée de cigarette et pollution de l'air).**

De nombreux questionnaires sur la qualité de vie spécifique à l'asthme ont été développés et validés afin que cet aspect de la prise en charge des patients puisse être mesuré avec précision et s'intégrer dans l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Ces questionnaires sont utilisés aussi bien pour les essais cliniques que pour la pratique et doivent servir, à côté des mesures cliniques plus traditionnelles du contrôle de l'asthme, à évaluer la réponse aux différents traitements.

Parmi ces questionnaires, ceux développés pour les adultes par Elizabeth Juniper (3) sont ceux qui ont suscité le plus d'intérêt, en raison de leur qualité scientifique et leur validité interne et externe. Toutefois les questionnaires pour l'asthme de l'enfant se heurtent à des difficultés de validation. Ces questionnaires sont accessibles sur un site qui leur est dédié : <https://www.qoltech.co.uk>

Les questionnaires pour adultes sont : l'Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) et sa version standardisée, le Standardised Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ(S)) et sa version compacte le Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (MiniAQLQ).

Le Standardised Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ(S)) est un instrument de 32 éléments destiné aux adultes et nécessite environ 4 à 15 minutes pour être rempli.

L'AQLQ-S est basé sur le l'Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), mais il diffère de ce dernier par le fait que l'évaluation de la gêne du patient lors de certaines activités est basée sur des activités

standardisées pouvant être limitées par l'asthme, plutôt que des activités rapportées par le patient. En dehors de cela, son contenu est identique à celui de l'AQLQ original.

Les 32 items sélectionnés pour l'AQLQ-S ont été regroupés en quatre domaines de sous-catégories: les symptômes (12 items), les limitations d'activité (11 items), le vécu émotionnel (5 éléments) et l'exposition aux stimuli environnementaux (4 items).

L'AQLQ-S fournit des mesures séparées et fiables des symptômes de l'asthme et de l'état fonctionnel associé à l'asthme, mesurée comme limitations d'activité.

La limite de ce questionnaire standardisé réside dans le fait que certains de ses domaines sont actuellement évalués par les dernières versions de l'évaluation du contrôle de l'asthme, notamment les limitations d'activité. La surreprésentation de ces éléments dans le score total limite l'intérêt de son utilisation courante.

Il est actuellement recommandé d'utiliser l'AQLQ-S uniquement pour des situations et des objectifs qui sont justifiés tenant compte de ses limites actuelles (4), comme dans l'asthme difficile à contrôler.

Le Mini Asthma Quality of Life Questionnaire (MiniAQLQ) est un instrument de quinze éléments nécessitant 3-4 minutes pour être complété. Il donne un score global ainsi que quatre scores de sous-échelle (symptômes, activités, émotions et environnement) :

-L'échelle des symptômes comprend 5 éléments et mesure la fréquence des symptômes ;

-L'échelle des activités, de 4 éléments, mesure la limitation des différents types d'activités pratiquées par le patient ;

-L'échelle émotionnelle, de 3 éléments, reflète dans quelle mesure l'asthme de l'individu déclenche des sentiments de frustration, de peur ou de préoccupation

-Et, enfin, l'échelle environnementale, de 3 éléments, reflète dans quelle mesure les individus sont gênés ou doivent éviter certains stimuli environnementaux (poussière, fumée de cigarette et pollution de l'air).

**Il est actuellement recommandé (4) d'utiliser le Mini-AQLQ comme instrument de recherche sur l'asthme, notamment les essais ou l'efficacité prime sur la précision de la mesure.**

Le questionnaire, qui peut être auto-administré ou administré par un enquêteur, a une bonne fiabilité et une bonne corrélation avec d'autres mesures du contrôle de l'asthme, mais ses propriétés psychométriques ne sont pas aussi fortes que celles de l'AQLQ et de l'AQLQ-S.

Le score total du Mini-AQLQ est toujours principalement influencé par les domaines des symptômes et de l'activité, qui représentent ensemble 9 des 15 questions.

Le principal avantage du Mini-AQLQ sur l'AQLQ-S, outre la rapidité à le remplir, est une représentation plus équilibrée des sous-échelles dans le score global. Ses faiblesses sont semblables à celles de l'instrument parent et il a une fiabilité inférieure à celle de l'instrument parent.

Il est actuellement recommandé (4) d'utiliser le Mini-AQLQ comme instrument de recherche sur l'asthme, notamment les essais ou l'efficacité prime sur la précision de la mesure.

En conclusion, les grands efforts déployés, notamment par Juniper et ses collègues, pour développer des outils de mesure de la qualité de vie



**Habib Ghédira, MD**

*Professeur de pneumologie, Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis EL Manar.*

*Chef de Service, Hôpital Abderrahmane Mami de l'Ariana.*

dans l'asthme ont eu un impact important sur la mise au point de critères de contrôle plus sensibles à la qualité de vie du patient, notamment concernant les limitations d'activité. Cependant le domaine du vécu émotionnel de la maladie et les interactions avec l'environnement restent occultés, mais ils ne justifient une utilisation spécifique de l'AQLQ-S que si le contrôle est difficile à obtenir aux hauts paliers thérapeutiques. Le mini-AQLQ n'est utile que comme outil pour des essais dans lesquels l'efficacité et la rapidité de la mesure priment sur la précision.

1- P.W. Jones, R.M. Kaplan. Methodological issues in evaluating measures of health as outcomes for COPD. *European Respiratory Journal* 2003 21: 13s-18s.

2- E.F. Juniper, M.E. Wisniewski, F.M. Cox, A.H. Emmett, K.E. Nielsen, P.M. O'Byrne. Relationship between quality of life and clinical status in asthma: a factor analysis. *Eur Respir J* 2004; 23: 287291.

3- Elizabeth F Juniper, Gordon H Guyatt, Robert S Epstein, Penelope J Ferrie, Roman Jaeschke, Thomas K Hiller. Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax* 1992;47:76-83.

4- Sandra R. Wilson, Cynthia S. Rand, Michael D. Cabana, Michael B. Foggs, Jill S. Halterman, Lynn Olson, William M. Vollmer, Rosalind J. Wright, Virginia Taggart. Asthma Outcomes: Quality of Life. *J Allergy Clin Immunol.* 2012; 129: S88123.

5- Elham Hossny, Luis Caraballo, Thomas Casale, Yehia El-Gamal, Lanny Rosenwasser. Severe asthma and quality of life. *World Allergy Organization Journal* 2017; 10:28.

# DES LOR<sup>®</sup>

DES LORATADINE



*J'adore*



*Bientôt*



L'ALLERGIE

S'EN



A



## Les Neuropathies Périphériques

*Les neuropathies périphériques sont des affections en rapport avec une pathologie des neurones périphériques, moteurs, sensitifs ou dysautonomiques. Ces neuropathies sont, dans un premier temps, classées selon la distribution ou topographie de l'atteinte et le mode d'installation dans le temps. On peut ainsi observer : des polyneuropathies où l'atteinte sensitivo-motrice est à début distal et symétrique touchant les quatre membres, des mononeuropathies où le déficit sensitivo-moteur ne concerne le territoire que d'un seul nerf ou des mononeuropathies multiples (anciennement appelées multinévrites) où le déficit sensitivo-moteur concerne le territoire de plusieurs nerfs habituellement d'installation asynchrone et de topographie asymétrique.*

Les atteintes radiculaires, plexiques et canalaies ne seront pas traitées dans cet article.

**Aspects Cliniques :** les patients consultent pour des symptômes moteurs tels qu'une impotence fonctionnelle des membres, une fatigabilité, une faiblesse musculaire, une fonte musculaire (amyotrophie) ou encore devant l'apparition de crampes ou de fasciculations.

En sus des signes moteurs, les patients peuvent se plaindre de troubles sensitifs à type de paresthésies (sensation de fourmillements, de picotements ou d'engourdissement) ou des douleurs neuropathiques telles qu'une sensation de brûlures, de décharges électriques, de marcher sur du gravier ou encore de douleurs hyperpathiques.

**L'examen neurologique** montre dans ces cas un syndrome neurogène périphérique caractérisé par un déficit moteur, le plus souvent distal, évalué par l'échelle MRC cotée de 0 à 5, une hypotonie, une diminution ou une abolition des reflexes ostéo-tendineux, des troubles trophiques (exemple le mal perforant plantaire).

