N°: 001

Au service de la santé

MédiS News

N° : 001 / Juin / 2017





DOSSIER 10

RAMADAN : Nutrition, Diabéte et Maladies Ulcéreuse

ÉDITORIAL 03

MédiSNews, Miroir de l'ouverture des LABORATOIRES MédiS

la revue médicale éditée par nos laboratoires continue à apparaître, dans son numéro un, non sans apporter avec elle un souffle de nouveauté.

PAROLES AUX PROFESSIONNELS 04

Dysfonction érectile et diabète,
entre qualité de vie et ischémie cardiaque sous-jacente

La dysfonction érectile (DE) est une complication fréquente du diabète, malheureusement souvent négligée.

BATAILLE DE VIE 18

LA BIPOLARITÉ,
une bataille quotidienne contre soi-même

La première fois qu'elle consulta un psychiatre, elle fut diagnostiquée en grave dépression. Quelques évènements dramatiques ...

VIE MÉDICALE 05

- **Association « Enfant et Cœur », un enfant, un cœur et une vie**
- **Gestion de la douleur aiguë en pratique générale**

INTERVIEW 09

Interview avec Ridha Lahmar,
ingénieur responsable physico-chimie à MédiS

« MédiS est ma vie… »

Commencer sa carrière alors qu'on est encore étudiant n'est jamais facile. Cela constitue un défi et exige des sacrifices personnels, mais aussi de la compréhension de la part des employeurs. Si l'expérience est menée jusqu'au bout et voit le succès la couronner, on développe alors des liens indéfectibles avec l'entreprise qui sait offrir une pareille chance.

INTERNATIONAL 03

MédiS s'implante au Sénégal et s'ouvre sur l'Afrique subsaharienne

Après l'Algérie et la Tchéquie, les laboratoires MédiS s'installent, le 14 avril 2017, au Sénégal. En effet, le groupe pharmaceutique Sanofi et les laboratoires Médis ont confirmé, ce jour-là, le rachat des titres de Sanofi dans la société WPS (Winthrop Pharma Sénégal) par le groupe MédiS.



MédiS HEALTHCARE 16

Troubles du sommeil. Manifestations, causes et traitements

Se réveiller le matin, quand le soleil levant illumine le jour et dormir la nuit, quand il fait sombre, fait partie du fonctionnement naturel de l'être humain. Tout récemment, les scientifiques ont commencé à comprendre le cycle alternatif du sommeil et du réveil et son lien avec la lumière du jour et l'obscurité.

Calcium, le minéral incontournable !

Le calcium est le minéral le plus abondant dans l'organisme. Notre squelette en contient entre 1 et 1,5 kg, soit 99% du calcium total. Cette quantité existe sous forme de sulfate de calcium et donne aux os et aux dents leur solidité et leur rigidité.

RÉFLEXIONS 14

Mais arrêtez de courir après les chiffres !

Réaliser une étude clinique pour un certain nombre de médecins chercheurs se limite à manipuler des chiffres et traiter des données. La méthodologie de recherche, on l'oublie.

ACTUALITÉS MédiS 06

NEAPOLIS PHARMA :
naissance d'une filiale dédiée aux produits hautement actifs

Une nouvelle filiale, appelée NEAPOLIS PHARMA S.A. et spécialisée dans la fabrication des médicaments hautement actifs à usage humain, vient d'être lancée par le GROUPE MEDIS,

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

BIG MAG®

- Prévention de maladie cardio-vasculaire, Renforcement du système immunitaire.
- Certains syndromes douloureux : Polynévrites, névralgies, sciatalgies.
- Nervosité. Irritabilité, anxiété légère, fatigue troubles mineurs du sommeil.
- Manifestations d'anxiété : spasmes digestifs ou palpitions, crampes musculaires, fourmillements.

BIG MAG+

1 À 3 GÉLULES PAR JOUR

BIG MAG

1 À 4 GÉLULES PAR JOUR

BISGLYCINATE DE MAGNÉSIUM
VIT B6-B9-B12



COLOREZ VOTRE VIE

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

BIG FER®

- 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



L'AVENIR EN AFRIQUE

MÉDIS S'IMPLANTE AU SÉNÉGAL ET S'OUVRE SUR L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Après l'Algérie et la Tchéquie, les laboratoires MédiS s'installent, le 14 avril 2017, au Sénégal. En effet, le groupe pharmaceutique Sanofi et les laboratoires Médis ont confirmé, ce jour-là, le rachat des titres de Sanofi dans la société WPS (Winthrop Pharma Sénégal) par le groupe MédiS. Cette date restera mémorable, car elle signe l'ouverture de ce dernier sur l'Afrique subsaharienne…

Le contrat signé et le closing financier accompli, la société Winthrop Pharma Sénégal (WPS), devient désormais « Médis Sénégal ». Une cérémonie solennelle a été organisée à cette occasion sous le haut patronage de Mme Awa Marie COLL SECK ministre de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal, de M. Skander Denguezli, Ambassadeur de Tunisie à Dakar et M. Lassaad Boujbel, président exécutif du groupe MédiS.

Malgré son jeune âge sur le marché pharmaceutique, MédiS est leader du marché des génériques en Tunisie et première multinationale tunisienne dans le domaine pharmaceutique générique. Elle concrétise cette vision par son choix de s'étendre au Sénégal et ambitionne en œuvrant à mettre à disposition des solutions thérapeutiques efficaces et accessibles à la population sénégalaise et à toute la sous-région. En effet la zone souffre d'un double fardeau sanitaire : les pathologies infectieuses et les pathologies non transmissibles qui imposent aux autorités d'établir des réflexions sur la disponibilité et l'accessibilité de médicaments de qualité dans une logique intégrant les inégalités existantes entre les classes sociales. Répondant ainsi à la priorité de la zone qu'est la santé publique, MédiS ambitionne d'être le fleuron de l'industrie pharmaceutique en Afrique subsaharienne dans sa nouvelle base sénégalaise en se développant en trois temps.

À court terme, MédiS souhaite consacrer les investissements nécessaires afin d'élargir la gamme de médicaments à fabriquer localement déjà enregistrée en Tunisie et en Afrique subsaharienne.

À moyen terme, Médis compte développer les médicaments spécifiques et essentiels qui pèsent lourd au niveau des dépenses de la santé.

Enfin sur le long terme, MédiS passera à la réalisation des extensions nécessaires pour répondre aux besoins des marchés de la zone pour les produits de première intention dans les hôpitaux et les institutions sanitaires tels que les solutés massifs et les médicaments injectables à usage professionnel.

Une ambition qui se réalise

Winthrop Pharma Sénégal (WPS) emploie 150 salariés et s'est spécialisée dans la fabrication et la distribution d'ampoules stériles, de comprimés et de sirops pour le compte de Sanofi au Sénégal et en Afrique subsaharienne.

Autrefois appelée SIPOA, Winthrop Pharma Sénégal (WPS) est née en 1973 de la vision du Président Léopold Sédar Senghor. Au fil des années et grâce à son potentiel, cette usine est passée d'une dimension nationale à une ambition continentale. Elle était depuis sa création la première industrie pharmaceutique de l'Afrique Francophone occidentale, elle n'a eu de cesse de grandir au gré d'une série de fusions-absorptions : SIPOA à sa création, Rhône-Poulenc après qu'il soit entré dans son capital pour devenir actionnaire majoritaire, Aventis Pharma en 1999 après la fusion entre Rhône-Poulenc et Hoechst Marion Roussel, Sanofi Aventis en 2004 après absorption par Sanofi Synthélabo et « MédiS Sénégal » aujourd'hui.

L'acquisition des parts Winthrop Pharma Sénégal (WPS) fortifie ainsi le partenariat Sud-Sud qui correspond exactement aux ambitions des laboratoires MédiS. Cette acquisition offre en effet des atouts indéniables pour réussir le développement de MédiS
en Afrique, par l'expertise et le professionnalisme des employés de WPS et des équipes MédiS : R&D, Assurance Qualité, Contrôle Qualité, Marketing, ainsi que par l'apport de nouveaux produits et services, le maintien de la fabrication et de la distribution des médicaments Sanofi et l'acquisition de produits Winthrop Pharma Sénégal enregistrés en Afrique subsaharienne francophone. Médis Sénégal compte se développer activement pour une activité géographique et financière du médicament dans la sous-région avec pour perspective de se développer en Afrique subsaharienne à partir d'une base sénégalaise.

Cette ambition marquée par l'histoire se réalise avec cette acquisition, puisque c'était une vive aspiration de nos leaders fondateurs, Léopold Sédar Senghor premier président du Sénégal (1960-1980) et Habib
Bourguiba premier président de la Tunisie (1957-1987). Avant même l'indépendance de nos deux pays, Léopold Sédar Senghor et Habib Bourguiba entretenaient des relations fraternelles et amicales et envisagèrent même de devenir présidents des deux pays respectifs, d'initier une coopération fructueuse et profitable pour nos deux pays. Une fois présidents, ils ont déployé des parts considérables de budgets de l'État dans l'enseignement et l'éducation.

Aussi bien au Sénégal qu'en Tunisie, le potentiel humain est aujourd'hui suffisamment éduqué et formé pour pouvoir contribuer au développement économique et social de nos deux pays, au diapason des progrès scientifiques et technologiques.

Linda KNANI



Editorial, par Dr. Lassaad BOUJBEL

MédiSNews, Miroir de l'ouverture des laboratoires MédiS

MédiSNews, la revue médicale éditée par nos laboratoires continue à apparaître, dans son numéro un, non sans apporter avec elle un souffle de nouveauté.

Ayant été positivement perçu par les acteurs des secteurs médical et pharmaceutique, notre numéro zéro a fait la fierté de nos laboratoires qui à travers sa revue s'ouvrent sur les professionnels de la santé. Mais pas seulement… Nous ouvrons aussi nos portes à celles et ceux de nos lecteurs professionnels de santé qui veulent enrichir notre revue en y publiant des articles scientifiques, médicaux, pharmaceutiques…

Nous sommes heureux de vous annoncer dans ce numéro la naissance d'une nouvelle filiale, NEAPOLIS PHARMA S.A. Elle est dédiée à la fabrication des médicaments hautement actifs à usage humain. Nous cherchons par son biais de satisfaire le besoin local en médicaments pour le traitement des différentes maladies par chimiothérapie. Nous y fabriquerons toutes les formes usuelles ; sèches (comprimés pelliculés et une extension future pour une ligne de gélules) et les injectables stériles (flacons contenant des solutions liquides et/ou produits lyophilisés.)

MédiS s'est aussi ouvert sur l'Afrique subsaharienne en s'installant depuis le 14 avril 2017 au Sénégal après l'acquisition des titres de Sanofi dans la société WPS (Winthrop Pharma Sénégal). Cette date restera mémorable, car elle signe l'ouverture de ce dernier sur l'Afrique subsaharienne…

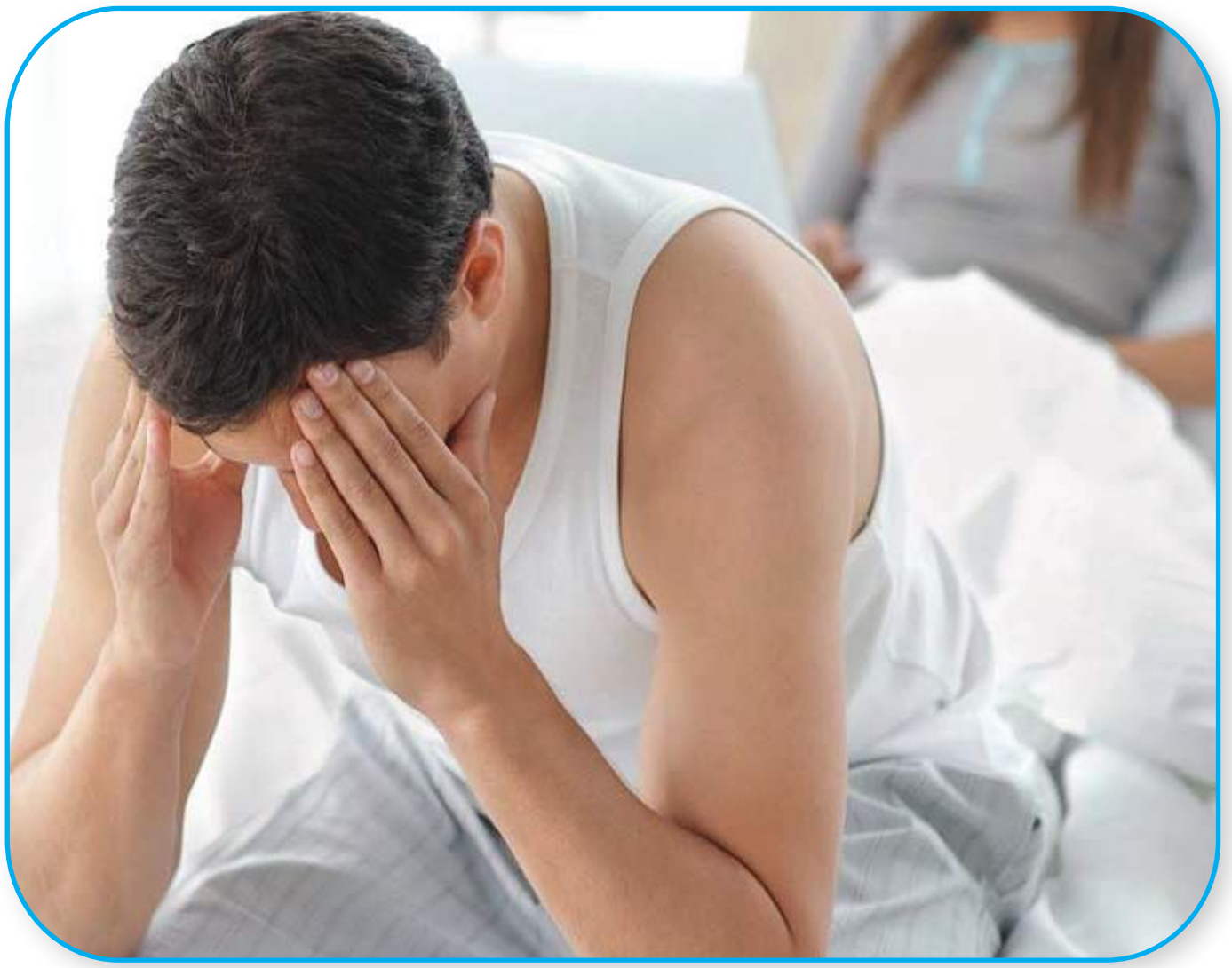
MédiS va y investir à court terme pour élargir la gamme pharmaceutique déjà enregistrée en Tunisie et en Afrique subsaharienne afin de la fabriquer localement. Ensuite, nous comptons développer des produits spécifiques. Nous élaborerons sur le long terme un réseau d'extensions, afin de répondre aux besoins de la zone en produits de première intention dans les hôpitaux et les institutions sanitaires tels que les solutés massifs et les médicaments injectables à usage professionnel.

Ce numéro contient ainsi notre actualité et nos activités, mais offre aussi à lire des articles portant sur des pathologies, des troubles (…). Un dossier spécial ramadan a également été élaboré : diabète, maladies gastriques et ulcéreuses, hygiène de vie, etc., comment passer sainement le mois de ramadan ? MédiSNews en parle dans son numéro 1.