**Dans certains cas, en particulier lors d'atteinte des petites fibres, des signes de dysautonomie peuvent être observés : hypotension orthostatique, troubles du rythme cardiaque, du transit intestinal ou encore génito sphinctériens.**

Des troubles sensitifs peuvent s'y associer et on note le plus souvent une hypoesthésie tactile et algique en gants et en chaussettes. Une hypopallesthésie peut aussi se voir dans les cas d'atteinte des grosses fibres myélinisées. Une ataxie proprioceptive peut aussi être observée.

Dans certains cas, en particulier lors d'atteinte des petites fibres, des signes de dysautonomie peuvent être observés : hypotension orthostatique, troubles du rythme cardiaque, du transit intestinal ou encore génito sphinctériens.

**L'examen général** sera réalisé à la recherche de signes cutanés, de signes oculaires et d'autres signes extra-neurologiques orientant vers une pathologie systémique ou infectieuse

**L'électroneuromyogramme (ENMG)** reste l'examen clé pour le diagnostic positif, il confirme ainsi la présence d'une atteinte neurogène périphérique en précisant si elle est motrice ou sensitive ou sensitivo-motrice. Il permet de la classer en polyneuropathie ou en mononeuropathie ou en mononeuropathie multiple. Il permet aussi de déterminer le mécanisme lésionnel en objectivant soit des signes électrophysiologiques de démyélinisation ou des signes en faveur d'une atteinte axonale par la diminution des amplitudes nerveuses. De plus, il permet d'apprécier la sévérité et le suivi de l'évolution

**La ponction lombaire** est réalisée surtout quand on

suspecte une origine inflammatoire ou infiltrative.

**La biopsie neuromusculaire** est de moins en moins pratiquée, en raison de son caractère invasif. Elle reste essentiellement indiquée dans certaines pathologies interstitielles (amylose, sarcoïdose, lèpre, lymphome, etc.), infectieuses, les vascularites. Elle reste tout de même nécessaire devant tout tableau douloureux et très invalidant de début récent ou qui continue à progresser, sans étiologie définie.

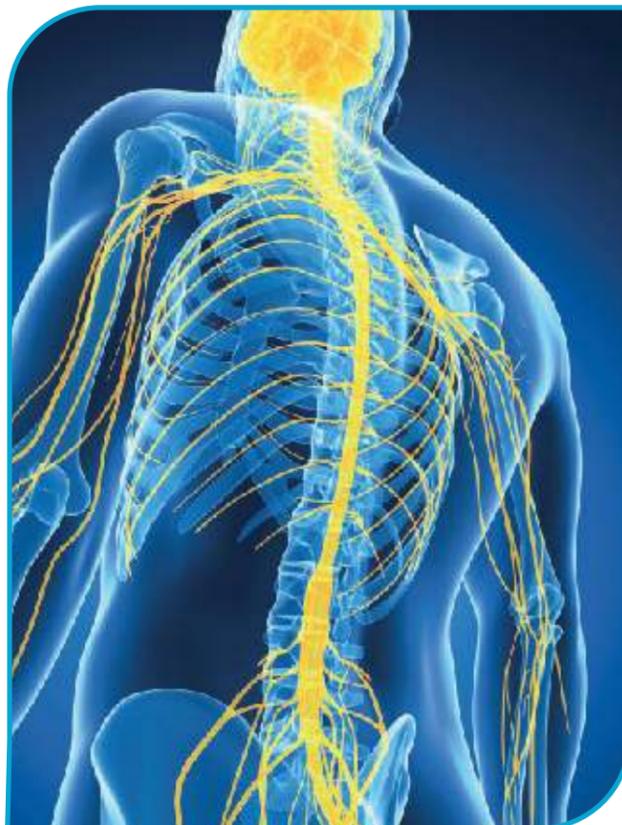
Une fois le diagnostic de neuropathie retenu, il est essentiel de débiter l'enquête étiologique. Cette dernière varie en fonction du mode d'installation et de la progression des troubles, le type de neuropathie, le mécanisme lésionnel et le caractère acquis ou héréditaire.

Ainsi devant une neuropathie axonale asymétrique, douloureuse, d'installation aiguë ou subaiguë, rapidement progressive, une vascularite systémique ou restreinte au système nerveux périphérique doit être évoquée en premier. Si le caractère démyélinisant d'une neuropathie d'installation aiguë et ascendante a été confirmé à l'ENMG, le diagnostic d'un syndrome de Guillain-Barré doit être évoqué et sera confirmé par le résultat de la ponction lombaire qui montrera une dissociation cyto-albuminologique. L'installation des troubles se fait en moins de semaines et l'évolution est la plupart du temps favorable.

En présence d'une installation lente et d'une évolution chronique, plusieurs situations peuvent se présenter telles que les neuropathies axonales :

-Soit il s'agit d'une neuropathie dans le cadre d'une affection connue et établie ou découverte d'emblée de la maladie telle que le diabète, une insuffisance rénale chronique, une amylose, une chimiothérapie ou une carence vitaminique.

-Soit il s'agit d'une polyneuropathie axonale d'étiologie indéterminée, mais évolutive, quel que soit l'âge on doit en trouver la cause. Un bilan de première intention doit être pratiqué (glycémie à jeun et post prandiale, triglycérides, cholestérol, dosage vitamines B1, B12, sérologies hépatites B et C, VIH, recherche de cryoglobulinémie, recherche anticorps anti neuronaux (Hu et Yo), immunoélectrophorèse des protéines sanguines, sang et urine, chaînes légères, biopsie des glandes salivaires (amylose et Sjögren), anticorps anti SSA SSB, antinucléaires et ANCA, anticorps anti-glyadine). Et, s'il s'avère négatif, un bilan de 2ème intention s'impose, étude du LCR, scanner thoraco-abdominal, biopsie neuromusculaire.



Pr Ag  
Amina Gargouri Berrechid  
Service de neurologie CHU Razi



Pr  
Pierre BOUCHE  
Service d'explorations neurophysiologiques cliniques Hôpital Pitié-Salpêtrière

**La prise en charge** des ces neuropathies est double, elle repose sur un traitement étiologique, quand la cause est identifiée et un traitement symptomatique, basé sur le traitement des douleurs neuropathiques essentiellement par les antiépileptiques (prégabaline, gabapentine ou carbamazépine) les antidépresseurs (venlafaxine ou autre) et l'utilisation d'un appareillage adapté pour améliorer la mobilité des patients et diminuer leur dépendance. La rééducation physique reste d'un apport essentiel afin de lutter contre les rétractions tendineuses et préserver une certaine autonomie.

**La prise en charge des ces neuropathies est double, elle repose sur un traitement étiologique, quand la cause est identifiée et un traitement symptomatique, basé sur le traitement des douleurs neuropathiques essentiellement par les antiépileptiques (prégabaline, gabapentine ou carbamazépine) les antidépresseurs (venlafaxine ou autre) et l'utilisation d'un appareillage adapté pour améliorer la mobilité des patients et diminuer leur dépendance.**

**En conclusion :** le diagnostic positif et étiologique des neuropathies est un véritable défi pour le clinicien. Un interrogatoire méticuleux et un examen clinique général sont d'une aide précieuse. L'ENMG reste l'examen clé pour localiser le site de l'atteinte nerveuse périphérique et guider les explorations paracliniques. La biopsie neuromusculaire garde une place de choix dans le diagnostic des vascularités et certaines neuropathies dysimmunitaires. La prise en charge multidisciplinaire repose sur le traitement étiologique et symptomatique. Le suivi du patient, l'apparition de nouveaux signes au cours de l'évolution permettent parfois d'orienter le diagnostic étiologique et de proposer un traitement.

**Pr Ag Amina GARGOURI BERRECHID**

Service de neurologie CHU Razi

**Pr Pierre BOUCHE**

Service d'explorations neurophysiologiques cliniques Hôpital Pitié-Salpêtrière

## Formation à l'intervention immédiate et post immédiate dans les situations de catastrophe

*Les attentats terroristes font partie des violences organisées pourvoyeuses de troubles psychotraumatiques dont les séquelles psychologiques et sociales peuvent être invalidantes. Des complications dépressives, anxieuses et psychotraumatiques, ainsi que des décompensations de pathologies chroniques peuvent alors être constatées.*

Selon la nature de l'événement traumatique et les caractéristiques intrinsèques de l'individu, les réactions immédiates sont diverses et peuvent aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à la détresse psychologique la plus intense ou la dissociation péri-traumatique. Par conséquent, le dépistage et la prise en charge précoce des personnes vulnérables ou à risque au décours des événements potentiellement traumatiques (accidents à blessés multiples, attentats terroristes, etc.), permet d'éviter l'apparition des complications médico-psychologiques et sociales.