Editorial, par Lassaad Boujble : MédiSNews, miroir de l'ouverture de MédiS ..... P. 3
International : L'avenir en Afrique, MédiS s'implante au Sénégal et s'ouvre sur l'Afrique subsaharienne ..... P. 3
Paroles aux professionnels : Dysfonction érectile et diabète, entre qualité de vie et ischémie cardiaque sous-jacente ..... P. 4
Vie médicale : Association « Enfant et Cœur », un enfant, un cœur et une vie ..... P. 5
Vie médicale : Gestion de la douleur aiguë en pratique générale ..... P. 5
Actualité MédiS : Le Laboratoire Central MédiS, à la pointe de la technologie pharmaceutique ..... P. 6
Actualité MédiS : NEAPOLIS PHARMA : naissance d'une filiale dédiée aux produits hautement actifs ..... P. 7
Actualité MédiS : Prix MédiS de Recherche en Santé mentale ..... P. 8
Histoire d'un Médisien : Interview avec Ridha Lahmar, « MédiS, c'est ma vie » ..... P. 9
Dossier Ramadan : Nutrition, diabète et maladies ulcéreuses ..... P. 10-11-12
Nutrition et Ramadan P.10
Diabète et mois du Ramadan, les mesures à prendre pour un mois « sain » ..... P. 11
Jeûne du mois de Ramadan et tube digestif ..... P. 12
Réflexion : Réflexions autour des observatoires cliniques ..... P. 14
Réflexion : Mais arrêtez de courir après les chiffres ..... P. 15
MédiS Healthcare : Troubles du sommeil, manifestations, causes et traitements adéquats ..... P. 16
MédiS Healthcare : Calcium, le minéral incontournable ! ..... P. 17
Bataille de vie : La bipolarité, une bataille quotidienne contre soi-même P.18
Bataille de vie : Aspects transculturels et troubles bipolaires ..... P. 18
Divertissement P.19

DYSFONCTION ÉRECTILE ET DIABÈTE, ENTRE QUALITÉ DE VIE ET ISCHÉMIE CARDIAQUE SOUS-JACENTE

La dysfonction érectile (DE) est une complication fréquente du diabète, malheureusement souvent négligée. Ce trouble sexuel touche souvent l'homme diabétique à un âge précoce. Le trouble consiste en l'incapacité persistance ou répétée à atteindre une érection adéquate. Cette perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée et de difficulté interpersonnelle. Il mène souvent à la dépression, suscite l'anxiété et diminue l'estime de soi. C'est un signe d'alarme qui doit être pris au sérieux. Son traitement rétablit un équilibre familial et recrée une harmonie essentielle à la survie du couple.



Il s'agit d'un diagnostic purement clinique, à différencier des troubles du désir, des aversions sexuelles, des troubles de l'orgasme et de l'éjaculation.
La prévalence de ces troubles explose (comme le diabète + ++)
Sa prise en charge doit débuter par un dépistage systématique et surtout proactif. Celui-ci se justifie par le fait que l'apparition de cette complication signe souvent une étape dans le retentissement viscéral du diabète et particulièrement l'apparition de la maladie vasculaire.
La dysfonction érectile s'est ainsi montrée comme le prédicateur le plus efficace de l'ischémie cardiaque, souvent silencieuse chez le diabétique. De plus, elle est associée à une sérieuse altération de la qualité de vie des patients et de leurs partenaires.
Peu de diabétiques révèlent spontanément leur trouble à leur médecin. Pourtant lorsqu'on les interroge à ce sujet, la plupart déclarent souhaiter être pris en charge, mais attendent que le médecin prenne l'initiative de leur en parler.
Exploration d'une dysfonction érectile chez un diabétique
Le bilan est essentiellement clinique. La première consultation doit durer au moins 20 minutes et repose sur :
-L'interrogatoire.
-Visant à rechercher les facteurs de risque vasculaires, les facteurs à impact négatif additionnels (alcool, tabac, médicaments…)
-Analysant les symptômes sexuels : le désir (appétit et intérêt sexuel), l'éjaculation = (précoce prématurée, retardée ou absente), les troubles de l'érection :
*Début brutal, caractère sélectif, évolution intermittente, érections nocturnes présentes : l'origine est plus psychogène : la dépression précède souvent.
*Début progressif, troubles constants, érections nocturnes absentes: l'origine est organique. La dépression est réactionnelle et suivra :
-Analysant le contexte psychologique et socioprofessionnel (désir de performance, comportement d'évitement)
-Détectant une probable dépression rationnellement, le retentissement sur la vie conjugale et l'harmonie du couple.
-L'examen clinique : il repose sur l'auscultation des pouls (artériopathies), des nerfs (réflexes, sensibilité, neuropathies…), du volume et de la consistance des testicules, de la pilosité et de la masse musculaire et se termine par un toucher rectal.
-Le bilan para clinique dans lequel sont recommandés un dosage de l'HbA1c, bilan lipidique, un ECG (repos et effort), une testostéronémie et une prolactinémie (si baisse du désir.).

TRAITEMENT
Cette pathologie est en grande partie actuellement corrigible par le traitement pharmacologique (IPDE5) qui restaure une fonction érectile satisfaisante. En effet, la mise sur le marché des inhibiteurs de la 5 phosphodiesterase (IPDE5) a complètement bouleversé la prise en charge de cette pathologie.
Tout en prenant en compte de l'avis de la partenaire, il faut évaluer le risque cardiaque lié à la reprise des rapports vu que la pathologie augmente le risque d'accident cardio-vasculaire et des troubles du rythme surtout en cas de cardiopathie associée. Il ne faut alors pas hésiter à demander un avis spécialisé.
Il faut aussi évaluer le niveau d'activité physique du patient (importante, régulière ou intermittente et modérée). La dépense énergétique d'un rapport « moyen » équivaut à une marche de 2 kilomètres en 20 minutes ou à la montée de deux étages.
Après avoir donné quelques informations et conseils sexuels, la première étape du traitement agira sur les causes et les facteurs de risque vasculaires, supprimera ou réduira la dose d'un médicament à possible impact sexuel négatif, etc., elle traitera un hypogonadisme fréquemment associé au diabétique de type II.
L'étape suivante sera la prescription d'un traitement oral essentiellement un I PDE5.

Plus de 80% des diabétiques souffrant d'un dysfonctionnement érectile pourraient aujourd'hui bénéficier d'un traitement efficace de leur problème d'érection. Encore faudrait-il que cette dysfonction érectile soit diagnostiquée, ce qui nécessite de la part des médecins une attitude plus proactive.

Cette classe de médicaments est la plus prescrite de première intention (recommandations des sociétés savantes), leur efficacité, bien que moindre que chez les sujets normaux du fait de l'altération de production de Nitric Oxide (NO) / Acide nitrique est prouvée. Ils permettent à 50 et 60% des diabétiques de retrouver des érections mécaniquement suffisantes pour des rapports satisfaisants à condition d'utiliser si nécessaire des doses maximales. Leur succès nécessite le respect de cinq règles basiques, à savoir :
-L'association d'une stimulation sexuelle
-La prise plus de 2 heures après le dernier repas pour le sildénafil
-L'intervalle approprié entre la prise et l'acte sexuel (1 à 4 heures pour le sildénafil, 2 à 36 heures pour le tadalafil.)
-En cas de résultat insuffisant, il faut augmenter la posologie jusqu'au maximum autorisé.
-La répétition des essais, en ne renonçant pas avant quatre tentatives avec la dose la plus élevée (les résultats peuvent être progressifs.)
Les médicaments sont souvent bien tolérés et les effets indésirables sont jugés minimes. Il existe cependant deux réserves :
-En cas de pathologie cardio-vasculaire susceptible d'être décompensée par la dépense énergétique du rapport sexuel
-L'interaction avec deux classes de médicaments dont les IPDE5 pourrait potentialiser l'effet hypotenseur (risque d'ischémie cardiaque) : trinitrine et dérivés nitrés et à moindres degrés les alpha bloquants
Que faire en cas d'échec ou de refus des IPDE5 ?
Il faut passer aux traitements locaux : auto injections intra caverneuses, prostaglandine intra urétrale (MUSE) pompe à vide ou vacuum…
En cas d'échec de ces procédés, les traitements chirurgicaux avec mise d'une prothèse pénienne doivent être discutés.
Plus de 80% des diabétiques souffrant d'un dysfonctionnement érectile pourraient aujourd'hui bénéficier d'un traitement efficace de leur problème d'érection. Encore faudrait-il que cette dysfonction érectile soit diagnostiquée, ce qui nécessite de la part des médecins une attitude plus proactive.
On peut espérer que la mise en évidence récente de l'importance du symptôme DE comme marqueur de la maladie vasculaire et particulièrement de l'ischémie coronaire silencieuse contribuera à inciter les médecins à la rechercher. Les I5PDE constituent le traitement de première intention, ils sont souvent efficaces et bien tolérés.

A.F. MOSBAH
Professeur, chirurgien urologue,
Chef de Service EPS Sahloul, Sousse, Tunisie
E-mail : faouzimosbah@yahoo.fr

ASSOCIATION « ENFANT ET CŒUR », UN ENFANT, UN CŒUR ET UNE VIE

Que d'émotions offertes par les battements du cœur d'un enfant lors de l'échographie effectuée durant la grossesse. Ces battements permettent aux parents de réaliser qu'un enfant est là, vivant, réel et qu'il est sur le point de venir au monde et de transformer leur vie… Néanmoins, il arrive que l'enfant naisse avec une pathologie cardiaque ou la développe lors de sa petite enfance. Cela brise souvent le cœur des parents… L'association « Enfant et Cœur » se bat justement depuis sa création pour offrir à l'enfant et à ses parents la possibilité de guérir et de vivre pleinement…

Il n'existe pas de chiffres précisant le nombre d'enfants atteints de maladies cardiaques en Tunisie. Se fondant sur des études faites à l'échelle internationale, ils représentent environ 8 enfants sur 1000 naissances. Toutes les pathologies ne sont néanmoins pas graves seulement 20% d'entre elles le sont et nécessitent une intervention chirurgicale. En Tunisie, l'association « Enfant et cœur », née en 1992 et présidée par le docteur Abdelfatah Abid, se bat pour venir en aide à ces enfants.

La vice-présidente de l'association, Fekria Abid, cardiologue, ancienne chef de service CHU la Rabta et ancienne professeur à la faculté de médecine, nous explique les différents genres de pathologies et revient sur les activités de l'association.

Il existe deux types de pathologies cardiaques. Les maladies acquises, touchant un petit nombre d'enfants, comportent les infections, le rhumatisme cardiaque (…) et sont facilement curables grâce à la bonne prise en charge de l'enfant, notamment avec la consultation pédiatrique en première ligne. Il existe néanmoins des maladies plus fréquentes et qui sont de l'ordre des pathologies congénitales. Elles sont dues à des troubles du développement du cœur lors de la grossesse et représentent 80% des maladies cardiaques touchant les enfants. Elles sont aussi facilement curables par le biais de la chirurgie ou la méthode interventionnelle. Elles touchent par exemple la communication interventriculaire ou le canal artériel. Le rétrécissement pulmonaire et la tétralogie de Fallot font également partie de ces pathologies congénitales.

D'autres enfants naissent néanmoins avec des maladies plus graves comme celle du cœur uni ventriculaire. Elle représente, selon le Dr Fekria Abid, la hantise des cardiologues. L'enfant nait avec la moitié d'un cœur et il s'agit là d'une pathologie incurable nécessitant une opération palliative.

Afin d'éviter ce genre de maladie, le secteur médical tunisien connaît le développement de la cardiologie fœtale. Ces pathologies doivent être diagnostiquées en anténatale et cela donne la possibilité aux parents de décider l'interruption de la grossesse.

Quand le médecin n'est plus seulement un praticien

L'association a œuvré pour la création d'un service de cardiologie pédiatrique, de le développer et même de l'internationaliser, car par le passé les enfants tunisiens partaient à l'étranger pour s'y faire opérer. Avec la collaboration d'une association belge, le service a été créé à l'hôpital Rabta, à Tunis. Il a été équipé pour la cardiologie pédiatrique, ainsi que pour la chirurgie cardiologique pédiatrique. Un programme franco-belge-anglo-italien a été élaboré et c'est ainsi que des cardiologues pédiatres, ainsi que des chirurgiens cardiologues pédiatres ont été formés.

Aujourd'hui, l'association « Enfant et Cœur » organise tous les six mois des missions à Bizerte, Mornag et Zaghouan dans le nord de la Tunisie et à Kebili, Tataouine, Djerba et Mednine dans le sud. Ces missions offrent des consultations gratuites aux enfants dans ces régions et dans la majorité des cas ces derniers sont soignés sur place. Quand un cas nécessite une intervention chirurgicale ou alors un diagnostic plus poussé, il est alors orienté vers les hôpitaux. Il est arrivé à l'association de prendre en charge des enfants, entre autres, lors des interventions à cœur ouvert ou encore d'intervenir auprès des médecins traitants pour diminuer leurs honoraires. Des missions ont également été menées en dehors de la Tunisie, notamment en Mauritanie où des chirurgiens sont régulièrement formés par « Enfant et Cœur » qui est d'ailleurs en train d'aider les Mauritaniens à édifier un centre de cardiologie et de chirurgie cardiaque.

Tous les ans, une fête est organisée pour financer l'association et ses activités. Le plus dur selon Dr Fekria Abid reste la vente des billets…

Hajer AJROUDI

GESTION DE LA DOULEUR AIGUË EN PRATIQUE GÉNÉRALE

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un endommagement tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes de tels dommages »1. C'est un motif de consultation très fréquent parmi les visites d'un praticien.

Les types de douleur les plus fréquents chez les patients qui consultent un médecin généraliste, tel qu'identifiés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comprennent les lombalgies, les douleurs articulaires, les douleurs aux extrémités, les douleurs thoraciques, les céphalées et les douleurs abdominales 2.

Comment les évaluer et les quantifier et quels sont les traitements appropriés ?

Puisque la douleur est une expérience subjective, afin de gérer la douleur de manière appropriée, il est important de comprendre ce qui est ressenti par le patient. Il a été démontré que l'auto-évaluation faite par les patients est l'indicateur le plus fiable de l'existence et de l'intensité de la douleur. Différents outils standards sont disponibles, tels que l'échelle de notation verbale (ENV) où la douleur est évaluée de 0 à 10 ou plus d'aides visuelles. D'autre part, l'échelle analogique visuelle (VAS), dans laquelle les visages avec des expressions de la douleur sont utilisés pour évaluer la douleur comme « légère », « modérée » ou « sévère ». Ces outils sont utiles pour guider le traitement initial et l'efficacité durable du traitement pour chaque patient.

Initier le traitement

Lors de la planification du traitement, il est important de négocier les objectifs de traitement avec le patient.

Dans l'ensemble, les objectifs du traitement devraient inclure:

Le contrôle précoce de la douleur, avec des ajustements de traitement pour atteindre un niveau de confort acceptable.

Le contrôle de la douleur suffisant pour permettre la fonctionnalité requise du patient.

La facilitation de la récupération des maladies ou des blessures sous-jacentes.

Gestion des douleurs

La douleur douce varie de 1 à 5 sur le VAS, ou une note de 1 à 3 sur 10 sur l'échelle ENV. Les patients souffrant de douleurs légères nécessitent une assurance sur la cause de leur état sous-jacent. Habituellement, la douleur légère est autolimitée et persiste rarement plus de quelques jours. La peur contribue souvent à l'expérience du patient en matière de douleur. Le soutien et l'éducation peuvent être des facteurs importants pour de nombreux patients souffrant de douleurs légères.

Le traitement non pharmacologique peut être suffisant pour résoudre une douleur légère. Cela inclut les techniques de réduction du stress, les conseils psychosociaux, alors que la thérapie physique ou professionnelle peut être plus appropriée.

Les médicaments pour douleurs légères devraient commencer par le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Si ces agents sont insuffisants ou contre-indiqués ou un opioïde faible peut être prescrit, une association de médicaments opioïdes et non opioïdes peut être instaurée.

La douleur modérée peut être définie comme une douleur qui est classée entre 4 et 6 sur une échelle de 0 à 10, ou qui est qualifiée de modérée par le patient. Comme dans le cas d'une douleur légère, les patients ont besoin de réconfort qui est un adjuvant puissant pour soulager la douleur. En général, la douleur est amplifiée par des émotions comme la peur, la colère et la culpabilité.

Le soulagement de la douleur devrait être ajusté en fonction des besoins du patient. Certaines personnes sont capables de tolérer la douleur, tandis que pour d'autres, la douleur modérée est inacceptable. Utilisés seuls ou en combinaison, les opioïdes de niveau II (tramadol et codéine) sont la pierre angulaire de la gestion de la douleur la plus modérée. d'autres, la douleur modérée est inacceptable. Utilisés seuls ou en combinaison, les opioïdes de niveau II (tramadol et codéine) sont la pierre angulaire de la gestion de la douleur la plus modérée.

La douleur sévère est définie comme une douleur qui est évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10, ou qui est décrite par le patient comme grave. Une douleur grave nécessite toujours une enquête urgente. Habituellement, les patients souffrant de douleurs sévères nécessitent un renvoi urgent et l'admission à l'hôpital, où la cause sous-jacente peut être gérée et le patient peut recevoir des opioïdes par voie parentérale.

Traiter la douleur tôt et efficacement

Le traitement de la douleur exige effectivement une approche axée sur le patient. Des données telles que les besoins des patients en ce qui concerne la gravité de leur douleur, leurs préférences de traitement, la probabilité qu'ils développent des complications ou une récupération difficile, et leur réponse aux thérapies, devraient être toutes prises en compte pour le choix et l'ajustement du traitement antalgique.

Mohamed BOUCHOUCHA

Référence :

1. Acute pain management: scientific evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine.

2. Gurege O, VanKoff M, Simon G, Gaten R. Persistent pain and well being: a World Health

LE LABORATOIRE CENTRAL MÉDIS
À LA POINTE DE LA TECHNOLOGIE PHARMACEUTIQUE

En 2009 a commencé la construction d'un projet ambitieux et avant-gardiste, le Laboratoire Central MédiS, pour s'achever en juillet 2014. Dédié, entre autres, à la biotechnologique, chimique et microbiologique ainsi qu'à la gestion des stocks et l'étude de stabilité, il est structuré d'une façon optimisée avec une logistique permettant la maitrise totale du processus de contrôle qualité. En effet, ce projet a fait objet d'une étude très approfondie de fonctionnalité de flux et organisation, de gestion des biens matériel, immatériel, sécurité et besoin futur du groupe MédiS en technologie de pointe dans les domaines du développement, de l'expertise, de la formation et de l'innovation en savoir-faire. Aujourd'hui, une équipe composée de 67 personnes réparties entre techniciens, pharmaciens et ingénieurs y travaillent.



Le budget investi dans ce projet a été de 5 000 000 dinars destinés à la construction et au traitement d'air, paillasses, aménagement des zones de travail (…).
Le Laboratoire Central MédiS a été construit sur trois niveaux comprenant la direction de chaine de qualité, CQ, la direction générale, la direction technique comportant l'AQ, les affaires réglementaires et laboratoire de métrologie et le DATA CENTER qui est le centre nerveux du système d'information MédiS.
Vers la fin 2014 et à la suite de l'inspection des autorités européennes ainsi que celle effectuée par le ministère de la Santé tunisien en vue de valider la conformité du laboratoire de CQ aux bonnes pratiques de fabrication européennes (BPF) communément appelées Current Good Manufacturing Practices (cGMP), la direction a obtenu l'agrément par le MSP ainsi que la certification GMP européenne en plus de la reconnaissance européenne du Laboratoire de Contrôle de la Qualité MédiS.

Laboratoire de contrôle Biotechnologie : un savoir-faire pointu

Différentes techniques sont aujourd'hui maitrisées dans le laboratoire de contrôle Biotechnologie. Nous citons : l'électrophorèse capillaire, la focalisation isoélectrique et l'électrophorèse sur gel. Dans ce laboratoire, on compte également le Carbone organique total pour valider le nettoyage des équipements de production et le contrôle de la qualité de l'eau du laboratoire, Elisa (enzyme linked immunosorbent assay) qui est une technique utilisée dans la recherche de protéines issues de la cellule hôte, la PCR quantitative constituée de Techniques utilisées pour la Recherche d'ADN résiduel et la culture cellulaire regroupant des Techniques utilisées pour le Dosage de l'activité biologique.
Le Laboratoire Central contient également d'autres unités, à savoir le laboratoire de l'instrumentation, le laboratoire chimique et le laboratoire microbiologique. Toutes les autres techniques nécessaires sont maitrisées, à l'exemple de la chromatographie. En effet, toutes les techniques de la chromatographie, de la phase gazeuse (GC), à celle de haute performance ou ultra haute performance (HPLC and UPLC) ou aux détecteurs de contrôle des différentes molécules tels que les détecteurs UV, PDA (photo diode array), électrochimique, à fluorescence, etc. sont maîtrisées.
On cite également l'exemple de la spectroscopie moléculaire, comportant des tests d'analyses organiques, des tests d'analyses physiques, des tests pharmacotechniques, ainsi que des tests de Microbiologie.
Notons aussi que la direction de contrôle de la qualité réalise les études de stabilité, en conformité avec les standards internationaux ICH (International Conference on Harmonisation), et ce dans le cadre d'un suivi qualité, tout comme dans le cadre de projets de recherche et développement.
Les équipements sont adaptés et ont une capacité de stockage pouvant répondre à tous les besoins constitués de la stabilité initiale en temps réel, l'intermédiaire, l'accélérée, le « on-going », la photostabilité, la stabilité au transport et la stabilité à l'usage

Atouts de la conception : richesse humaine, et respect de l'environnement

Cet espace dédié exclusivement au contrôle de la qualité, avec plus de 2 000 m² de surfaces, a été conçu avec un design architectural très développé permettant une isolation intérieure du bâtiment, de la lumière et les fluctuations externes de température tout en offrant aux travailleurs une merveilleuse vue sur l'extérieur et notamment une vue sur mer. Cette conception permet aussi une visite intégrale de toutes les zones de travail y compris les zones à environnement contrôlées (zones stériles), et ce à partir du couloir de visite sans habillage et sans précautions spécifiques, à travers de vastes et larges baies vitrées soulignant la transparence des activités et les zones de travail.

Différentes techniques sont aujourd'hui maitrisées dans le laboratoire de contrôle Biotechnologie. Nous citons : l'électrophorèse capillaire, la focalisation isoélectrique et l'électrophorèse sur gel. Dans ce laboratoire, on compte également le Carbone organique total pour valider le nettoyage des équipements de production et le contrôle de la qualité de l'eau du laboratoire, Elisa (enzyme linked immunosorbent assay) qui est une technique utilisée dans la recherche de protéines issues de la cellule hôte, la PCR quantitative constituée de Techniques utilisées pour la Recherche d'ADN résiduel et la culture cellulaire regroupant des Techniques utilisées pour le Dosage de l'activité biologique.

Le Laboratoire Central MédiS comporte les espaces nécessaires pour le bien-être de la richesse humaine, un lay-out des équipements en respectant leur environnement respectif de fonctionnement, le tout fonctionnant selon les BPF, des procédures particulièrement détaillées et une réglementation stricte et documentée.
Il respecte l'environnement par la gestion des déchets avec un tri à la source de ceux-ci et un suivi documenté et respectant les normes tunisiennes en vigueur, et pour compléter ce système, le bâtiment comporte entre autres un local déchetterie spécifique et dédiée à son activité et ses effluents, fermant à clé, permettant de gérer par le rassemblement de façon correcte et sécurisée avant de les transférer pour traitement en accord avec les réglementations en vigueur.
Avec le savoir-faire et les compétences des responsables et des spécialistes en contrôle dans les domaines très diversifiés, ses équipements de haute qualité et performances, son environnement et ses capacités, l'LCM est capable d'assurer le façonnage dans le domaine de l'expertise, le contrôle de la qualité dans divers domaines sans oublier l'audit des laboratoires de CQ fonctionnant sous les BPF/cGMP ainsi que l'audit des fournisseurs de produits et des matières pharmaceutiques.
Ainsi, le laboratoire central MédiS n'est pas seulement un projet ambitieux et avant-gardiste, mais aussi, pionnier dans le domaine du contrôle dans l'industrie pharmaceutique en général ainsi que dans le domaine de l'expertise..

Karim ALAYA

NEAPOLIS PHARMA
NAISSANCE D'UNE D'UNE FILIALE DÉDIÉE AUX PRODUITS HAUTEMENT ACTIFS

Une nouvelle filiale, appelée NEAPOLIS PHARMA S.A. et spécialisée dans la fabrication des médicaments hautement actifs à usage humain, vient d'être lancée par le GROUPE MEDIS, présidé par son fondateur Monsieur Lassâad Boujbel. L'idée de créer une telle unité est basée sur la nécessité de l'État tunisien à satisfaire les besoins locaux en médicaments pour le traitement des différentes maladies par chimiothérapie. Le Groupe MEDIS est, rappelons-le, présent comme acteur important dans le marché local des médicaments humains depuis une vingtaine d'années.

La nouvelle filiale, créée en 2008 avec un capital social de 1 440 000 dinars et avec un investissement 100% tunisien dépassant les 40 millions de dinars, emploie actuellement une équipe jeune et compétente de 30 personnes dont la moyenne d'âge ne dépasse pas la trentaine d'années avec un taux d'encadrement de 100%.
Grâce à sa nouvelle filiale NEAPOLIS PHARMA, le Groupe MEDIS vise à enrichir sa gamme pharmaceutique avec des produits hospitaliers comme les médicaments anti cancéreux et les produits issus de la biotechnologie.
Le nouveau bâtiment, édifié sur le même territoire que les laboratoires MEDIS, s'étend sur une surface de 3 700m2 répartie sur trois étages. Il contient les différents locaux et utilités requis pour le fonctionnement d'une usine de fabrication des médicaments à usage humain comme les locaux de stockage, de pesée et échantillonnage, les différentes phases de production avec le traitement d'air, traitement d'eau et les salles propres et/ou stériles.
Tous les équipements acquis sont de marque européenne dotés d'une technologie très performante, quant à la conception des plans elle est effectuée en conformité avec les normes et réglementations en vigueur comme les bonnes pratiques de fabrication et la FOOD & DRUG ADMINISTRATION (FDA.)

Toutes les formes usuelles seront fabriquées, à savoir les formes sèches (comprimés pelliculés et une extension prochaine verra le jour pour une ligne de gélules) et les formes injectables stériles (flacons contenant des solutions liquides et/ou produits lyophilisés.)
NEAPOLIS PHARMA prétend achever ses travaux vers la fin de l'année en cours et démarrer sa production au premier trimestre 2018 avec des capacités de production annuelles allant jusqu'à 30 millions de comprimés, 1 million de flacons contenant des solutions liquides et 400 000 flacons contenant des produits lyophilisés.
Les produits hautement actifs sont considérés comme dangereux, vu la toxicité des principes actifs, d'où l'existence d'un challenge à trois volets, à savoir la protection du produit contre la contamination, la protection du personnel et la prévention de l'environnement de travail.
Pour répondre à ce souci, NEAPOLIS PHARMA s'est engagée au niveau de la sécurité en apportant toutes les précautions et les moyens de protection nécessaires dès réception de la matière première jusqu'à expédition du produit fini en fournissant un environnement confiné et étanche de niveau OEB5 (<0,1 µg/m3) sous pression, des tenues de protection individuelles, mise en sous pression des zones contaminées, séparation par des SAS, adoption des cascades poussées de filtration, extraction et traitement des déchets toxiques.
Le nettoyage et la stérilisation des équipements de production sont, eux aussi, un volet important lors de leur conception en adoptant les technologies CIP, WIP & SIP.
La nouvelle filiale NEAPOLIS PHARMA constitue un motif de fierté pour le groupe MEDIS en apportant au marché local et celui de la région d'Afrique et Moyen-Orient un large éventail de produits de haute qualité pour l'oncologie et ceux issus de la biotechnologie.
Le GROUPE MEDIS, grâce à sa nouvelle filiale NEAPOLIS PHARMA, veut donner l'exemple et démontrer qu'il est possible de réussir le pari du transfert technologique lorsque l'on accorde sa confiance aux diplômés tunisiens.

Aymen CHTIOUI



Pesée sous Isolateur, Tout est complètement nettoyable en place.



**Compression, dépoussiérage et détection de métaux.
Le tout est Complètement confiné et nettoyable en place.**



Ligne de remplissage de solutions et de lyophilisats sous isolateur, complètement nettoyable en place.

PRIX MÉDIS DE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE

Une cérémonie de remise des prix aux lauréats de la 8e édition du Prix MédiS de Recherche en Santé mentale a été organisée par les laboratoires Médis dans la soirée du 7 avril 2017. Cette année, il a été attribué conjointement à deux travaux : le premier intitulé « Remédiation cognitive et fonctionnement scolaire chez les enfants avec trouble du spectre autistique » proposé par le docteur Malek Hajri et son équipe du service de pédopsychiatrie de l'hôpital RAZI, et le second, « Comparaison du profil cognitif chez des patients atteints de schizophrénie sous différents antipsychotiques », soumis par le docteur Amal Arous et ses confrères du service « F » de l'hôpital RAZI.

Rappelons que ce prix, qui est l'un des plus prestigieux en Tunisie, il vient récompenser les meilleurs travaux de recherche en psychiatrie, neurologie, gériatrie et toute autre discipline en rapport avec la santé mentale. Depuis sa première édition en 2008, soixante dix-huit travaux de recherche ont été soumis et plusieurs chercheurs ont été primés.

Cent-cinquante personnes ont été invitées à cette cérémonie qui s'est déroulée, comme à l'accoutumée, dans une ambiance conviviale.

Monsieur Lassaad Boujbel, président directeur général des laboratoires MédiS, a ouvert la cérémonie avec une allocution courte, mais importante puisqu'elle a souligné encore une fois les liens privilégiés unissant MédiS aux psychiatres tunisiens dans l'optique de relever les défis de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la santé mentale.

La deuxième partie de la soirée a été consacrée à une présentation intitulée : « Troubles psychiatriques & Syndromes métaboliques : les enjeux d'une prise en charge globale ». Cette présentation a été assurée d'une façon originale par le docteur Thomas Charpeaud, psychiatre au CHU de Clermont-Ferrand, avec une reproduction en 3D de scènes cliniques en rapport avec le sujet… Une première en Tunisie qui a suscité l'intérêt et l'admiration de tous les présents.

Les docteurs Rabie Razgallah et Soufiene Beyaoui, respectivement directeur médical et business developpement manager aux Laboratoires MédiS, sont ensuite intervenus pour rappeler l'historique du Prix MédiS de recherche en santé mentale ainsi que les travaux participants et, à 21 heures précisément, le moment tant attendu était arrivé!

Parmi les huit projets soumis, le jury venait de choisir les gagnants, devant se voir offrir la somme de 5 000DT et bénéficier du support des Laboratoires MédiS dans la publication de leurs travaux.

Dans une ambiance festive, les gagnants ont alors reçu les félicitations de tous les présents.

Rappelons que ce prix, qui est l'un des plus prestigieux en Tunisie, il vient récompenser les meilleurs travaux de recherche en psychiatrie, neurologie, gériatrie et toute autre discipline en rapport avec la santé mentale. Depuis sa première édition en 2008, soixante dix-huit travaux de recherche ont été soumis et plusieurs chercheurs ont été primés.