En Tunisie, l'attentat du Bardo survenu le 18 mars 2015, a été un choc qui a secoué non seulement la population tunisienne, mais qui a aussi suscité l'effroi et la condamnation de toute la communauté internationale par sa portée symbolique et profondément traumatisante.

Les événements catastrophiques qui ont suivi : l'attentat de Sousse le 26 juin 2015, l'attentat sur l'avenue Mohamed V du 24 novembre 2015, ainsi que de multiples accidents ferroviaires, ont fini par rendre capitale la mise en place d'une structure assurant une coordination efficace entre les soins somatiques et une prise en charge psychologique précoce ainsi que l'élaboration des protocoles d'intervention de crise adaptés à chaque type de catastrophe.

La mobilisation de psychiatres et psychologues, à chaque fois sollicités pour accompagner les blessés et les familles endeuillées, a constitué le noyau de la cellule d'assistance psychologique, ou CAP, qui a vu le jour moins de deux ans après l'attentat du Bardo par

de partager l'expérience tunisienne en matière de gestion des victimes du terrorisme et de nouer des relations de partenariat avec des psychiatres français fondateurs des CUMP (Cellules d'urgences médicopsychologiques) et algériens, anciens participants au SAMU psy d'Algérie lors de la décennie noire. Une formation a été organisée par le ministère de la Santé publique, en collaboration avec la société tunisienne de psychiatrie, dans le but de standardiser les interventions des psychiatres et psychologues sollicités lors des catastrophes et coordonner les actions avec le SAMU et les établissements publics. Cette formation, organisée les 11, 12 et 13 mai 2017, a regroupé des psychiatres de renommée internationale dans le domaine de la psychotraumatologie et de l'intervention d'urgence. (Dr Gérard Lopez et Dr Patrice Louville ex-fondateurs des CUMP (France), Dr Hakima Souki psychiatre ex SAMU Psy (Algérie).

**Une formation a été organisée par le ministère de la Santé publique, en collaboration avec la société tunisienne de psychiatrie, dans le but de standardiser les interventions des psychiatres et psychologues sollicités lors des catastrophes et coordonner les actions avec le SAMU et les établissements publics.**

La première demi-journée du 11 mai a permis aux participants d'intégrer des notions générales et de s'insérer dans le cadre de leur mission. Une présentation des différentes structures déclenchées dans des situations de catastrophes comme le SAMU, le Shocroom et la CAP spécificité tunisienne a été faite.



**Dr Anissa Bouasker**  
Présidente de la Cellule d'assistance psychologique des victimes de catastrophe

présentations ont été également exposées par le service de médecine légale et par un représentant de la police technique complétant cette pléiade d'intervenants d'urgence, avec des explications concernant les spécificités du travail médico-légal d'identification des victimes lors des catastrophes et de l'importance de la collaboration avec la cellule d'assistance psychologique.

Les journées du 12 et du 13 mai ont été entièrement dédiées aux techniques d'intervention psychologique rapide immédiate dans les heures qui suivent un sinistre et post-immédiate (48 h à 72 h après), une intervention qui se fait dans les premières heures en coordination avec l'équipe du SAMU, relayée par les structures d'hospitalisation chargées des soins des blessés.

Une attention particulière a été accordée à la sensibilisation des intervenants au risque de psychotraumatisme secondaire et à sa prévention. Une session spéciale a été par ailleurs dédiée aux rôles des médias dans les situations de crise et à l'importance de la gestion de ces derniers qui peuvent aussi bien être à l'origine de souffrances supplémentaires pour les victimes, mais qui, utilisés à bon escient, peuvent être des alliés pour la sensibilisation des victimes aux symptômes psychotraumatiques et à la possibilité d'accéder aux soins psychologiques offerts par la CAP. Cette session a été animée par une journaliste experte formée dans la communication de crise.

Deux séances de simulation filmées ont permis la mise en scène d'un scénario de la gestion d'une situation de catastrophe en jouant des interventions immédiates et post immédiates par l'équipe de psychologues et de psychiatres : les enregistrements ont été ensuite visualisés par le groupe et commentés par les formateurs.

À l'issue de cette formation, 62 psychiatres et psychologues exerçant dans des établissements de santé publique du grand Tunis et du nord de la Tunisie (Bizerte, Jendouba, Bêja, le Kef, Siliana, Nabeul) ont pu être familiarisés avec les situations de crise, aux fonctionnements des différentes structures d'intervention (le Shocroom, le SAMU et la CAP) et intégrer la stratégie d'intervention de la CAP, en immédiat en coordination avec le SAMU et à distance en utilisant les techniques d'intervention psychologique de groupe.

Cette formation sera suivie de deux autres formations similaires ciblant un groupe de psychiatres et de psychologues du Sahel et du Sud, ainsi que d'une formation spécifique consacrée à l'intervention auprès d'enfants exposés au psychotraumatisme.



En Tunisie, l'attentat du Bardo survenu le 18 mars 2015, a été un choc qui a secoué non seulement la population tunisienne, mais qui a aussi suscité l'effroi et la condamnation de toute la communauté internationale par sa portée symbolique et profondément traumatisante.

arrêté ministériel (20 décembre 2016).

La publication d'un article sur l'expérience tunisienne en matière de gestion de l'attentat terroriste du Bardo et la participation à des congrès internationaux a permis

Notons au passage que nous sommes le deuxième pays après la France à adopter ce système d'intervention organisé par le ministère de la Santé publique pour accompagner les victimes de catastrophe. Deux

## Le retour à la double séance de travail, simple équation ?

« Il n'existe rien de constant, si ce n'est le changement » a dit Bouddha. Alvin Toffler, quant à lui, souligne « le changement n'est pas seulement nécessaire à la vie, il est la vie. Et par conséquent, vivre c'est s'adapter ». En Tunisie, tous les ans, notre rythme de vie change à deux reprises : avant la saison estivale et après. Est-il facile de s'adapter à l'un et à l'autre ? Et à ces moments là, Quels changements vit notre corps et comment le vit-il ?

Une heure de sommeil matinal gagnée, une heure de sieste perdue. Arithmétiquement rien de perdu. Il y a ceux qui s'adaptent sans trop de difficultés, ceux qui se sentent plus fatigués, mais réussissent bien la transition, quitte à prévoir de garder leur congé estival en cette période. Cela s'expliquerait par la capacité de chacun à s'adapter à son environnement. Plus cette adaptabilité est bonne, plus l'individu est en équilibre avec son environnement et réussi son test de passage de sélection naturelle.

En réalité, rien n'est aussi complexe, notre organisme tel un serviteur obéissant, userait de toutes ses capacités pour amortir le choc de nos perceptions et nous mettre à l'aise, en harmonie avec notre univers micro ou macrocosmique.

À l'échelle biologique cet équilibre s'appelle homéostasie, c'est la partie apparente, pondérable de l'iceberg. Et même si le dosage est nécessaire, il est loin d'être suffisant. La partie cachée, la plus importante, reste le fonctionnel.

Notre organisme fait face aux contraintes, quelles qu'elles soient, considérées comme des agressions grâce au syndrome général d'adaptation géré par le système neuroendocrinien. C'est un système qu'on dit autonome, automatisé et autogéré. Le système

nerveux autonome (système neurovégétatif) est le premier à être sollicité, c'est un système d'urgence, mais quand la perturbation dure dans le temps le système endocrinien entre en jeu. Il agit plus profondément et plus longtemps.

Il a la lourde charge d'assumer la maintenance de la structure (corps), la conservation de son équilibre, son intégrité ainsi que ses capacités de fonctionnement à tout instant.

Il gère pour cela le métabolisme qui rime avec la vie, on vit grâce aux réactions métaboliques qui sont également dépendantes de l'environnement par échanges de matière première (aliments, oxygène, etc.), et de déchets.

C'est donc le système qui coordonne l'ensemble des fonctions fondamentales : métaboliques et relationnelles à l'environnement.