Rappelons par ailleurs que le choix du ou des lauréats se fait toujours de façon anonyme, suivant des règles académiques, par des représentants de la plupart des sociétés savantes exerçant dans le domaine de la neuropsychiatrie en Tunisie, à savoir : STP, ATPEP, STPHU, FORUM BIPOLAIRE, ARESMS, APEPSS et l'Association tunisienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qui participent tous à la composition du jury en collaboration avec la direction médicale des Laboratoires MédiS.

Ce prix est ouvert à tous les médecins tunisiens ou exerçants en Tunisie, en privé ou à l'hôpital, à titre individuel ou en groupes de recherche et les jeunes résidents en formation peuvent y participer en dehors des travaux de thèses présentés pour le diplôme de doctorat. Ces éléments sont essentiels, notamment pour les jeunes qui ont désormais la possibilité d'approfondir davantage leurs recherches et de les publier dans des revues médicales de renommée internationale.

Il faut rappeler que ce rendez-vous annuel est aussi une occasion unique de rencontres et d'échanges entre les professionnels de santé venus de toutes les régions de la République.

À travers le Prix MédiS de Recherche en Santé mentale et dans le cadre de leur stratégie d'innovation basée sur le partenariat avec les sociétés savantes, les laboratoires MédiS ont démontré encore une fois leur engagement à encourager les professionnels de santé dans leurs activités afin de dynamiser la recherche médicale tunisienne… Une stratégie confirmée et une fierté de plus pour les Laboratoires MédiS!

Hatem AMIRA



RIDHA LAHMAR, INGÉNIEUR RESPONSABLE PHYSICO-CHIMIE À MÉDIS
« MÉDIS, C'EST MA VIE »

« MédiS est ma vie… »
Commencer sa carrière alors qu'on est encore étudiant n'est jamais facile. Cela constitue un défi et exige des sacrifices personnels, mais aussi de la compréhension de la part des employeurs. Si l'expérience est menée jusqu'au bout et voit le succès la couronner, on développe alors des liens indéfectibles avec l'entreprise qui sait offrir une pareille chance.
Ridha Lahmar, aujourd'hui ingénieur, a ainsi entamé sa carrière au sein de MédiS. Il n'était alors qu'étudiant, le défi fut difficile, mais il l'a remporté. En 2000 il a intégré MédiS, en 2002, il s'est marié sa femme elle-même étant ingénieur également recrutée par MédiS , et en 2010 il décrochait son diplôme d'ingénieur. Pendant tout ce temps-là, il a été soutenu par ses supérieurs. Motivation, compréhension et stabilité, voilà ce que MédiS lui a offert, souligne-t-il…

Interview

MédiSNews
Pouvez-vous nous parler de vos débuts au sein de MédiS ?

Ridha Lahmar
J'étais un technicien supérieur quand j'ai intégré MédiS, j'étudiais le jour et le soir je travaillais dans les laboratoires. Je me souviens qu'il m'est arrivé de m'endormir sur la paillasse vers cinq heures du matin afin de pouvoir me reposer quelques heures avant les cours. J'ai pu tenir bon et faire face à ce rythme, car je travaillais justement au sein d'une entreprise qui considère l'être humain comme un capital et lui offre les conditions nécessaires à sa réussite. J'ai essayé de me donner à fond malgré tout à mon travail, mais malgré cela et le travail de nuit je n'ai presque jamais cumulé les heures de travail exigées en temps normal et mes supérieurs ont pourtant été compréhensifs.
Aujourd'hui, je suis ingénieur bio-industrie, je me suis marié et j'ai eu trois enfants, tout en travaillant pour MédiS : Yasmine âgée de 14 ans, Sadok de 8 ans et Khadija de 2 ans. Ce n'est pas exagéré de dire que MédiS est ma vie. Ma femme est également ingénieur dans le département industrialisation, elle s'occupe du développement et des nouveaux produits à MédiS. Elle a été recrutée en 2002.



Une fois le diplôme d'ingénieur décroché, avez-vous célébré cela à MédiS ?
J'ai été tellement heureux ce jour-là. Je suis venu à MédiS et j'étais en costume. J'ai annoncé la nouvelle et le PDG, monsieur Lassâad Boujbel m'a félicité avec joie. Pour moi, ce diplôme était un pas en avant dans la vie et j'ai continué à travailler pour MédiS.

Y a-t-il un événement précis qui vous a marqué durant votre carrière ?
Un jour, il nous manquait un réactif pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché AMM. Je suis parti le récupérer à Soliman, tout en étant doté d'un ordre de mission. En route, j'ai eu un accident sur la voie publique. Le Président Directeur Général, M. Boujbel, alors quitté son bureau pour me rejoindre là où j'étais au moment-même où il a appris la nouvelle. Il est venu me réconforter et me remonter le moral. Cette façon de traiter les salariés en leur adressant toujours un discours réconfortant est ce qui m'a alors marqué le plus. Bien évidemment, les laboratoires MédiS m'ont ensuite soutenu sur tous les plans…



Parlez-nous de votre évolution au sein de MédiS ?
J'ai commencé en tant que stagiaire et, comme je l'ai déjà mentionné, j'étais technicien supérieur. Je crois beaucoup en deux valeurs ; la qualité du travail accompli et l'importance du niveau académique. C'est pour cela que je m'appliquais dans mon travail tout en faisant en sorte de mener jusqu'au bout mon cursus académique. J'ai commencé à avoir des responsabilités à MédiS alors que j'étais encore technicien supérieur et j'ai été nommé responsable de laboratoire physique. En 2010 j'ai décroché le diplôme d'ingénieur bio-industrie et en 2011 j'ai été nommé superviseur responsable physico-chimie.
Travailler à MédiS en parallèle de mes études m'a beaucoup appris.

Comment qualifier vos rapports avec vos collègues?
J'ai un rapport cordial et aimable avec tout le monde, basé sur la communication et sur le sérieux. Je m'adapte au poste dont j'ai la charge et cela influe sur la nature des relations que j'entretiens. Nous travaillons alors dans le respect et la bonne humeur, mais je reste néanmoins exigeant concernant la qualité du travail.
Parmi les tâches dont je m'occupe figure la vérification de tous les dossiers physico-chimie. Je continue à passer la majorité de mon temps au laboratoire plutôt que dans mon bureau…

Que vous a-t-on offert ici qui vous a aidé à avancer ?
La direction m'a offert la motivation, la stabilité, la compréhension et l'opportunité d'évoluer. Cela a développé en moi le sentiment d'appartenance à MédiS.

Que souhaitez-vous pour MédiS et son équipe ?
Je souhaite que l'on vise pleinement l'international. L'avenir de MédiS constitue également l'avenir de la région, celui de nos enfants et de la Tunisie. N'oublions pas que MédiS recrute sur tout le territoire tunisien. Tant que nos laboratoires évoluent, nous évoluons avec eux.

région, celui de nos enfants et de la Tunisie. N'oublions pas que MédiS recrute sur tout le territoire tunisien. Tant que nos laboratoires évoluent, nous évoluons avec eux.

Hajer Ajroudi

NUTRITION ET RAMADAN

Au cours des premières heures du jeûne, le corps utilise les nutriments consommés lors du dernier repas pour fournir de l'énergie, en particulier les glucides qui vont parvenir dans le sang au fur et à mesure de la digestion. Lorsque les glucides disponibles viennent à manquer c'est le foie qui prend le relais pour en fournir aux organes glucodépendants, en particulier le cerveau.

Il est important de noter que l'organisme utilise en plus le glycogène musculaire pour l'activité physique. Si l'effort physique se prolonge sans être intense, le corps va puiser dans ses réserves lipidiques. En cas de besoins, certains acides aminés glucoformateurs pourront participer à la néoglucogenèse. Le jeûneur peut alors ressentir une fatigue, une faim importante, une baisse de vigilance et de performances, voire des troubles de l'attention.
Les études scientifiques ont cependant mis en évidence que « l'intention de jeûner » modifiait le métabolisme et estompait la sensation de faim.
Le ressenti au cours de cette période varie beaucoup selon les individus et leur état nutritionnel, mais il s'agit globalement d'une période de transition nécessaire pour permettre à l'organisme de mettre en route des voies de production d'énergie alternative.
En plus de cette adaptation métabolique, le jeûne est une occasion de mise au repos du tube digestif et aide le corps à éliminer ses toxines.
Cependant ces effets ne sont réalisables que si le jeûneur suit certains principes dont notamment :
-L'hydratation : au minimum 1,5 à 2 litres par jour sous forme d'eau, de tisanes ou de thé léger. À boire de préférence par petites prises échelonnées entre la rupture du jeûne et le « shour. »
-La garantie d'un apport protidique satisfaisant, en privilégiant les poissons, la volaille sans peau et les protéines végétales fournies par les féculents
-La consommation d'une alimentation alcalinisante, riche en végétaux (particulièrement les légumes) en céréales, pauvre en sel et non excessive en viandes.
Les bases pratiques d'une bonne alimentation pendant le mois de Ramadan
Pendant le mois de Ramadan les apports doivent correspondre aux besoins et l'alimentation devrait être variée et aussi simple que possible. Il est important d'éviter « l'avidité » alimentaire, en particulier pour certains mets telles que les préparations sucrées et grasses et de continuer à prendre trois repas, avec quelques spécificités liées au jeûne, ainsi que de s'hydrater.
Favorisez les légumes sous toutes leurs formes, les légumineuses qui équilibrent la glycémie grâce à leur index glycémique bas et fournissent suffisamment de vitamines, de minéraux, de protéines, mais surtout de fibres qui combattront la constipation très fréquente pendant le ramadhan. Deux à trois fruits par soirée constituent un excellent dessert permettant d'éviter la consommation de sucreries. Les laitages, riches en calcium, sont les aliments phares du mois saint s'ils ne sont pas gras ni salés.
Évitez les aliments gras et les fritures, car ils causent des indigestions et des problèmes de poids. Ils sont à remplacer par les cuissons au four, à la poêle, en papillotes, à la vapeur et les grillades. Les aliments riches en sucre sont aussi à éviter. La consommation de thé ou café pendant le shour est déconseillée, car diurétiques et peut induire la soif et un état de déshydratation, surtout en période de chaleur. Les sodas sont également déconseillés, de par leur teneur en sucre et gaz. Boire de l'eau plate est fortement conseillé.

Trois repas par jour
Le repas principal est celui du début du jeûne, c'est-à-dire le « shour ». Il permet à l'organisme de faire des réserves pour pouvoir y puiser l'énergie dont il a besoin dans la journée.
Le « shour » ne doit en aucun cas être omis. Il doit être retardé au maximum.
Ce repas doit représenter au minimum 30 à 35 % des besoins.
Il doit être une source principale de fibres, d'où l'intérêt des féculents et des légumes en plus d'un apport de calcium d'origine lactée, en plus de l'eau en évitant les sucreries pour prévenir les migraines et les fritures et viennoiseries pour ne pas être sujet à des troubles digestifs.
Veiller à la salubrité et l'hygiène des produits consommés. Vous devez respecter la chaîne du froid et n'acheter que des produits bien conservés (pasteurisés, stérilisés et réfrigérés.)
Au deuxième repas « El Iftar », évitez de boire de l'eau glacée. Commencez plutôt par une datte, du lait ou un verre de bssissa. Il est très important de se reposer de 10 à 15 minutes afin de permettre au tube digestif de reprendre son cours normal.
Après ce petit repos qui peut être plus long pour les personnes qui ont des problèmes gastriques, nous pouvons commencer notre repas. Ce dernier doit être simple et varié. Composé d'une soupe « chorba » cuite sans viande, ni poisson ni poulet, de crudités et d'un plat principal léger sans fritures ni sauces mijotées et modérément riche en produits d'origine animale.
Il est conseillé de manger très lentement, de ne pas boire en mangeant surtout pas de boissons gazéifiées qu'elles soient sucrées ou pas, de faire des petits temps d'arrêt entre chaque plat.



Pendant le mois de Ramadan les apports doivent correspondre aux besoins et l'alimentation devrait être variée et aussi simple que possible. Il est important d'éviter « l'avidité » alimentaire, en particulier pour certains mets telles que les préparations sucrées et grasses et de continuerà prendre trois repas, avec quelques spécificités liées au jeûne, ainsi que de s'hydrater.

Garder le fruit ou le laitage du dessert pour la soirée.
Le repas de la soirée doit se situer après 2 heures du repas de rupture du jeûne, car s'il est plus tardif vous n'aurez plus le temps pour bien dormir.
Ce repas est le complément du précédent. Soit nous pouvons terminer les restes, soit le constituer de fruits, d'eau ou autres boissons fraîches ou infusions ou thé ou café légers, d'une sucrerie selon l'envie de préférence ni frite ni trop miellée. Veillez à ne pas mélanger les spécialités.
Selon vos disponibilités, prévoir une activité physique au cours de la soirée. Une petite marche assez rapide d'une demi-heure, voire plus sera salutaire pour tout votre corps.
À part l'alimentation, le sommeil est important pendant le mois de Ramadan. Essayez de suivre votre rythme et de ne pas accumuler des dettes de sommeil. Une petite sieste réparatrice est parfois indispensable. Évitez de trop veiller.
Certains jeûneurs ont acquis des « habitudes nouvelles », telles que de manger des « croissants » au cours du « shour » ou de manger des « fast-food » au cours de la soirée ou de boire « des boissons gazeuses » au cours des différents repas. Il est important de signaler que toutes ces attitudes sont négatives. Elles entraîneront, en plus d'une prise de poids, des troubles digestifs et surtout des migraines.

Est-il possible de maigrir en jeûnant cette année ?
C'est très peu probable, sauf pour celles et eux qui avaient beaucoup d'écarts alimentaires.
Le plus important est de maintenir son poids stable. En effet les repas nocturnes entraînent un plus grand stockage de tissu adipeux, particulièrement s'ils sont riches en sucre et sucreries, en raison de l'activation de la lipogenèse.
Le meilleur moyen d'éviter la prise pondérale est d'éviter les excès, de modérer l'apport en féculents, sucres et graisses, favoriser les légumes, hydrater le corps et surtout pratiquer de l'activité physique en soirée.
Ramadan doit rester le mois du repos digestif, de l'équilibre alimentaire dans la convivialité, de l'activité physique adaptée au cours des soirées et du sommeil réparateur.

SITUATIONS PARTICULIÈRES
A. Le Ramadan et la chaleur
Cette année le mois sacré coïncide avec le mois de juin qui risque d'être chaud. Il est impératif de boire suffisamment au cours de la soirée et de consommer des aliments riches en eau et de limiter les produits trop sucrés et/ou trop salés.
Il est important d'éviter de sortir, sauf nécessité, pendant les moments où le soleil est à son zénith. Quel que soit le moment de la journée, il faut se protéger du soleil et de la chaleur en portant des vêtements amples de couleur claire et en cotonnade. Prévoir si possible un chapeau et marcher à l'ombre. En rentrant, une douche tiède sera rafraîchissante et surtout hydratante.

À part l'alimentation, le sommeil est important pendant le mois de Ramadan. Essayez de suivre votre rythme et de ne pas accumuler des dettes de sommeil. Une petite sieste réparatrice est parfois indispensable. Évitez de trop veiller.

B. Ramadan et sport
L'activité sportive peut s'adapter au jeûne si elle est pratiquée soit très tôt le matin soit en fin de journée et elle sera salutaire si la pratique est régulière pendant la soirée.
Pour ceux qui pratiqueront du sport prévoir un repas léger à la rupture du jeûne et un repas consistant après le match. Boire suffisamment avant, pendant et après l'épreuve. À la fin du match, boire une eau plutôt alcaline suivie d'un bon verre de lait ou, mieux, un milkshake aux fruits.
C. Les personnes âgées et Ramadan
Que la personne âgée jeûne ou pas il faut en prendre soin. La première chose à faire est la surveillance des prises médicamenteuses. Seul le médecin traitant est apte à changer le traitement et l'horaire des prises médicamenteuses. L'alimentation doit être adaptée à chaque cas, sans oublier la texture qui doit correspondre à l'état buccodentaire de la personne et l'hydratation.