**Le système nerveux autonome (système neurovégétatif) est le premier à être sollicité, c'est un système d'urgence, mais quand la perturbation dure dans le temps le système endocrinien entre en jeu. Il agit plus profondément et plus longtemps.**

Il régule les comportements intérieurs et extérieurs ce qui lui permet de tout contrôler, il assure par conséquent la maintenance de l'organisme, le contrôle des fonctions de défense, la régulation du matériel de premier secours, la réparation en fonction du degré et de la durée de l'agression, la remise en ordre et la restauration et le retour à l'état initial.

Il assure La cohérence de chaque cellule et de tous les organes dans leur activité propre, spécifique et dans

leur interrelation en adaptation aux contraintes.

Il est capable de gérer tous les phénomènes tels les réflexes, le conscient et l'inconscient et tous les comportements ; intellectuels, psychologiques et organiques quelles qu'en soient les modalités : neuroendocriniennes, neuronales, immunitaires ou métaboliques.

Ainsi notre organisme est en permanente dynamique pour assurer son homéostasie et pouvoir revenir à son niveau de bon équilibre après chaque agression.

Les changements de saison sont des contraintes auxquelles tout organisme doit faire face par la mise en place de fonctionnements adaptés aux besoins, comme par exemple mettre en place la maintenance et le démarrage de la chaudière (la thyroïde) en automne pour le froid hivernal et la ralentir au printemps avant la chaleur de l'été...

Pour un bon fonctionnement avec une homéostasie et un équilibre bien conservés, l'organisme a donc besoin d'un système neuroendocrinien efficace, de matières premières de bonne qualité. Cela est constitué par une alimentation équilibrée et utile incluant bonne hydratation et fibres et excluant les sucreries, le sel, le laitage et les préparations commerciales. Le système neuroendocrinien fonctionne avec « des appareils en bon état et en synergie de travail » et surtout d'un appareil digestif en bonne santé pour lutter contre la constipation. Nous pouvons nous aider si besoin par le drainage bien indiqué et bien conduit, ainsi que par les pro-biotiques (...). L'essentiel est une hygiène de vie correcte sur le plan alimentaire, de l'activité, du sommeil et, s'il le faut, recourir aux conseils des spécialistes.

Dr Fatma BEN AISSA AJROUDI

## Pour une rentrée scolaire en toute quiétude

*Après que l'enfant a passé deux mois de vacances à son propre rythme et sans contraintes, vient la rentrée scolaire, constituant aussi bien pour les enfants que pour les parents une source de stress. Elle implique tout un changement, si ce n'est un bouleversement des habitudes. Ainsi, préparer au mieux ce passage incontournable permet d'éviter à la famille comme aux enfants des soucis inutiles.*

Il est important de rétablir progressivement les rituels journaliers de l'enfant modifiés par la période estivale, comme se coucher et se lever plus tôt et à heure fixe, prendre les repas à des heures régulières, faire de courtes révisions pour se réapproprier le savoir scolaire, etc. L'objectif est de réadapter l'enfant et le ramener à accueillir avec sérénité le retour sur les bancs de l'école.

Il faut savoir que de telles mesures doivent être adaptées au vécu de l'enfant et à son expression émotionnelle face à l'école et aux apprentissages scolaires. Tous les enfants n'appréhendent pas la rentrée de la même manière. Certains sont heureux, d'autres le sont moins et pour de multiples raisons : anxiété de séparation ou de performance, pression scolaire ou familiale importante, difficulté d'intégration et d'adaptation, absence de motivation, etc.

En général les enfants n'aiment pas la nouveauté, c'est le cas pour les tout-petits, pour ceux également qui changent d'école ou de camarades de classe. Pour les plus jeunes, il arrive souvent que se manifeste à nouveau l'anxiété de séparation. Les responsabiliser davantage en les aidant à acquérir plus d'autonomie

préviendra ou diminuera ces angoisses en général passagères. En cas de changement d'école, il est utile de se rendre avec eux sur les lieux, avant le retour officiel, afin de les familiariser avec l'établissement scolaire. En cas de changement de camarades, il faut insister sur l'opportunité de faire de nouvelles connaissances.

Il est conseillé aussi de les faire participer à l'achat des fournitures scolaires, en veillant à faire de cette activité une amusante sortie familiale. Choisir eux-mêmes certains objets les aidera à reprendre sereinement le chemin de l'école, vaincre leurs craintes et gagner en autonomie.

La veille du grand jour, on les invitera à choisir eux-mêmes leurs vêtements ou encore le plat à amener avec eux en guise de déjeuner.

**Il arrive que certains parents soient débordés par leur propre anxiété et qu'ils montrent à l'enfant un niveau de stress qui leur fait perdre le contrôle de la situation.**

Le jour J, il faut éviter de bousculer l'enfant pour être à l'heure. S'il a l'estomac noué par le stress au moment du petit-déjeuner, n'insistez pas et glissez un goûter dans son cartable. On peut ajouter un objet transitionnel pour les plus jeunes. Toute petite attention sera la bienvenue, comme leur préparer un petit-déjeuner spécial ou prévoir une sortie comme récompense de leur première journée réussie.

Il arrive que certains parents soient débordés par leur



propre anxiété et qu'ils montrent à l'enfant un niveau de stress qui leur fait perdre le contrôle de la situation. Il est essentiel d'éviter cette attitude et les parents doivent se préparer eux-mêmes à l'événement. Les enfants de parents anxieux sont de véritables éponges, capables de repérer et de s'approprier leurs états d'âmes.

**Tous les enfants n'appréhendent pas la rentrée de la même manière. Certains sont heureux, d'autres le sont moins et pour de multiples raisons : anxiété de séparation ou de performance, pression scolaire ou familiale importante, difficulté d'intégration et d'adaptation, absence de motivation, etc.**

Dans tous les cas, il est important d'être à l'écoute de l'enfant, de le rassurer au besoin tout en évitant de le surprotéger et d'entraver son autonomie.

Bonne rentrée à tous.

Pr A. BOUDEN, Dr S. ENNAIFER

## Mon Père a un Alzheimer...

**De l'annonce à la guérison, en passant par la rechute, le combat que nous livrons contre la maladie nous apprend beaucoup. Pour la maladie d'Alzheimer ce n'est pas le cas de Abdelmajid, 70 ans, professeur de maths atteint de la maladie d'Alzheimer. Son fils, Amine, 38 ans divorcé technicien de maintenance industrielle père d'un garçon, se bat ; c'est un double combat : la maladie et une vie sociale et familiale qui se désorganise...**

Une maman diabétique qui n'avait jamais travaillé de sa vie ; elle ne savait pas faire un chèque, ni gérer un budget, et encore moins régler une facture, le papa assurait très bien son rôle de chef de famille, une sœur Malek qui vit en Arabie Saoudite avec son mari et vient une fois par an voir sa famille.

Le tout a débuté en 2012, une année mémorable pour Amine, son père commençait à parler de ses élèves à table alors qu'il était retraité, il voulait corriger les devoirs et il cherchait les copies partout. C'est ce qui a alerté Amine.

La maman mettait les comportements bizarres de son mari sur le compte des caprices ou les attribuait au vieillissement... Elle trouvait toujours des arguments pour ne pas voir l'homme qui l'a toujours protégé désorienté. Abdelmajid se réveillait en pleine nuit pour faire les courses, il mangait dans les plats à la place de son assiette, il ne trouvait plus ses habits bien qu'ils étaient bien rangés pour lui sur une chaise .... Sa compagne, elle, ne comprenait rien à ce qui se passait. Amine a pris les choses en main et il a décidé de consulter un neurologue. Beaucoup d'exams ont été prescrits à son père : prises de sang, scanners, IRM avec de nombreuses consultations chez différents

médecins pour s'assurer de sa maladie « c'est bien l'Alzheimer, j'ai eu très peur de l'avenir, je n'ai pas osé penser au jour où il ne me reconnaîtra plus mais je devais me ressaisir et expliquer à ma mère de quoi il s'agissait ».

L'annonce était douloureuse surtout pour la maman qui n'a pas pu supporter et qui a rapidement sombré dans la dépression... elle était devenue elle aussi dépendante de ses médicaments ce qui a encore aggravé la situation ...« Mes deux parents se dégradèrent devant mes yeux, je devais m'occuper d'eux, j'ai changé de poste et j'ai dû intégrer l'équipe du soir afin d'être disponible pendant la journée ».

Au début, Abdelmajid a continué d'aller, comme tous les matins, chercher une baguette à la boulangerie du coin. Huit mois après le diagnostic, il s'est perdu et est resté debout pendant une heure sur le trottoir d'en face, incapable de reconnaître l'entrée de sa maison. La situation était de moins en moins simple, elle était même de plus en plus douloureuse.

**« Mes deux parents se dégradèrent devant mes yeux, je devais m'occuper d'eux, j'ai changé de poste et j'ai dû intégrer l'équipe du soir afin d'être disponible pendant la journée »**

Peu à peu, le mal a gagné du terrain, l'emportant progressivement sur ce corps qui se dégradait et sur cet esprit qui se vidait. Abdelmajid a cessé de rire, ses yeux restaient hagards, et il demeurait parfois apathique, comme terrassé par une honte qu'il ne savait ni exprimer ni cacher. A la fin de la troisième

année de la maladie, Amine a dû commencer à laver son père et à l'habiller : " les petits gestes du quotidien ont alors pris une importance démesurée et Il fallait faire attention à tout »...

La maman qui assistait à ce lent naufrage n'as toujours pas pu se remettre de sa dépression et bien que Malek venait plus souvent, Amine demeurait la seule personne qui devait tout gérer...

Sa femme qui n'a pas pu supporter ce combat, a fini par partir avec son fils ...Encore une épreuve difficile pour Amine qui a pu garder malgré tout la confiance et le courage qu'il fallait pour réussir dans la mission pour laquelle il s'est dévoué, poussé par l'amour qu'il a pour ses parents.

La maladie de son père a fait basculer la vie de Amine qui ne voyait plus ses amis et ne s'occupait plus de ses fils. Il s'est retrouvé donc obligé de consacrer la plupart du temps à son père puisque personne n'arrivait à gérer la maladie à ce stade difficile sauf lui..

Aujourd'hui Amine a toujours du mal à profiter du moment présent mais il n'a aucun regret à être privé d'une vie sociale comme les autres... Il se sent bien parce qu'il se sent engagé dans la mission la plus importante de sa vie : celle d'apporter l'affection et le soutien qu'il fallait à ses parents qui l'ont toujours aimé...

Inès Jlassi

**Dopezil**<sup>®</sup>  
Chlorhydrate de donépézil

**ECLAIRER**  
le soir de la vie

**MALADIE D'ALZHEIMER**

## « Mon souhait est de voir l'entreprise évoluer encore plus »

*Nabil Ben Abda a intégré MédiS âgé de 26 ans, aujourd'hui il en a 44 et il y est toujours. Il dit avoir « grandi et vécu la moitié de son existence à MédiS », mais, surtout, il a vu se créer et grandir les laboratoires. L'époque la plus marquante de sa carrière dit-il, car « il y a participé ! »...*

### Interview

#### MédiS

*Parlez nous de vos débuts.*

**Nabil Ben Abda:**

J'ai intégré MédiS, qui était alors en cours de construction, en 1998. J'avais 26 ans à l'époque et n'avais aucune expérience. J'ai assisté à la première phase de l'installation des machines et de leurs essais et aux phases du développement de nos premiers produits mis sur le marché. Nous avons vécu beaucoup d'événements à l'époque et traversé beaucoup de difficultés, mais nous avons beaucoup d'ambition. Nous venions d'intégrer une nouvelle entreprise, fraîchement diplômés, mais nous étions très motivés et cela était en grande partie dû au fondateur, Lassâad Boujbel, que je tiens à remercier, car il est à l'origine de l'évolution de MédiS. Cette évolution est également la nôtre, car nous avons travaillé avec passion, sinon nous n'aurions jamais pu persévérer. Nous aimons notre travail, la tâche que nous accomplissons. Lassâad Boujbel nous a apporté beaucoup de soutien, ce que nous avons grandement apprécié. Il était davantage un grand frère qu'un patron. Il nous a bien encadrés. Nous avons vraiment affronté beaucoup de difficultés, mais nous y avons fait face avec beaucoup de patience et d'ambition.

### Quel métier exerciez-vous à vos débuts ?

Fraîchement diplômé en industries agroalimentaires de l'USIA, j'ai intégré par pur hasard les laboratoires MédiS. Lors de l'entretien, Hassan Ben Fadhel, qui me le faisait passer, m'a demandé mes préférences. J'aimais travailler sur le terrain et j'ai donc intégré la production. C'était encore au stade de chantier. L'équipe était restreinte et nous avons par la suite évolué.

### Quelles ont été les étapes les plus importantes dans l'évolution de MédiS et dans votre propre carrière depuis 1998, notamment les étapes qui vous ont marqué ?

Je ne fais aucune différence ni séparation entre les étapes de l'évolution de MédiS et celles de ma carrière, car quand MédiS était en difficulté, nous nous sommes tous sentis concernés et il nous tenait à cœur de la faire évoluer. Nous avons essayé de soutenir l'entreprise autant que nous le pouvions, chacun depuis son poste. Mais ce sont sans doute les premières années qui me sont les plus chères, car elles ont constitué mon véritable apprentissage. L'équipe était restreinte et nos rapports étaient plus faciles. Nous avons un seul objectif, celui de mettre le projet sur les rails. La phase de développement des premiers produits m'était réjouissante. Nous avons commencé par la production de notre Médicaïne et des collyres. Ensuite nous avons entamé la production des ampoules et des produits injectables. Nous avons développé une première gamme. C'était une grande découverte pour nous vu le manque d'expérience. Nous avons développé les produits malgré toutes les difficultés auxquelles nous faisons face. Chaque produit possédait ses propres difficultés techniques.

À l'époque nous étions plus passionnés par le domaine qu'expérimentés. Me concernant, la difficulté était par exemple l'adaptation du processus du produit à notre installation, aux locaux de remplissage et à la nature du produit bien évidemment. Chaque produit avait une histoire propre.

### Quel souvenir ou étape vous a le plus marqué ?

Je reviens toujours aux premières années. J'ai évidemment beaucoup de souvenirs tout au long de ma carrière ici. Néanmoins, les événements clés par lesquels est passé MédiS restent les plus marquants, les années 2002/2003 le sont le plus. Nous avons alors réussi à sortir de notre première crise, car la mise en marche de l'usine avait pris du retard. Ce n'est pas facile de faire démarrer une usine. Ensuite, l'entreprise a décollé et ça a été un vrai bonheur. C'est cette étape qui me revient toujours en mémoire, peut-être parce que j'y ai contribué.

Nous continuons à participer aux décisions clés concernant la production qui a augmenté suivant la progression de la demande. Les contraintes également ont augmenté, car l'usine s'est agrandie. Nous sommes entrés dans la phase du renouvellement. Nous avons commencé avec des machines de « deuxième main » que nous avons appris à manipuler. Nous avons ensuite entamé la phase d'innovation et du renouvellement de notre installation. Chaque étape a ses difficultés et spécificités. Aujourd'hui nous sommes dans la conquête des marchés internationaux, les exigences sont plus grandes. Nous optons pour la maîtrise, la qualité et la conformité par rapport aux recommandations existantes. Nous nous sentons davantage responsables quant à l'entreprise.

Comme je vous l'ai dit, il y a trois étapes. Tout d'abord le développement des produits et la mise en marche de l'installation, ensuite c'est l'intégration dans le marché, car ce dernier est le vrai repère d'évaluation de notre travail et, enfin, la dernière étape qui est celle de l'expansion à l'échelle internationale.

Je suis toutes les étapes de la fabrication du médicament sous forme stérile (collyre, ampoule, flacon liquide, etc.), depuis la réception de la matière première jusqu'à sa sortie en produit semi-fini pour ensuite aller à l'emballage pour inspection.