D. La grossesse, l'allaitement et Ramadan La grossesse au premier et dernier trimestre est une contre-indication au jeûne, car les risques de déshydratation fœtale sont alors trop importants. Le déséquilibre alimentaire a des conséquences néfastes sur la croissance fœtale, particulièrement au premier trimestre.
Les femmes enceintes au deuxième trimestre qui pensent jeûner doivent consulter leur gynécologue pour s'assurer de l'absence de danger et de risque.
Au cours des six premiers mois, l'allaitement exclusif est salutaire pour le nourrisson et de longues heures de jeûne peuvent tarir la sécrétion lactée. Il est fortement conseillé d'éviter de jeûner, particulièrement s'il fait chaud et que le nourrisson bénéficie de l'allaitement exclusif ou prédominant.

Professeur Leila Alouane,
Professeur en Nutrition, Chef du service Formation & Information à l'Institut national Zouhair Kallal de Nutrition et de Technologie alimentaire

DIABÈTE ET MOIS DU RAMADAN,
LES MESURES À PRENDRE POUR UN MOIS « SAIN »

Le diabétique jeûneur a besoin pendant le mois du Ramadan d'une prise en charge spécifique. Elle nécessite une concertation avec le médecin traitant trois mois avant, ainsi que son autorisation. La prise en charge durant ce mois doit être personnalisée. Elle implique une éducation structurée du diabétique et de sa famille, doit aborder la planification des repas, de l'activité physique, les symptômes de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie et leur gestion, l'autosurveillance et l'autocontrôle glycémique, et le réajustement des médicaments.

Notons par ailleurs que tous les diabétiques ne sont pas autorisés à jeûner. Le jeûne est susceptible d'entrainer des complications graves chez certains patients. Durant la consultation pré ramadan, une stratification du risque doit être réalisée pour le patient désirant jeûner. Cette stratification se fait selon l'âge du patient, le type de diabète, le type de traitement, l'équilibre du diabète, l'existence de complications, de maladies associées, le degré d'autonomie, la possession d'un lecteur glycémique, et le niveau de connaissances concernant la maladie et son traitement. Les patients à haut risque de complications ne sont pas autorisés à jeûner.

La diététique, une alimentation saine et équilibrée s'impose

Le patient diabétique doit maintenir une alimentation saine et équilibrée pendant le mois de Ramadan. La tendance à l'hyperalimentation compensatoire la nuit et à la consommation excessive d'aliments hyper glucidiques et hyper lipidiques peut aboutir à une hyperglycémie et à une prise pondérale.

Pour maintenir un contrôle métabolique, des recommandations diététiques sont impératives au cours du jeûne. Ainsi, il faudra limiter la consommation d'aliments hyperglucidiques et hyperlipidiques comme les gâteaux, les confiseries, etc., et répartir l'apport énergétique en deux ou trois repas nocturnes plus légers contribuant à prévenir l'hyperglycémie après la rupture du jeûne. Il faut également privilégier les glucides à index glycémique et à charge glucidique élevés au moment de la rupture du jeûne et ceux à index et à charge bas au shour, ainsi que consommer fruits et légumes à chaque repas. S'hydrater suffisamment en buvant 2 litres en moyenne entre la rupture du jeune et le shour par des boissons non caloriques s'impose aussi. Rappelons que le repas du shour doit être consommé le plus tard possible.

L'activité physique quant à elle doit être évitée l'après-midi et recommandée après la rupture du jeûne dans la soirée. Elle est bénéfique pour le diabétique de type 2 et doit se faire au moins sous forme d'une demi-heure de marche plusieurs fois par semaine. Notons que les prières (trawih) sont considérées comme une activité physique quotidienne. De son côté, le médecin reste le seul juge pour évaluer la situation du patient et ajuster son traitement.

L'importance de l'autosurveillance

Le jeûne du mois de ramadan expose les patients diabétiques jeûneurs à des risques d'hypoglycémies et d'hyperglycémies d'où l'intérêt de l'autosurveillance glycémique.

L'éducation, et en particulier l'autosurveillance, est un outil indispensable de l'évaluation de l'équilibre glycémique du patient diabétique jeûneur, et ce quel que soit son traitement.

Grâce à l'éducation et à l'autosurveillance, la fréquence des hypoglycémies est réduite.

L'autosurveillance doit être pluriquotidienne. Les patients sous traitement non hypoglycémiant doivent faire une glycémie au doigt avant et 2 heures après la rupture du jeûne.

Les patients sous traitement risquant d'induire une hypoglycémie doivent faire une glycémie au doigt vers 11-12h, vers 16-17h, avant et 2 heures après la rupture du jeûne ainsi qu'en cas de malaise.

L'arrêt de jeûne est indiqué si :

- Glycémie ≤ 0.80g/l (3.9 mmol/l) dans les premières heures après le début du jeûne
- Glycémie ≤ 0.7 g/l quelques soit le moment de la journée
- Signes cliniques d'hypoglycémie
- Glycémie > 3g/l (16.7 mmol/l)
- Maladie intercurrente

Il est ainsi primordial que le mois de ramadan soit planifié et nécessite une éducation thérapeutique afin d'éviter une détérioration de l'équilibre métabolique et des complications aiguës du diabète.

Z. MARRAKCHI TURKI
Endocrinologue Diabétologue

Références

Consensus tunisien de prise en charge du diabétique durant le mois de ramadan. Société tunisienne d'Endocrinologie Diabétologie Métabolisme (STEDIAM). 2016



JEÛNE DU MOIS DE RAMADAN ET TUBE DIGESTIF

Le jeûne prolongé peut entrainer des perturbations de la sécrétion et de la motricité digestive et être ainsi à l'origine de la survenue de troubles fonctionnels de type dyspepsie ou constipation. Par ailleurs ces perturbations peuvent révéler ou compliquer certaines pathologies digestives, notamment la maladie ulcéreuse gastrique ou duodénale.



Le rôle principal de l'estomac est de transformer les aliments ingérés en un chyme semi-liquide afin de les rendre acceptables pour l'intestin. Cette transformation se fait grâceà la motricité et aux sécrétions gastriques.
À jeun, l'estomac proximal est le siège d'une contraction tonique alors que l'estomac distal présente une motricité cyclique : le complexe myoélectrique migrant (CMM). Cette motricité a pour rôle principal le nettoyage de l'estomac afin de le débarrasser des résidus après les phénomènes de la digestion. Au début de la digestion d'un repas, ce sont surtout les glucides qui s'évacuent. Ce sont les moins ralentisseurs de la vidange gastrique. À la fin de la digestion, ce sont surtout les lipides, les plus ralentisseurs, qui sortent alors que les protéines sont évacuées à peu prés de façon constante.
Ces phénomènes mécaniques sont toujours accompagnés de phénomènes sécrétoires. En effet, l'estomac sécrète chaque jour deux à trois litres d'un suc constitué principalement d'acide chlorhydrique, de facteur intrinsèque et de pepsine. L'acide chlorhydrique est nécessaire à la conversion du pepsinogène inactif en pepsine active. Acide chlorhydrique et pepsine participent ensuite à la première étape de la digestion des protéines. L'acide chlorhydrique est aussi nécessaire pour tuer les bactéries qui pénètrent dans l'estomac. De plus, l'estomac sécrète un mucus qui forme une couche de protection pour la muqueuse gastrique vis-à-vis de l'acidité gastrique et qui en lubrifiant les ingestas en facilite le passage vers l'aval.

Au mois de Ramadan, après un jeûne prolongé, il a été rapporté par plusieurs études que la sécrétion acide basale est augmentée. Cette augmentation est expliquée par l'absence du rôle tampon joué par les aliments et à une stimulation vagale secondaire à l'hypoglycémie qui va stimuler la sécrétion d'acide gastrique. De plus, la diminution du sommeil lors du Ramadan entraînerait une situation de stress avec une sécrétion des catécholamines générant une mauvaise vascularisation de la muqueuse gastrique, la fragilisant et la rendant plus sensibles aux agressions notamment acides.
Les modifications du mode d'alimentation en termes de qualité, de quantité et de répartition en phase nocturne expliqueraient les variations des profils d'acidité sur la phase diurne. En effet, l'acidité produite par absence d'apport alimentaire est associée à un pH < à 1. La fin d'après-midi est alors considérée comme la tranche horaire la plus acide.

Jeûne du Ramadan et maladie ulcéreuse :

Avant l'ère des IPP et de l'éradication de Helicobacter Pylori (HP), la maladie ulcéreuse duodénale ou gastrique représentait une contre-indication au jeûne vu le risque accru de survenue de nouvelles poussées ulcéreuses et surtout de complications à type d'hémorragie et de perforation. En effet comme précédemment décrit, le jeûne prolongé induit une hyperacidité gastrique et augmente ainsi son action agressive sur la muqueuse gastrique ou duodénale.
Plusieurs publications anciennes faisaient état d'une augmentation significative du taux de perforation des ulcères duodénaux durant les derniers jours du jeûne de Ramadan, mais aussi durant les 10 à 15 jours qui suivent le mois saint.
L'avènement des inhibiteurs de la pompe à protons et de l'éradication de l'HP dans le traitement de la maladie ulcéreuse a réduit de façon substantielle la survenue de complications et le recours à la chirurgie.
Par ailleurs, on retrouve dans la littérature certaines études dont la méthodologie est souvent critiquable, qui ont montré que le traitement par les IPP réduisait le risque de poussées et de complications chez les patients ulcéreux évolutifs qui jeûnent durant le mois saint.
Cependant et malgré ces études il est plutôt recommandé de ne pas autoriser le jeûne aux patients chez lesquels on découvre un ulcère duodénal ou gastrique juste avant ou au cours du mois saint. Pour les autres patients il faudra toujours s'assurer de la cicatrisation de la lésion ulcéreuse avant d'autoriser le jeûne. Plusieurs praticiens prescrivent des IPP de façon systématique durant le mois de Ramadan et une semaine à dix jours après pour tous les patients ulcéreux. Cette attitude bien que logique et prudente ne repose pas sur des données scientifiques et épidémiologiques solides.

Au mois de Ramadan, après un jeûne prolongé, il a été rapporté par plusieurs études que la sécrétion acide basale est augmentée. Cette augmentation est expliquée par l'absence du rôle tampon joué par les aliments et à une stimulation vagale secondaire à l'hypoglycémie qui va stimuler la sécrétion d'acide gastrique.

Jeûne de Ramadan et RGO :

Le reflux gastro-œsophagien est une pathologie fréquente dans la population générale.
Parmi les facteurs déclenchants, on cite la prise d'aliments gras, épicés et piquants.
Connaissant les habitudes alimentaires durant le Ramadan, où la consommation de plats riches en aliments gras et le mélange de plats salés épicés et de plats sucrés, on peut ainsi imaginer une aggravation des RGO durant le Ramadan. Cependant l'application rigoureuse des règles hygiéno-diététiques visant à écarter le cacao et les matières grasses permet d'améliorer les symptômes de reflux chez les patients reflueurs aidés en cela par la régularité des prises alimentaires durant le nycthémère.

Jeûne de Ramadan et troubles dyspeptiques :

Des troubles dyspeptiques sont fréquemment rapportés par les personnes qui observent le jeûne durant les premiers jours du mois de Ramadan.
Une mauvaise alimentation au moment de la rupture du jeûne du fait de l'association fréquente et excessive d'aliments trop gras, trop sucrés et trop épicés, peut favoriser l'apparition de ces symptômes. En effet, le fait de commencer son repas par des aliments gras va nettement ralentir la vidange gastrique par la fermeture du pylore et l'inhibition du péristaltisme antral puisque les lipides sont les plus ralentisseurs. Tous les aliments qui vont être ingérés par la suite vont s'accumuler dans l'estomac proximal (rôle de réservoir) qui va se distendre d'une façon importante, entrainant cette sensation de gêne et d'inconfort, voire une douleur abdominale. Ces symptômes peuvent être accentués par une prise alimentaire trop rapide empêchant une bonne relaxation réceptrice de l'estomac proximal et par le stress ou l'anxiété qui inhibent la relaxation proximale et la motricité antrale.
Cependant ces troubles sont transitoires, car l'horloge biologique va rapidement s'adapter aux nouveaux horaires.
Par ailleurs la consommation alimentaire modérée durant les repas et le choix d'aliments sains et faciles à digérer réduit significativement l'intensité et la durée de ces troubles.

Jeûne et constipation :

Les perturbations de la motricité digestive et la réduction des apports hydriques au cours du jeûne concourent à l'apparition d'une constipation de transit ou à l'aggravation d'une constipation préexistante.
Ce phénomène est souvent transitoire et est prévenu par la consommation d'eau, de légumes et de fruits qui viseront à améliorer le transit intestinal.

Jeûne et maladies digestives chroniques :

Les maladies digestives et hépatiques chroniques sont nombreuses. Leur évolution passe par des périodes de poussée et de rémission. Elles imposent par ailleurs la prise au long cours de nombreuses médications. L'autorisation de l'observance du jeûne de Ramadan doit rester réservée au médecin traitant, car la décision repose sur le principe du cas par cas.