Nous sommes les seuls qui développent cette spécialité en Tunisie. Par chance j'étais celui qui savait manipuler l'équipement ! Hassan Ben Fadhel m'a beaucoup soutenu et je tiens à le remercier, car il a cru en moi. Il me fournissait les documents nécessaires et faisait le suivi pour m'aider à maîtriser cette technologie qui faisait partie des techniques de séchage que j'ai apprises pendant mon cursus universitaire. J'ai approfondi mes connaissances au sein de MédiS à travers la pratique. Je faisais les recherches nécessaires et avec l'expérience et les pannes survenues ainsi que la nature des produits je me suis beaucoup amélioré. J'ai eu à manipuler et à fabriquer pratiquement toute la gamme de produits. Nous avons eu des produits difficiles, surtout le Mévirox. Cela a été un grand événement de trouver la recette qui nous a permis de fabriquer un bon produit, car même s'il a toujours été conforme nous ne nous sentions pas satisfaits. Grâce aux recherches, au suivi, à l'acquisition d'un nouveau lyophilisateur et aux technologies, les performances se sont améliorées. Après cela nous avons obtenu le produit souhaité. La première fois que nous avons su gérer le scale-up, à la fois conforme aux normes et répondant à nos attentes, a été un grand événement. Il y avait toujours d'autres challenges. Une fois nous avons eu un grand problème concernant la Médicaïne: les bulles d'air et le déplacement des pistons lors de l'auto-clivage. Puisque le produit est auto-clivable, il doit être soumis à de hautes températures et avec toute la dilatation qui survient nous avons rencontré des problèmes, mais avec le temps, les expériences et les recherches effectuées, ainsi que les exigences envers nos fournisseurs, nous sommes arrivés à de bons résultats.

### Quelle a été votre propre évolution ?

Sur la file de production nous formions un groupe de cinq personnes. Petit à petit, après l'augmentation de



l'effectif, j'ai été nommé superviseur de préfabrication en 2001. Le processus s'était alors divisé en trois zones vu la nature de l'environnement : la zone de répartition, la zone de préparation du vrac et la zone de préfabrication où nous gérons tous les intrants. Aujourd'hui je suis responsable de la préfabrication et j'ai davantage de responsabilité. Nous étions certes dans des conditions plus difficiles par manque de technologies, nous n'avions pas l'accès à distance, ni les moyens de déplacement, mais tout cela ne cesse de s'améliorer. Aujourd'hui nous pouvons accéder à nos équipements facilement même à distance, nous pouvons piloter les équipements à distance et nous disposons également des moyens de transports nécessaires... Les conditions se sont beaucoup améliorées.

### En dehors de l'évolution professionnelle, que vous apporte MédiS ?

Indépendamment du fait que MédiS est le gagne-pain qui me permet de subvenir aux besoins de mes trois enfants deux filles de 8 et 3 ans et un garçon de 11 ans, je passe 80% de mon temps à MédiS et j'y suis complètement engagé. MédiS est ma vie. Je m'y suis épanoui sur le plan professionnel et j'y ai passé la moitié de mon existence.

### Quels sont vos liens et rapports avec vos collègues ?

Mes collègues, que ce soit au sein de l'équipe ou dans les autres départements, sont mes amis. Nous sommes une grande famille. De vraies relations humaines se sont nouées au sein de MédiS.

### Le mot de la fin ?

Puisque j'ai grandi et vécu à MédiS, mon souhait est de voir l'entreprise évoluer encore plus. J'espère que nous pourrions atteindre nos objectifs, à court, moyen et long termes. Je souhaite à MédiS encore plus de prospérité et cela ne peut être possible que grâce à un personnel épanoui. J'espère que tous les employés puissent évoluer et s'épanouir d'avantage car sans cela on ne peut pas avancer.

**Inès JLASSI  
Hajer AJROUDI**

# Candys<sup>®</sup>

SUCRALOSE

DISPONIBLE  
EN PHARMACIES



ZERO  
CALORIES

## Light, Sucré & Naturel

2 GOUTTES

=

1 MORCEAU DE SUCRE



monCandys



## Le sommeil, ce silence qui nous parle...

*Dormir, un mécanisme qui dépasse le simple besoin suscité par l'arrivée de la nuit ou un sommeil nous prenant dans la journée. Dormir répond certes aux exigences de l'horloge physiologique, mais il n'y a pas que la durée qui importe, la qualité du sommeil est tout aussi déterminante et son impact psychologique et physique n'est pas à négliger, car l'organisme se répare et se construit pendant le sommeil.*

Après une nuit blanche ou une nuit agitée, ou encore courte, nous nous sentons fatigués, vidés, nous avons du mal à nous concentrer, nos capacités cognitives, nos réflexes ainsi que notre énergie sont en baisse. Sur le plan psychologique, le manque de sommeil peut conduire à un état d'excitation extrême, de nervosité, voire d'agressivité. Il peut également conduire à la somnolence diurne, au besoin de couper le contact avec l'environnement pour se réparer, se ressourcer ou encore à une phase dépressive. Relevons par ailleurs que la privation de sommeil est également un instrument de torture...

**Après une nuit blanche ou une nuit agitée, ou encore courte, nous nous sentons fatigués, vidés, nous avons du mal à nous concentrer, nos capacités cognitives, nos réflexes ainsi que notre énergie sont en baisse. Sur le plan psychologique, le manque de sommeil peut conduire à un état d'excitation extrême, de nervosité, voire d'agressivité.**

Une personne privée de plusieurs nuits de sommeil peut sombrer dans une sorte de "folie". Sans aller jusque-là, nos états d'âme, tout comme notre état physique, dépendent énormément du sommeil. Notre système immunitaire est aussi lié à notre sommeil : plus on est fatigué, plus on est fragile et plus nous sommes susceptibles de contracter des maladies virales.

Notre besoin de dormir diminue avec l'âge. Un bébé a besoin en moyenne de 15 à 20 heures de sommeil, un enfant de 10 à 12 heures, un adolescent de 9 à 10 heures quant à l'adulte, il aura besoin de 7 à 8 heures. Le cycle du sommeil est divisé en quatre. Il commence par l'endormissement, puis passe au sommeil lent léger, puis lent profond et pour finir le sommeil paradoxal à la suite duquel nous nous réveillons. Ce cycle recommence trois à cinq fois par nuit pour une durée de 90 minutes. Les stades du sommeil sont en revanche modifiés selon l'heure et le moment de la nuit.

En début de nuit, c'est le stade lent profond qui prime et en fin de nuit, une majorité de stade paradoxal, mais ce sont des cycles qui recommencent d'une façon identique en durée et qualité. C'est pour cela qu'il est généralement recommandé de dormir avant 22 h pour un sommeil réparateur. L'heure à laquelle nous nous couchons et la durée d'une nuit de sommeil ne sont pas à elles seules déterminantes. La qualité du sommeil l'est également. Ainsi, un sommeil perturbé par des apnées ou des cauchemars, voire des terreurs nocturnes, empêche le corps de récupérer.

Certains de ces troubles nécessitent l'intervention de professionnels de la santé : spécialistes du sommeil,

psychiatres... Mais il nous revient également de suivre une bonne hygiène de vie favorisant un sommeil de la durée et de la qualité nécessaires au corps. Les excitants tels que le café, le thé, le tabac, et les boissons gazeuses empêchent l'individu de se détendre. Le nombre d'heures passées devant la télévision ou un écran d'ordinateur, les excitations sonores et visuelles ont un impact négatif.

**Une personne privée de plusieurs nuits de sommeil peut sombrer dans une sorte de "folie". Sans aller jusque-là, nos états d'âme, tout comme notre état physique, dépendent énormément du sommeil. Notre système immunitaire est aussi lié à notre sommeil : plus on est fatigué, plus on est fragile et plus nous sommes susceptibles de contracter des maladies virales.**

En revanche, certains aliments notamment sucrés favorisent le sommeil.

Il est alors d'une nécessité absolue de nous offrir les meilleures conditions pour bénéficier pleinement du sommeil, qui peut régulariser quelques-uns de nos problèmes susceptibles d'empoisonner nos journées. Notre façon de dormir, ainsi que la durée et la qualité peuvent également être des symptômes révélant des dysfonctionnements ou des pathologies. Sachons donc être à l'écoute de notre sommeil...

Hajer AJROUDI

# DOR MIEU<sup>®</sup> 2mg

## MÉLATONINE

EFFICACITÉ PROUVÉE

TOLÉRANCE ASSURÉE

FORME SUBLINGUALE AVANTAGEUSE

QUALITÉ DE FABRICATION MÉDIS



### POUR MIEUX DORMIR



**1 comprimé / Jour**

à faire fondre sous la langue  
une demi-heure avant le coucher

## Les apports nécessaires à la femme enceinte

*Une femme enceinte se rend compte des nombreux changements qui s'opèrent en elle. Changements d'humeur, métamorphoses du corps, etc., mais beaucoup ne savent pas que cela ne s'arrête pas là et que les besoins en fer, iode, calcium, vitamine B9 et D augmentent également dès le début de la grossesse. D'où la nécessité d'adapter son alimentation avant sa grossesse et de prendre de bonnes habitudes pour passer neuf mois en toute sérénité.*

### Le fer, la vitamine C et la vitamine B12

Les besoins en fer sont deux fois plus importants pendant les six premiers mois de la grossesse afin de répondre à l'augmentation de la masse sanguine de la mère et du fœtus. Il faut être vigilant, car si une carence en fer a peu d'incidence sur le bébé, ce n'est pas le cas pour la maman. Grande fatigue, irritabilité, problèmes de concentration et chutes des défenses immunitaires en sont les conséquences. Il faut manger de la viande (bœuf ou veau) une ou deux fois par jour, ainsi que du poisson ou des œufs, qui doivent impérativement être bien cuits. Ils doivent être régulièrement accompagnés de légumes secs et de céréales (lentilles, haricots blancs, pois chiches.)

Notons que le fer d'origine animale est mieux assimilé que celui apporté par les fruits et légumes. Pour faciliter son absorption, il est important de l'associer à de la vitamine C.

Le médecin peut prescrire du fer en cas d'anémie ou chez les végétariennes. Comme la viande apporte en plus de la vitamine B12, indispensable à la formation des globules rouges qui transportent l'oxygène dans toutes les cellules du corps, le médecin prescrira aussi

de la vitamine B12. En pratique, différentes analyses de sang peuvent fournir un état précis des réserves en fer chez la femme enceinte.

### Le calcium

Les besoins en calcium pendant la grossesse se situent aux environs de 1000 mg par jour. Le fœtus, pour construire son squelette, va accumuler 30 g de calcium pendant ces neuf mois.

Le calcium se trouve dans les produits laitiers à savoir lait, yaourts, fromage blanc, fromages... et dans certaines eaux qui en sont riches et dont la teneur est supérieure à 150 mg/L.

Durant la grossesse, il est recommandé de consommer, en les variant, trois produits laitiers par jour.

En revanche, celles qui ne supportent aucun produit laitier quelle que soit la préparation, doivent se supplémenter de calcium et ne pas compter sur celui contenu dans les légumes où il est présent en quantité insuffisante par rapport aux besoins.

### La vitamine B9 (folates ou acide folique)

Les besoins en vitamine B9 augmentent de 30 % (soit environ 400 microgrammes par jour) et il faut augmenter ses apports avant même la grossesse, dès le premier désir d'enfant. Les folates sont indispensables à dose suffisante pendant les trois premiers mois. Une carence peut avoir des conséquences graves sur le bébé: une anomalie de fermeture du tube neural avec des atteintes neurologiques graves, mais aussi un retard de croissance.

La vitamine B9 se trouve dans la levure de bière, dans les légumes verts à feuilles comme la salade (mâche,

laitue, pissenlit) les épinards, l'oseille, le cresson, dans les noix et le melon.

Par précaution, dès le désir de conception, au moins un mois avant le début de la grossesse, le médecin ou la sage-femme peuvent supplémenter la femme enceinte en vitamine B9, et ce jusqu'à la fin du 1er trimestre. Parmi les femmes particulièrement à risque de carences en vitamine B9 on trouve les végétaliennes, les femmes qui attendent des jumeaux ou des triplés ou celles qui ont eu des naissances rapprochées, celles qui ont des antécédents familiaux de malformations néonatales, ou encore les patientes traitées pour épilepsie par des anticonvulsifs.

### La vitamine D

Les besoins en vitamine D sont doublés pendant toute la grossesse. Cette vitamine participe à la minéralisation osseuse. C'est elle qui permet de synthétiser le calcium. Aussi, sachez que ce sont vos réserves en Vitamine D qui, en fin de grossesse, vont permettre de constituer celles de votre bébé.

La vitamine D est essentiellement fabriquée par le corps grâce aux rayons du soleil. Mais certains aliments en apportent aussi, comme les poissons gras (sardines, saumon, thon) et les produits laitiers enrichis en vitamine D.

Le médecin ou sage-femme peut prescrire une supplémentation si les réserves en vitamine D ne sont pas suffisantes, notamment si l'accouchement est prévu entre mars et juin et si l'exposition au soleil n'est pas suffisante.

Issam ZGOLLI

# COLOREZ VOTRE VIE

## COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

**1 À 2 SACHETS PAR JOUR**

- DÉFICITS EN CALCIUM
- PÉRIODE DE CROISSANCE, GROSSESSE, ALLAITEMENT
- LES TRAITEMENTS D'APPOINT DE L'OSTÉOPOROSE (DÉMINÉRALISATION OSSEUSE)

**1 À 2 SACHETS PAR JOUR**

- CARENCE EN CALCIUM ET EN VITAMINE D
- ASSOCIATION AUX TRAITEMENTS DE L'OSTÉOPOROSE LORSQUE L'APPORT DE CALCIUM ET DE VITAMINE D EST INSUFFISANT

**ANÉMIE PAR CARENCE MARTIALE**

**PRÉVENTION DE LA CARENCE MARTIALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

**1 À 2 GÉLULES PAR JOUR**

**1 GÉLULE PAR JOUR**

**1 GÉLULE PAR JOUR**

**À PRENDRE AVEC LE REPAS**

**CITRATE DE CALCIUM VITAMINE D3 MAGNÉSIUM**



## Projet d'initiation de l'éducation thérapeutique : Exemple de la polyarthrite rhumatoïde : un modèle de douleur chronique

*La polyarthrite rhumatoïde (PR), maladie auto-immune systémique à prédominance synoviale, est un modèle de douleur chronique avec ses multiples retentissements, d'ordre physique et psychique, surtout à la phase d'état. En effet, c'est pendant cette phase que s'installent les déformations de la maladie qui sont à la fois caractéristiques et handicapantes (1, 2, 3.)*

Ces déformations, correspondant à une forme « d'extériorisation » de la maladie, alourdissent le retentissement psychique de celle-ci. Le visage actuel de la PR au Sénégal, même s'il y a eu d'importantes avancées sur la production scientifique et sa vulgarisation, est à renforcer. En dehors des grands centres hospitaliers la PR est encore peu diagnostiquée, au stade début, par le personnel médical au Sénégal, créant un important retard diagnostique. De ce fait, les patients sont admis, en consultation spécialisée, à un stade très avancé. Ce retard diagnostique est estimé en moyenne à 54 mois avec des extrêmes de 1 et 360 mois (2). Le retard diagnostique est, tout de même, retrouvé dans d'autres séries, africaine et occidentale (4,5). Tout cela ne facilite pas une mise en route précoce du traitement comme le recommandent les sociétés savantes (6). S'y ajoute l'indisponibilité des biothérapies au Sénégal. Conséquemment, il sera difficile de suivre la stratégie « treat-to-target » (« traiter selon l'objectif ») qui implique un suivi rapproché (« tight control ») et l'utilisation rapide des bio-médicaments si les traitements conventionnels, tel le méthotrexate, sont insuffisants (3,7). Le plus souvent, l'errance diagnostique conduit à des prescriptions médicamenteuses inadaptées, surtout en cas de confusion avec le rhumatisme articulaire aigu, encore endémique au Sénégal. Dix-huit pour cent des patients atteints de PR dans une étude antérieure (2) étaient sous pénicilline au moment de leur admission. Le nombre limité de rhumatologues, actuellement 10 pour environ 15 millions d'habitants, rend l'accès difficile aux patients à un spécialiste dès le début de la symptomatologie, parfois même durant les premières années d'évolution de la maladie.