Dr Jalel BOUBAKER
Spécialiste en Gastroentérologie

IPPROTON®

Oméprazole

L'IPP QUI PORTE BIEN SON NOM



ESORAL®

Esomeprazole

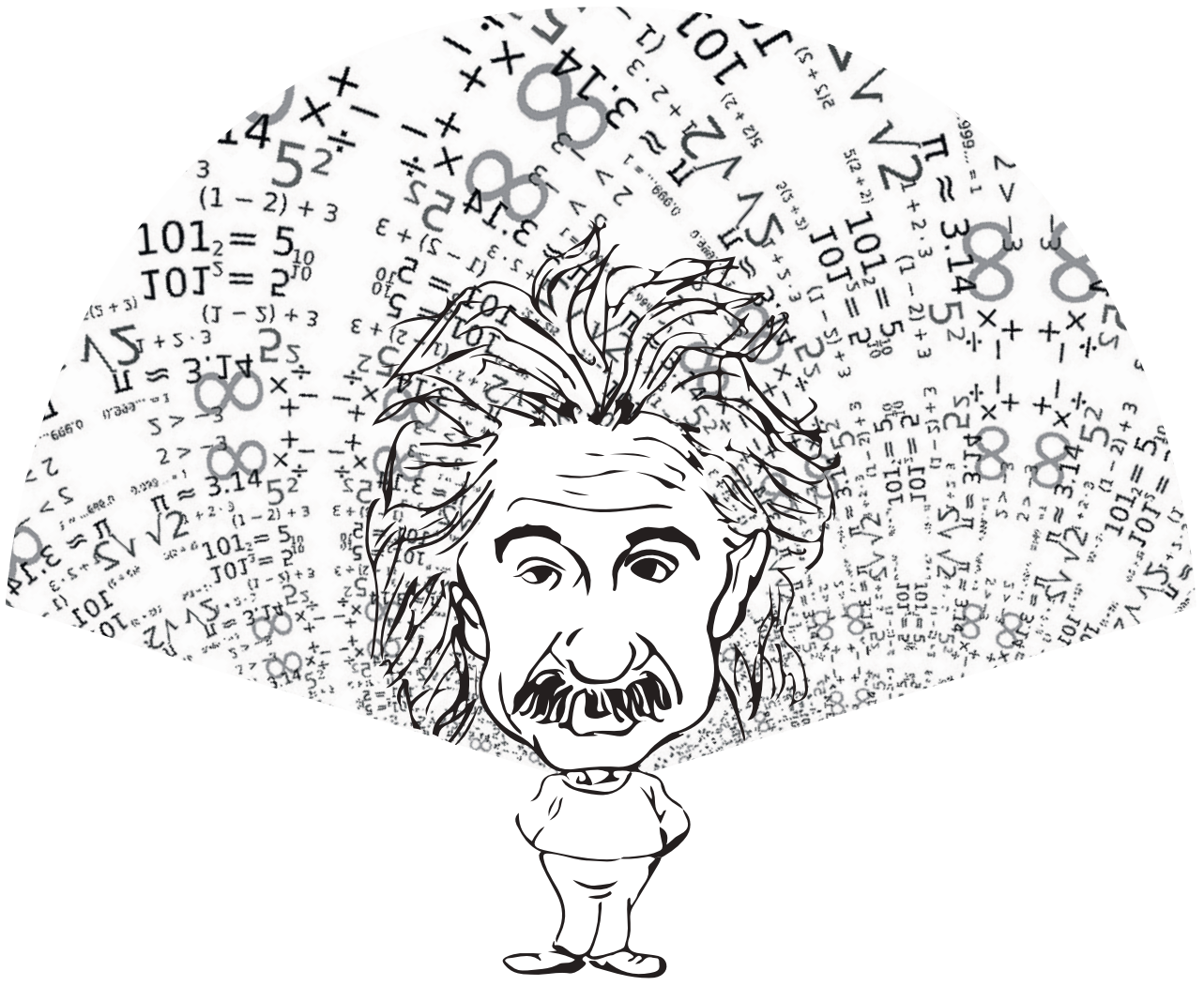
LA ROSE des IPP

MédiS

Au service de la santé

RÉFLEXIONS AUTOUR DES OBSERVATOIRES CLINIQUES

Dans une publication parue dans la Presse Médicale en 2013, intitulée « Mort Subite d'origine cardiaque au nord de la Tunisie : variation circadienne, hebdomadaire et saisonnière » [1], les auteurs ont dressé le profil de 500 décès tous autopsiés au niveau de l'hôpital universitaire Charles Nicolle, à Tunis. Les hommes étaient prédominants par rapport aux femmes, avec un sex ratio de 3,63. Les cardiopathies ischémiques seraient la cause la plus prépondérante (53.8%) de la mort subite. Mais ce qui retient le plus l'attention est la variation hebdomadaire de la fréquence de la MSC (Mort subite d'origine cardiovasculaire). En effet, 31.8% des décès sont survenus durant les jours du samedi et du dimanche. Pourquoi la Tunisie connait-elle de tels chiffres ? Les Tunisiens aimeraient-ils plus le travail que leurs congénères européens ? Craignent-ils davantage le weekend pour l'oisiveté à laquelle il expose ou appréhendent-ils les rencontres agitées avec leurs compagnes (ou compagnons pour les femmes) ?



Notons que l'étude de nature observationnelle a colligé tous les décès par mort subite survenant au nord de la Tunisie entre les années 2010 et 2012.
Cette forte prévalence contraste considérablement avec les Allemands. Les auteurs rapportent une fréquence de décès par MSC plus importante durant le lundi. Étant un jour réputé « noir », le lundi représente la reprise du travail et engendre un stress plus considérable que les autres jours de la semaine. Cela a été même décrit par une méta-analyse hollandaise qui considère un faible taux de décès par mort subite durant le weekend.
D'après les auteurs, les Japonais accusent également une même répartition de décès que la Tunisie et cela serait principalement dû aux excès de consommation d'alcool (le fameux saké japonais). La comparaison ne peut s'établir entre la Tunisie et le Japon, étant donné qu'uniquement 12,4% des décès par MSC de la série tunisienne sont consommateurs d'alcool.
Les auteurs proposent des hypothèses explicatives plutôt liées à la démographie médicale du pays. L'accès aux soins médicaux serait limité à presqu'un tiers de la population (34,4% des victimes proviendraient des zones rurales). La disponibilité des professionnels de la santé est connue pour être réduite en fin de semaine et surtout le dimanche (17,8% des décès sont survenus le dimanche, contre 14% le samedi). D'autres hypothèses relatives à la carte sanitaire sont également proposées (faible information des patients, réseau de transport médicalisé peu développé, système d'alerte lors des situations urgentes non optimisé, etc.).
Ces constations font ressurgir des questions fondamentales quant à la performance et l'efficience de notre système de soins. L'étude sur la MSC décrit également des décès survenant dans un milieu médicalisé à une fréquence de 15,2%, ce qui soulèverait d'autres questions par rapport à la réactivité médicale en cas de sinistre majeur.

D'après les auteurs, les Japonais accusent également une même répartition de décès que la Tunisie et cela serait principalement dû aux excès de consommation d'alcool (le fameux saké japonais). La comparaison ne peut s'établir entre la Tunisie et le Japon, étant donné qu'uniquement 12,4% des décès par MSC de la série tunisienne sont consommateurs d'alcool.

Au-delà des statistiques proposées par cet article et au-delà de toutes les discussions qui peuvent en découler, le point fort de ce travail de recherche est son aspect observatoire. Un simple dénombrement de sujets ou de cas permet à travers une question de recherche simple de mener des réflexions très pertinentes quant à un système de soin particulier, qu'il se situe en Tunisie, ou ailleurs. Les observatoires ou les registres de santé sont des outils de recherche très performants pour établir le profil d'un patient, ou d'une situation, ou d'une stratégie thérapeutique, etc. La Tunisie a essayé depuis plusieurs années de mettre en place des registres de santé dans certaines pathologies en relation avec des intérêts de Santé Publique.
Depuis 1998, la Tunisie a mis en place trois registres régionaux de cancer pour couvrir le Nord du pays (registre à Tunis), le Centre (registre à Sousse) et le Sud (registre à Sfax), avec la coordination de l'Institut national de la Santé publique, et ce, dans l'objectif principal de décrire l'épidémiologie du cancer en Tunisie. Qu'en est-il actuellement de ces trois registres ? Quels sont les principaux résultats ? Sont-ils exhaustifs ? Sont-ils évolutifs par rapport aux avancées thérapeutiques en carcinologie ? À part les rares publications qui en découlent soit à travers les rapports sommaires des institutions publiques (Ministère de Santé, Conseils de l'Ordre des Médecins, etc.), ou les quelques articles indexés, les registres du cancer n'arrivent pas aujourd'hui à se proposer en outil de réflexion pour des prises de décision en politique de santé.
La réalisation des registres en santé nécessite le déploiement d'un vaste réseau d'expertises et de ressources humaines et matérielles pour assurer leur réussite. Avec l'avènement des systèmes de gestion des données informatisés, la conduction des registres de santé est devenue plus maitrisée.
La Société Tunisienne de cardiologie et de chirurgie cardio-vasculaire est le premier corps académique à utiliser la technologie informatique conformément aux dispositions réglementaires internationales dans le cadre d'un observatoire national en fibrillation auriculaire et baptisé NATURE-AF. D'autres sociétés savantes se forgent un chemin dans la voie des registres gérés par les solutions de capture électronique des données, à l'instar de l'Association tunisienne de recherche et d'étude sur l'athérosclérose, à travers son ATERA-PROJECT (registre national sur la dyslipidémie.)
Ces deux projets nationaux ne sont pas les seuls registres conduits en Tunisie. D'autres expériences ont été conduites, les unes avec succès, les autres avec un peu moins d'efficacité. Toutefois et à ce jour, les observatoires de santé se font rares dans notre pays. Aucune information détaillée n'est disponible quant à leurs méthodologies, leurs résultats, leurs contraintes, etc. Quels enseignements pourrons-nous tirer de ces expériences disparates ? Quels impacts sur la politique de santé ou les stratégies thérapeutiques ces expériences ont-elles eus ? Plusieurs questions de ce genre peuvent être soulevées. À l'ère du numérique, des plateformes dédiées à l'information sur les registres auraient probablement fourni plus de visibilité. La Société tunisienne de cardiologie et de chirurgie cardio-vasculaire exploite les réseaux sociaux pour mettre à disposition, aussi bien des investigateurs que les professionnels de santé, toutes les informations par rapport au déroulement de son projet NATURE-AF (National Tunisian Registry of Atrial Fibrillation).

L'accès aux soins médicaux serait limité à presqu'un tiers de la population (34,4% des victimes proviendraient des zones rurales). La disponibilité des professionnels de la santé est connue pour être réduite en fin de semaine et surtout le dimanche (17,8% des décès sont survenus le dimanche, contre 14% le samedi).

Elle a même proposé, lors du démarrage du registre, une réunion avec les investigateurs accessible à distance, à travers la visioconférence, avec gestion de toutes les questions des investigateurs qui suivaient le déroulement de la séance à domicile.
Il reste encore la question cruciale qu'est la démocratisation des registres de santé en Tunisie. Les sociétés savantes et les corps académiques sont invités à réunir leurs efforts dans la conduction des observatoires cliniques. Les pouvoirs publics devraient également supporter davantage ces initiatives afin de rationaliser les politiques de santé autour de données décrivant mieux le profil de santé du tunisien.

Références

Mort subite d'origine cardiaque au nord de la Tunisie : variation circadienne, hebdomadaire et saisonnière.
Habib Ben Ahmed, Mohammed Allouche, Bilel Zoghlami, Maha Shimi, Rabie Razgallah, Fatma Gloulou, Hédi Baccar, Moncef Hamdoun
http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.09.007Presse ed.2014
Cancer du Sein en Tunisie: Caractéristiques épidémiologiques et tendance évolutive de l'incidence
BEN Abdallah M.; ZEHANI S.; MAALEJ M.; HSAIRI M.; HECHICHE M.; BEN ROMDHANE K.; BOUSSEN H.; SAADI A.; ACHOUR N.; BEN AYED F.
Tunisie médicale 2009, vol. 87, no7, pp. 417-425
Société Tunisienne de Cardiologie et de Chirurgie Cardio-Vasculaire
http://www.stcccv.org
NAtional TUnisian REgistry of Atrial Fibrillation (NATURE-AF)
NCT03085576 https://www.clinicaltrials.gov
ATERA PROJECT http://www.atera1org

Rabie RAZGALLAH

MAIS ARRÊTEZ DE COURIR APRÈS LES CHIFFRES!

Réaliser une étude clinique pour un certain nombre de médecins chercheurs se limite à manipuler des chiffres et traiter des données. La méthodologie de recherche, on l'oublie. On ne se rappelle même pas qu'elle existe. Dès que l'envie de faire un travail scientifique leur titille l'esprit, ces mêmes médecins courent à la chasse aux données, tels des prédateurs se ruant sur une proie en vue.
Tout commence par un épluchage minutieux et exhaustif des dossiers médicaux. Les bousculades observées aux archives de l'hôpital en témoignent souvent. Pire encore, on rédige à la va-vite une fiche de collecte qu'on devait remplir consciencieusement. Les questions à poser ? Non… il ne faut pas s'en inquiéter. On ne sait pas comment s'y prendre, alors on cafouille et on prélève tout, absolument tout.

Rien n'échappe à l'apprenti chercheur. Tout doit être noté, jusque dans les moindres détails. « Qui peut savoir ? On pourrait en avoir besoin plus tard » dira-t-on assez souvent. Et le jeu continue jusqu'à ce que le copiage des informations déborde sur les marges. C'est évident. Quand un questionnaire s'avère insuffisant, on s'autorise à ajouter librement des informations tirées des observations médicales sans se limiter aux questions posées, ni aux données demandées.

Une fois les fiches de collecte alourdies de remplissage, l'attention se tourne vers l'outil informatique. La chose est malheureusement non évidente. Quelle déveine ! Comment s'en sortir avec un ordinateur ? Devrait-on saisir les données sur un simple tableur ou bien un logiciel adapté aux analyses statistiques ? La réponse est facile à trouver. Tout dépend de notre compétence face à l'informatique. On se retourne vers une connaissance, ou un proche. Un ami, que l'on sait « as » de l'ordinateur. Les bases de données… ça le connait. Pas de soucis ! Pourtant, cet ami n'existe pas, du moins pas souvent dans notre entourage. C'est alors qu'on daigne faire appel à un professionnel de la méthodologie statistique. Ce n'est pas toujours possible, on l'avoue. Ils ne sont pas nombreux et comme ils sont hyper sollicités, ils ne sont pas disponibles tout le temps. Mais s'ils nous offrent leurs services, alors ils nous sauvent la vie, tels des héros qui libèrent des naufragés d'une noyade assurée. On prie Dieu et l'on se félicite de la veine qui nous sourit. L'expert corrige les failles et peint les choses dans les règles de l'art.
Pour ceux qui ne possèdent aucune de ces alternatives, l'avarice de la chance devient accablante. Que faire ? Compter sur soi-même pour élaborer des statistiques ? L'échappatoire ne pourra pas être retrouvée. Bien que la tâche soit difficile, on s'efforce tant bien que mal de calculer soi-même les chiffres : les pourcentages, les moyennes et les écart-types. Les choses simples sont faciles à travailler, même si certaines mesures sont coriaces à saisir. Un écart-type est quelque chose que tous les articles scientifiques citent en le scotchant aux moyennes à l'aide du signe mathématique, saugrenu, le « + ou - ». Mais au fait, qu'est-ce qu'un un écart-type ? Pourquoi doit-il être tout le temps accolé à la moyenne ? On ne sait pas. Mais on se dit que s'il est aussi sollicité par les auteurs c'est qu'il doit avoir de la valeur. Alors, on doit bien le mettre nous aussi ! Point barre.
Les statistiques descriptives étant faites, les comparaisons entre variables prennent le relai. (Variable ? C'est quoi encore ce terme ?). On marque un temps de silence. On regarde sa base de données d'un œil inquiet. On se gratte les cheveux de la tête par le bout du doigt et on essaie de se creuser les méninges pour trouver le moyen de calculer ce fameux « p » qui fait ravage dans toutes les études scientifiques. Ce « p » degré de signification (encore un terme barbare) est cruel et vandale. On le considère comme un juge sévère et rude à dompter. Un paramètre qui va conditionner toute la valeur scientifique de notre travail de recherche. Parce ce que tout dépend de sa valeur calculée. Qui de nous n'a jamais ressenti cette méchante déception lorsque le résultat d'une comparaison s'avère non significatif ? Cette situation nous est la plus dure à vivre. On préfère tout le temps que les choses soient significatives. Cela aurait donné un sens à nos résultats et à notre travail. Au moins on détient une relation de cause à effet et donc un coupable. Oui, oui… c'est notre côté obscur qui dévale à la recherche du responsable des malheurs de la vie. Une relation de cause à effets pour beaucoup d'entre nous est l'authentique image du condamnable qui fait subir des châtiments à un martyr innocent. Du coup le « p » doit réussir à démasquer les coupables et, donc, il doit obligatoirement revenir significatif, autrement c'est la déception totale.
Remarquez que l'on a bien fait abstraction des erreurs fréquentes commises dans le calcul du « p ». Tout le monde s'accorde sur l'utilisation du célèbre test statistique, Chi deux. Nous l'avons bien appris sur les bancs de la faculté. Pourquoi est-il aussi célèbre ? Existe-t-il d'autres tests statistiques qui calculent aussi un « p » comme le Chi deux ? On présume que oui, mais on n'en est pas très sur, alors on préfère ne pas trop se compliquer la vie et s'il y a des comparaisons à faire, on va employer le Chi deux partout où on va. Ce qui importe, ce n'est pas le choix du test statistique. Non. Pour cela, on s'en fout. Oui. Ce qui importe, on vous l'a déjà dit, c'est avoir un « p » significatif. Gentil qu'il est !
Les autres tests statistiques (oui.. malheureusement il en existe d'autres) doivent toucher des allocations de chômage à force de ne pas être utilisés au même titre que le Chi deux.
Et ainsi vont les choses. Très souvent la course aux chiffres est l'unique raison du médecin chercheur dénigrant la logique de la méthodologie de recherche. Une fois les statistiques calculées, on rédige avec moins de ferveur les chapitres annexes. Dans l'ordre : matériels et méthode, conclusion, introduction et discussion. Un zigzag.
Je demande pardon à mon cher lecteur du style satirique que j'emploie, mais la caricature apporte toujours le bénéfice de débattre les choses qui nous arrivent couramment dans la vie. Elle les accentue et les présente au grand jour avec une intonation humoristique dans le but de nous faire prendre conscience de ce qui fait défaut et de nous inciter à en débattre et en trouver des issues.
La méthodologie de recherche est une démarche scientifique cruciale à la réussite de nos travaux. Elle s'apparente au plan d'une bâtisse que nous dresse un architecte. Avant d'amorcer les constructions, ce dernier établit sur du papier un plan, rédigé à la suite d'un effort intellectuel de planification préalable. Tout travail de recherche doit obéir à la même logique et avant de se précipiter à la collecte des données, encore moins à la manipulation des statistiques, il nous est imposé de construire notre plan d'architecte et de suivre à la lettre une méthodologie rigoureuse, afin d'éviter les mauvaises surprises dans les résultats, une fois le travail terminé. Bâtir une maison sans une expertise préalable risque de la voir s'effondrer au moindre tourment infligé par la nature.
Que soit préservée la méthodologie de recherche !

Rabie RAZGALLAH



TROUBLES DU SOMMEIL, MANIFESTATIONS, CAUSES ET TRAITEMENTS ADÉQUATS

Se réveiller le matin, quand le soleil levant illumine le jour et dormir la nuit, quand il fait sombre, fait partie du fonctionnement naturel de l'être humain. Tout récemment, les scientifiques ont commencé à comprendre le cycle alternatif du sommeil et du réveil et son lien avec la lumière du jour et l'obscurité. Le sommeil revêt une grande importance dans le fonctionnement humain, certains de ses troubles sont suffisamment graves pour interférer avec le fonctionnement normal physique, mental, social et émotionnel. Quelles en sont les manifestations et les causes et comment peut-on avoir un sommeil récupérateur ?

Le facteur clé dans la façon dont le sommeil humain est réglementé c'est par l'exposition à la lumière ou à l'obscurité. La première stimule les cellules photo-sensorielles de la rétine ce qui, à travers le nerf optique, active l'hypothalamus. Il y existe un centre spécial appelé noyau suprachiasmatique (SCN) qui déclenche des signaux vers d'autres parties du cerveau contrôlant les hormones, la température corporelle et d'autres fonctions qui régulent l'état de vigilance/somnolence.

Un trouble du sommeil est un trouble médical lié aux habitudes du sommeil d'un individu. La polysomnographie et l'actigraphie sont des tests communément prescrits dans certains troubles du sommeil. Lorsqu'une personne souffre de difficulté à s'endormir et/ou à rester endormie sans cause évidente, cette affection est appelée insomnie. Les troubles du sommeil les plus courants comprennent l'apnée du sommeil (arrêt de la respiration pendant le sommeil), la narcolepsie et l'hypersomnie (somnolence excessive à des moments inappropriés), la cataplexie (perte soudaine et transitoire du tonus musculaire pendant l'éveil) et la maladie du sommeil (perturbation du cycle du sommeil due à une infection). D'autres troubles incluent le somnambulisme, les terreurs nocturnes et l'énurésie nocturne.

Les traitements proposés pour les troubles du sommeil peuvent être regroupés en trois catégories: pharmacologique (médicaments), comportemental et psychothérapeutique, et autres traitements non médicamenteux (acupuncture.)

Les troubles du sommeil les plus courants comprennent l'apnée du sommeil (arrêt de la respiration pendant le sommeil), la narcolepsie et l'hypersomnie (somnolence excessive à des moments inappropriés), la cataplexie (perte soudaine et transitoire du tonus musculaire pendant l'éveil) et la maladie du sommeil (perturbation du cycle du sommeil due à une infection).

Aucune de ces approches générales n'est suffisante pour tous les patients atteints de troubles du sommeil. Plutôt, le choix d'un traitement spécifique dépend du diagnostic du patient, des antécédents médicaux et psychiatriques et des préférences, ainsi que de l'expertise du médecin traitant. Quant à certains troubles du sommeil, les médicaments peuvent fournir un soulagement symptomatique rapide .

Médicament couramment utilisé

Ces traitements comprennent des hypnotiques tels que les benzodiazépines et les apparentés (zaleplon, zolpidem, zopiclone), ainsi que des antihistaminiques et des antidépresseurs sédatifs. Bien que les hypnotiques soient efficaces pour favoriser le sommeil à court terme, leur utilisation à long terme n'a pas été prouvée comme efficace pour les patients atteints d'insomnie chronique et il existe des préoccupations concernant la dépendance.

Par conséquent, les hypnotiques ne devraient en général pas être donnés pendant plus de quelques jours, de préférence de manière intermittente et seulement pour atténuer l'insomnie aiguë et pénible pendant une courte durée. Les personnes âgées (c.-à-d. Les personnes âgées de 60 ans ou plus) sont particulièrement susceptibles de subir des effets indésirables avec ces médicaments hypnotiques, tels que les chutes et les déficiences cognitives.

La mélatonine

La mélatonine est une hormone naturelle produite par la glande pinéale et sa structure est voisine de celle de la sérotonine. Au plan physiologique, la sécrétion de mélatonine augmente peu après la tombée de la nuit, est à son maximum entre 2 et 4 heures du matin et diminue durant la seconde moitié de la nuit. La mélatonine participe au contrôle des rythmes circadiens et à la régulation du rythme jour-nuit. Elle est aussi associée à un effet hypnotique et à une propension accrue au sommeil.

En raison du rôle de la mélatonine dans le sommeil et dans la régulation des rythmes circadiens, ainsi que celui de la réduction de la production de mélatonine endogène associée à l'âge, celle-ci peut efficacement améliorer la qualité du sommeil, en particulier chez les patients âgés de plus de 55 ans qui souffrent d'insomnie primaire. Contrairement aux benzodiazépines, la mélatonine ne provoque pas de dépendance.

Mohamed BOUCHOUCHA



CALCIUM, LE MINÉRAL INCONTOURNABLE !

Le calcium est le minéral le plus abondant dans l'organisme. Notre squelette en contient entre 1 et 1,5 kg, soit 99% du calcium total. Cette quantité existe sous forme de sulfate de calcium et donne aux os et aux dents leur solidité et leur rigidité. Chez les enfants et les adolescents, le calcium favorise la croissance osseuse. Chez les jeunes adultes, il participe à l'entretien du capital osseux et chez les seniors, il contribue à la prévention de l'ostéoporose.

Le calcium a aussi plusieurs autres fonctions : il contribue à la contraction musculaire, à la conduction nerveuse, à la coagulation sanguine, à l'activation de certaines enzymes et au métabolisme de nombreuses vitamines. Cela dénote du rôle primordial que le calcium joue dans la santé du système nerveux et dans le fonctionnement cardiaque correct.

Le calcium est abondant dans le corps, mais il n'est pas fabriqué par le corps. Il faut en apporter quotidiennement, par l'alimentation. On associe presque naturellement le calcium aux produits laitiers. Mais contrairement à ce que l'on croit, ce ne sont pas ces produits qui représentent la meilleure source de calcium, car les proportions calcium/phosphore n'y sont pas bonnes. Le lait contient en effet trop de phosphore, ce qui peut entraîner une calcification insuffisante. D'autres sources alimentaires auxquelles on pense moins sont riches en calcium et ses alliés, tels que les laitages, les sardines en conserves, le saumon, les fruits secs (amandes, cacahuète, dattes, figues, noisettes, noix), les épinards, le brocoli, le haricot vert et certaines eaux minérales dites calciques …

Cela dit, le calcium a besoin d'alliés pour être mieux absorbé. Le corps a besoin de magnésium, de vitamines A, C, et D, de protéines et de phosphore pour bien l'assimiler.

La calcémie (taux de calcium sanguin) est régulée par trois hormones : la parathormone, la calcitonine et le calcitriol (ou 1,25 dihydroxyvitamine D) et la vitamine D sous forme active augmente l'assimilation du calcium ainsi que sa fixation sur les os. Les besoins en calcium dépendent du sexe et de l'âge. C'est au moment de la croissance, de la grossesse, mais aussi de la vieillesse qu'ils sont les plus importants.

Ostéoporose, obésité et PRÉÉCLAMPSIE: le rôle préventif du calcium

Chez la femme ménopausée et la personne âgée : le relargage du calcium est supérieur à sa capture. Les os se fragilisent. La première étape de cette déminéralisation s'appelle l'ostéomalacie et la seconde, plus connue, est l'ostéoporose.

Selon la Haute Autorité de Santé, une carence en calcium et/ou en vitamine D constitue un important facteur de risque d'ostéoporose et de ses complications (tassements vertébraux, fractures, etc.). D'autre part la supplémentation en calcium et en vitamine D réduit les chutes et les fractures chez des personnes âgées vivant en institutions et initialement carencées.

Plusieurs études d'observation, menées sur de grandes cohortes de populations, trouvent un lien entre faible apport de calcium et indice de masse corporelle plus élevé. Par exemple, dans une cohorte québécoise, avoir un apport en calcium inférieur à 600 mg par jour s'avère un important facteur de risque d'obésité, alors que le fait d'avoir des apports nutritionnels satisfaisants pourrait en revanche contribuer à se protéger contre la prise de poids.

De multiples travaux suggèrent un effet préventif d'une supplémentation en calcium au cours des grossesses, chez les femmes dont les apports sont faibles. Ainsi, l'analyse de treize essais d'intervention conclut à une diminution du risque de 55 % avec un apport de calcium d'au moins 1000 mg par jour. Toutefois, la supplémentation n'est efficace que chez les femmes à risque de prééclampsie ou chez celles dont les apports en calcium sont bas. Plusieurs organisations professionnelles telles que l'Organisation mondiale de la Santé, le Collège américain des obstétriciens et des gynécologues, la Société internationale pour l'étude de l'hypertension artérielle pendant la grossesse recommandent un supplément de 1 500 à 2 000 mg de calcium pendant la grossesse chez les femmes dont l'apport est inférieur à 600 mg par jour .

Le déséquilibre

La carence est due le plus souvent à un manque d'apport de calcium ou un déficit en vitamines D ; elle entraîne des symptômes d'hyperexcitabilité neuromusculaire comme des fourmillements ou des contractures musculaires lors des carences modérées ou bien un rachitisme. Le manque d'apport de calcium peut causer un retard de croissance, voire de l'ostéoporose lors des carences plus importantes.

En cas de supplémentation excessive, il y a risque d'hypercalcémie avec hypocalciurie. Le surdosage entraîne une grande soif, ainsi que des nausées et une hypertension artérielle.

Apports nutritionnels conseillés en calcium en mg / jour

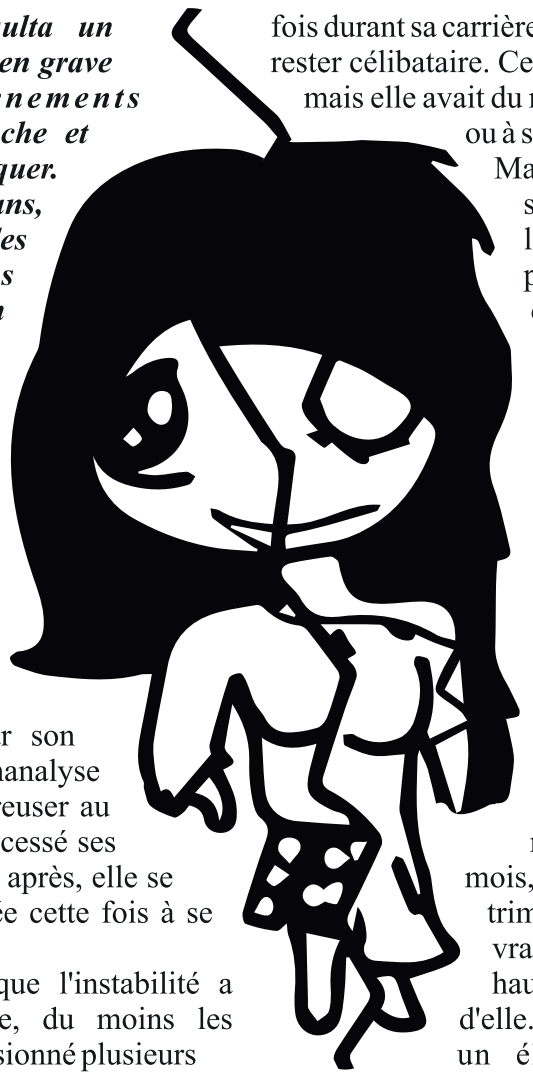
Enfants de 1 à 3 ans:	500
Enfants de 4 à 6 ans:	700
Enfants de 7 à 9 ans:	900
Adolescents de 10 à 19 ans:	1200
Adultes:	900
Femmes enceintes au 3ème trimestre:	1000
Femmes allaitantes:	1000
Femmes de plus de 55 ans, hommes de plus de 65 ans:	1200

Hatem AMIRA



LA BIPOLARITÉ, UNE BATAILLE QUOTIDIENNE CONTRE SOI-MÊME

La première fois qu'elle consulta un psychiatre, elle fut diagnostiquée en grave dépression. Quelques évènements dramatiques entre décès de proche et agression sexuelle l'ont fait craquer. Elle a suivi une thérapie de trois ans, pendant laquelle elle prenait des antidépresseurs et des anxiolytiques. Elle a fini par s'en sortir, ou du moins c'est ce qu'elle a cru. Six ans plus tard, elle ne se sentait pas bien. Elle a consulté le même psychiatre qui lui a appris qu'elle était bipolaire…



Ce mot lui a fait peur surtout après avoir beaucoup lu autour de la maladie, classée comme psychose. Elle à eu aussi honte d'en parler autour d'elle, car elle risquait d'être qualifiée de « folle » par son entourage. Elle a suivi une psychanalyse durant laquelle elle a essayé de creuser au fond d'elle-même et un jour elle a cessé ses séances. C'était en 2013. Deux ans après, elle se remettait à « voir le psy », décidée cette fois à se prendre en charge.
Elle est consciente aujourd'hui que l'instabilité a toujours accompagné sa maladie, du moins les épisodes « down ». Elle avait démissionné plusieurs fois durant sa carrière, les déménagements fréquents et rester célibataire. Cela n'était pas toujours un caprice, mais elle avait du mal à soutenir certaines pressions ou à subir l'autorité.
Mais la plus grande manifestation de sa maladie était cette euphorie qui la prenait parfois, pour céder la place ensuite à des épisodes dépressifs. Son comportement pouvait être différent à chaque fois face à la même situation et surtout elle était d'une excessive susceptibilité et prenait trop les choses à cœur. Ses réactions étaient souvent disproportionnées selon son entourage. Cela lui a valu d'agacer ses proches. Elle avait également tendance à tout exagérer, surtout sur le plan émotionnel.
Ses séances avec le psychiatre adoptaient le rythme de sa maladie. Parfois une fois par mois, mais souvent une fois par trimestre. Elle a appris non pas à vraiment gérer, mais à cacher ses hauts et ses bas aux gens autour d'elle. Ni ses collègues ni ses amis s à un élément stable dans sa vie. n'avaient deviné sa bipolarité. On ne la croyait même pas lunatique, au sens commun du mot. Son quotidien n'est pas toujours facile, mais elle essaye de maintenir l'équilibre et de s'accrocher au moins à un élément stable dans sa vie. L'instabilité est un cercle vicieux l'enfermant dans son enfer. Être instable la conduit à ses épisodes dépressifs ou accentue le rythme du « up/down ». Et c'est justement durant ces périodes qu'elle démissionne, déménage ou rompt avec certaines amitiés ou amours, s'enfonçant ainsi dans le noir qu'elle broie.
stable dans sa vie. L'instabilité est un cercle vicieux l'enfermant dans son enfer. Être instable la conduit à ses épisodes dépressifs ou accentue le rythme du « up/down ». Et c'est justement durant ces périodes qu'elle démissionne, déménage ou rompt avec certaines amitiés ou amours, s'enfonçant ainsi dans le noir qu'elle broie.
Depuis le temps, elle a quand même appris à vivre avec ces « deux penchants », l'un vers le noir, l'autre, regardant la lumière en face. Elle est néanmoins décidée à ne jamais révéler cela à son conjoint, si jamais elle en aura un. Non pas qu'elle ait honte, mais elle ne veut surtout pas qu'un jour, il puisse utiliser cela contre elle… Manque de confiance dans les hommes ? C'est peut-être un autre problème dont elle souffre, mais cela c'est une autre paire de manche…

Inès JLASSI

ASPECTS TRANSCULTURELS ET TROUBLES BIPOLAIRES

Le trouble bipolaire a longtemps été sous-estimé en Afrique, n'apparaissant dans les enseignements de la Faculté de Médecine de Tunis qu'en 1979 ! Diop, au Sénégal, écrivait en 1967: « (…) la psychose maniaco-dépressive semble relativement rare en milieu africain ». En particulier, des facteurs culturels et environnementaux contribuent à modifier le profil épidémiologique et clinique du trouble et à induire des errances diagnostiques. Les études menées dans ce cadre trouvent certaines différences dans les cultures non occidentales. Les études occidentales rapportent un taux de 10 à 25% de troubles bipolaires alors que les études dans d'autres pays retrouvent des taux avoisinant les 50%.