### La nature a horreur du vide...

Le recours à la médecine traditionnelle contribue à allonger le délai d'initiation des mesures thérapeutiques adéquates. Ce recours retarde non seulement la prise en charge effective de la maladie, mais il est source de pratiques et de prises de médicaments traditionnels soumis à aucun contrôle. Ce phénomène accentue également les pertes de vue. Le caractère déformant et mutilant de la PR pousse les patients à de fausses interprétations teintées de croyances culturelles pouvant désorganiser leur environnement social. Une thèse récente (8) menée sur le recours à la médecine traditionnelle au Sénégal chez les rhumatisants chroniques a permis d'interroger 297 patients. Le genre féminin représentait 83 % de la population. Le sex-ratio était de 0,2, l'âge moyen de 48,36 ans avec des extrêmes de 13 et 79 ans. Les patients atteints de PR représentaient 44 % de la population d'étude. Ils avaient, de façon significative, davantage recours à la médecine traditionnelle comparativement aux autres patients.

**L'ETP du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.**

Au cours de la PR, les hypothèses les plus évoquées par les tradipraticiens étaient la maladie mystique et le ndoxum siiti (terminologie locale très floue que les

tradipraticiens sénégalais utilisent pour désigner plusieurs affections rhumatismales et cutanées.) Les décoctions et les bains étaient respectivement prescrits dans 31 % et 18 % de cette étude. Certaines méthodes invasives telles que les scarifications (visages) sont également proposées par les tradipraticiens.

### Le défi de l'adhésion au traitement par le développement de l'éducation thérapeutique...

Le recours à l'éducation thérapeutique est une nécessité pour améliorer la prise en charge de nos patients dans ce contexte de ressources humaines limitées, de faible nombre de spécialistes et d'une forte croyance aux pratiques traditionnelles. L'adhésion au traitement est un préalable à toute réussite d'un projet thérapeutique. Pour cela, il faut une bonne information du patient sur l'affection causale. De nos jours le praticien doit être en mesure d'encadrer les idées reçues à travers, notamment, les réseaux sociaux et les médias. L'information doit être adaptée au patient et au stade évolutif de sa maladie. Elle concerne tous les aspects de la maladie et les possibilités thérapeutiques qui existent. Elle doit arriver à rassurer le patient et l'amener à observer régulièrement son traitement. Dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde, le patient doit saisir clairement l'intérêt de chacun des types de traitement : symptomatiques et de fond.

**La mise en place d'une unité d'éducation thérapeutique dans le service de Médecine interne/rhumatologie de l'hôpital Dalal Jamm de Dakar au Sénégal nous permettra de proposer un programme tenant compte des actualités et des dernières recommandations dans la prise en charge de la PR et du contexte psychosocial sénégalais.**

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique (ETP) a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'ETP du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'ETP du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants (9). L'ETP est de plus en plus recommandée par les sociétés savantes, notamment dans les affections chroniques (10). L'ETP au cours des maladies chroniques, des rhumatismes inflammatoires chroniques en particulier, contribue à réduire le nombre de pertes de vue. Elle permet en somme de faire du patient un partenaire tout au long du suivi. Elle favorise une meilleure utilisation des moyens pharmacologiques et permet de mieux faire comprendre au patient l'intérêt des mesures non pharmacologiques. La PR nécessite une prise en charge multidisciplinaire et la responsabilisation du patient. L'éducation du patient est une composante majeure des programmes de prise en charge de la PR.

Il existe deux types de programmes : éducatif, dont l'objectif vise à rendre le patient compétent dans la prise en charge personnelle de sa maladie et psychologique, afin d'améliorer la capacité d'adaptation (coping) et diminuer le stress, l'anxiété et la dépression. L'ETP de groupe représente la stratégie d'éducation la plus répandue, essentiellement réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Autant le temps de la consultation est un dialogue singulier médecin-



malade, autant l'éducation thérapeutique est un moment de partage d'expériences et d'émotions entre les différents patients sous la supervision d'une équipe de soins. La mise en place d'une unité d'éducation thérapeutique dans le service de Médecine interne/rhumatologie de l'hôpital Dalal Jamm de Dakar au Sénégal nous permettra de proposer un programme tenant compte des actualités et des dernières recommandations dans la prise en charge de la PR et du contexte psychosocial sénégalais. Fort de l'expérience des équipes déjà exercées sur les procédés d'éducation thérapeutique et des recommandations de la HAS (11) il comportera 3 sessions par groupe de patients :

- une première session consacrée à l'évaluation du niveau de connaissances sur la maladie, les croyances culturelles, le vécu, le rôle de l'entourage, les informations sur les aspects diagnostiques et l'évolution ;
- une deuxième session centrée sur les aspects thérapeutiques et les modalités de prise en charge ;
- une troisième session dite de consolidation.

Nous vous ferons état, dans les prochains numéros, de la mise en œuvre pratique de ce projet, des difficultés, des contraintes, des limites et à moyen et long terme de son apport.

**Pr Ndongo Souhaïbou**

### Références

1. B. Combe, C. Lukas, J. Morel. Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte : stratégies thérapeutiques. EMC - Appareil locomoteur 2016;11(1):1-23 [Article 14-220-A-20].
2. Presentation and severity of rheumatoid arthritis at diagnosis in Senegal. Ndongo S, Lekpa F.K, Ka M.M, N Ndiaye, T.M Diop. Rheumatology 2009 ; 48 : 1111-3.
3. Gaujoux Viala C., Gossec L., Cantagrel A., Dougados M., Fautrel B., Mariette X. , et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis Joint Bone Spine 2014 ; 81 : 287-297.
4. Feldman DE, Bernatsky S, Haggerty J et al. Delay in consultation with specialists for persons with suspected new-onset rheumatoid arthritis: a population-based study. Arthritis Rheum 2007; 57:1419-25.
5. Mijiyawa M. Rheumatoid arthritis in Black Africa. Rev Med Interne 1996 ; 17 :625-6.
6. Smolen J.S., Aletaha D., Bijlsma J.W., Breedveld F.C., Boumpas D., Burmester G. , et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force Ann Rheum Dis 2010 ; 69 : 631-637.
7. Beauvais. Éducation thérapeutique en rhumatologie : l'exemple de la polyarthrite rhumatoïde. Médecine des maladies Métaboliques 2014 ; 6 : 573-579.
8. Ndiaye A. Le recours à la médecine traditionnelle chez les patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique : étude portant sur 297 cas. Thèse. Méd. Dakar, 2016 N° 250.
9. OMS Europe. Rapport sur l'éducation thérapeutique, 1998.
10. Beauvais C, Perdriger A. Section Éducation Thérapeutique Diversité et répartition territoriale des programmes d'éducation thérapeutique pour les maladies ostéo-articulaires : recensement auprès des agences régionales de santé (ARS) Rev Rhum 2012 ; 79 (Suppl.1) : A301 [Abstract Me.61].
11. Haute Autorité en santé (HAS). Recommandations, éducation thérapeutique du patient définitions, finalités et organisation : juin 2007.

CARICATURE



Notre environnement et notre attitude sont le résultat de nos choix

Daniel Desbiens  
www.dicocitations.com

*André Druis*

MOTS CROISÉS

**HORIZONTAL**

- 1: Membranes qui couvrent les os  
: Relâchement des ligaments viscéraux ou des parois abdominales
- 3: Liquides incolores qui circulent dans le corps, au moyen de vaisseaux particuliers, nommés vaisseaux lymphatiques  
: Maladie qui détruit la coordination des mouvements
- 5: Assoupissement profond dans lequel tombe un malade
- 9: Qui ont l'aspect de la bouillie
- 11: Se dit d'un pied mal formé  
: Petites masses de liquide coagulé
- 13: Action de purger
- 15: Petite plaie blanchâtre à la bouche  
: Maladie de la peau

**VERTICAL**

- 1: Infection contractée en pays marécageux caractérisée par une fièvre intermittente
- 3: Ce qui servent à guérir les maladies
- 5: Lame mince qui se détache de l'épiderme à la suite de certaines maladies de la peau
- 7: Qui produit la putréfaction  
: Liquide jaune verdâtre sécrété par le foie
- 9: Bandelette de soie, de linge effilé qu'on passe sous la peau pour déterminer un écoulement d'humeur
- 11: Ecouter en appliquant l'oreille sur la poitrine ou le dos
- 15: Préparation pharmaceutique qui s'applique sur la peau  
: Maladie caractérisée par des suffocations

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

# IPPROTON<sup>®</sup>

Oméprazole

L'IPP QUI PORTE BIEN SON NOM



**ESORAL<sup>®</sup>**  
Esomeprazole

**LA ROSE**  
des IPP

**MédiS**  
Au service de la santé