Les études ont par ailleurs confirmé la fréquence du trouble bipolaire, mais retrouvent, à la différence des pays occidentaux, un ratio proche de 1 entre trouble bipolaire et trouble unipolaire.
Les études ont mis l'accent sur le début à un âge précoce du trouble et la fréquence des symptômes psychotiques ou schizophréniformes induisant fréquemment des diagnostics de schizophrénie.
Les études tunisiennes confirment la particulière fréquence des symptômes psychotiques en particulier lors des épisodes maniaques. Cette caractéristique est plus particulièrement observée chez les hommes. Les idées délirantes sont non congruentes à l'humeur dans plus du tiers des cas avec fréquemment des thèmes de persécution et d'hallucinations. Ces tableaux psychotiques sont une source importante d'errances diagnostiques : ainsi, le diagnostic d'épisode dépressif ou maniaque inaugurant un trouble affectif majeur n'est porté que chez un patient sur trois.

Caractéristiques évolutives de la bipolarité
L'observation la plus intéressante concerne la prévalence élevée d'épisodes maniaques, aussi bien comme mode inaugural de la maladie que comme modalité évolutive, éventuellement exclusive, sous la forme d'un trouble unipolaire maniaque.
J. ANGST (2004) rapporte que les manies unipolaires étaient déjà observées à Java par Kraepelin dès 1920.

Quelques hypothèses
Les facteurs pouvant influencer l'expression géographique de la maladie sont de plusieurs ordres et témoignent de l'implication de facteurs chronobiologiques dans l'étiopathogénie des troubles bipolaires.
Tout d'abord la charge génétique peut être accrue dans les pays orientaux du fait du plus grand nombre de mariages consanguins. La tendance des sujets souffrant de troubles de l'humeur à s'unir entre eux est probablement plus importante dans une culture qui favorise les liens de consanguinité est susceptible en conséquence d'augmenter le risque relatif de troubles bipolaires.
Ensuite un autre facteur possible serait en rapport avec les habitudes nutritionnelles. L'alimentation des pays méditerranéens est riche en acides gras polyinsaturés de type oméga-3, peut-être susceptibles d'exercer un effet protecteur contre la dépression ; elle est également riche en nutriments dopaminergiques susceptibles de faciliter l'émergence de symptômes.
également riche en nutriments dopaminergiques susceptibles de faciliter l'émergence de symptômes.



faciliter l'émergence de symptômes.
Une autre hypothèse est l'influence de la saisonnalité. En Tunisie, nous observons classiquement deux pics de fréquence des troubles affectifs : le printemps et l'automne. Dans les quelques études occidentales qui concernent la manie, les auteurs rapportent un pic de fréquence en été. Les facteurs climatiques ont déjà été incriminés par des auteurs qui ont observé que l'incidence hospitalière des épisodes maniaques épousait strictement les variations de la photopériode.
La différence de la durée d'insolation favoriserait une éclosion plus précoce et plus fréquente des épisodes maniaques dans les pays du sud.
Enfin, certaines études suggèrent que la mélatonine pourrait jouer un rôle dans le caractère saisonnier du trouble bipolaire.
Les troubles bipolaires sont manifestement une affection hétérogène dont l'expression dépend de facteurs individuels et environnementaux.
L'activation de la bipolarité à la faveur de facteurs environnementaux pourrait être une voie afin de mieux comprendre certaines causes de la maladie, orienter les recherches et proposer des thérapeutiques spécifiques.

Pr F.NACEF, Pr S.DOUKI

Application Mobile

À chaque numéro nous vous proposons une application mobile santé (téléchargeable sur IPhone & Androïd). À ce jour, peu d'applications mobiles dédiées au diabète sont « validées », laissant ainsi les professionnels de santé plutôt réticents à conseiller l'utilisation de ce type d'outils à leur patient. Pourtant, une enquête récente réalisée auprès d'une population de patients diabétiques de type 2 a montré que 60 % d'entre eux souhaitaient utiliser des applications dédiées au diabète pour mieux gérer leur maladie. Dans ce numéro le choix s'est porté sur mySugr: carnet de diabète facile au quotidien. L'application gratuite de mySugr pourrait être un fidèle compagnon du patient diabétique sur iPhone ou Android. Au quotidien, il permet d'assurer le suivi de la glycémie, le bolus, la valeur basale, les injections, les repas, les glucides, les médicaments, le poids, l'HbA1c et bien plus. Avec un glucomètre connecté, il suffit de scanner la valeur qui apparait sur l'appareil et d'enregistrer, les données sont automatiquement synchronisées avec le carnet mySugr.



mySugr



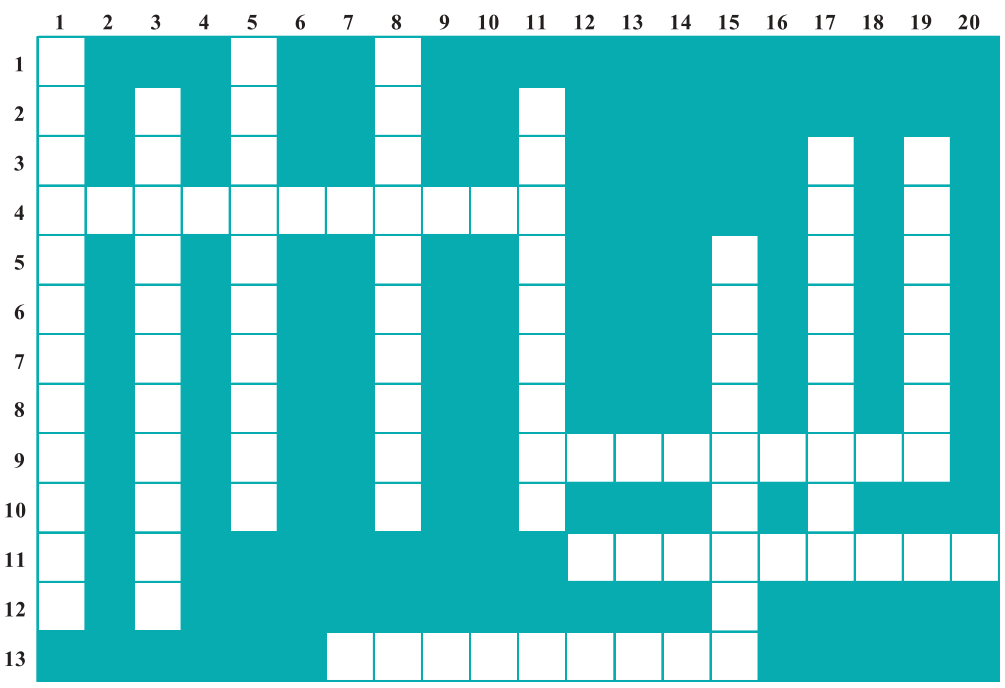
MOTS CROISÉS

VERTICAL

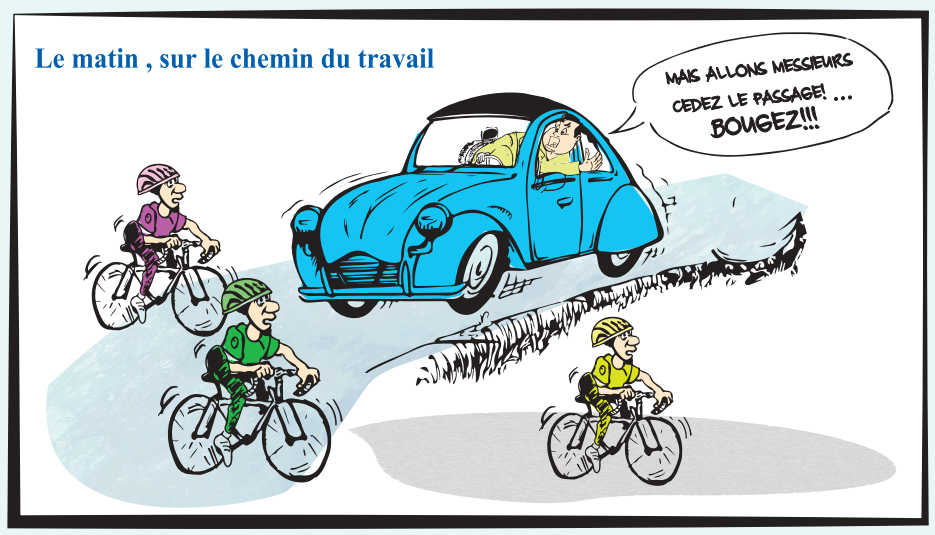
1 Inflammation de la vésicule biliaire
3 Inflammation de l'appendice
5 Cavité dans laquelle se trouvent les poumons
8 Cavité dans laquelle se trouve le foie
11 Inflammation de la plèvre
15 Cavité dans laquelle se situe la vessie
17 Région du cou
19 Autre nom donné à la cavité vertébrale

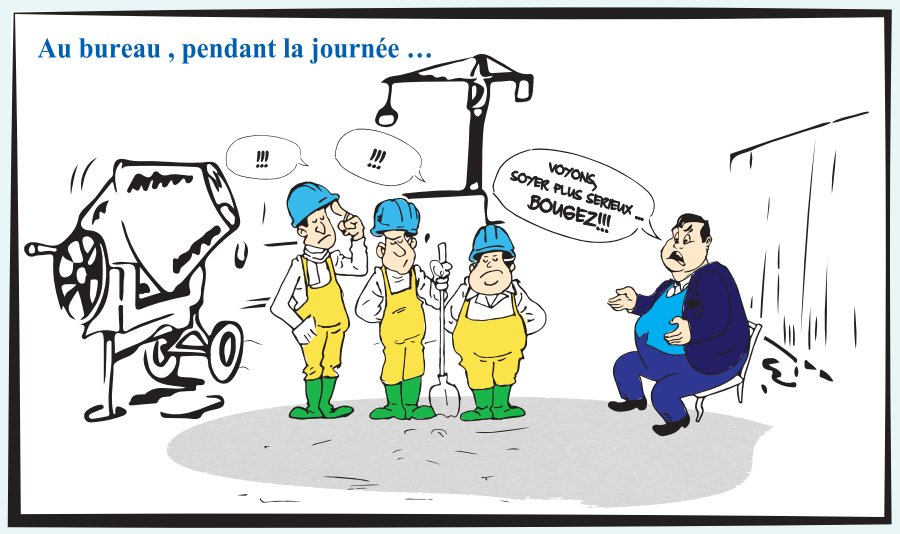
HORIZONTAL

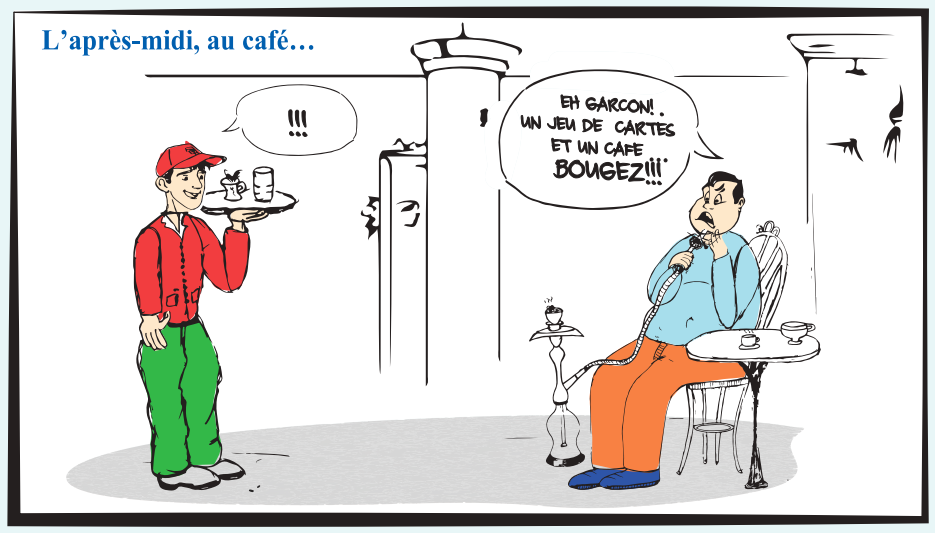
4 Incision de la paroi abdominale
9 Région de l'aine
11 Cavité dans laquelle se trouve l'encéphale
13 Région des aisselles

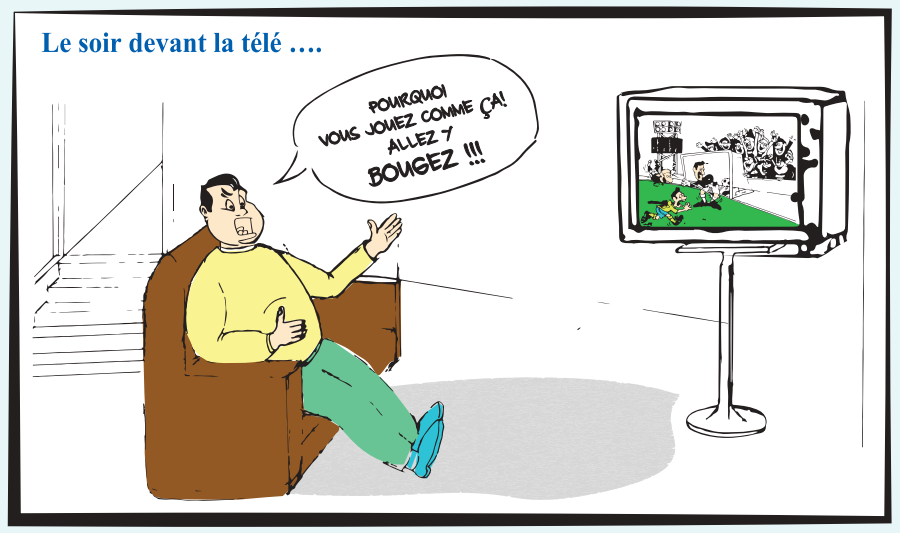


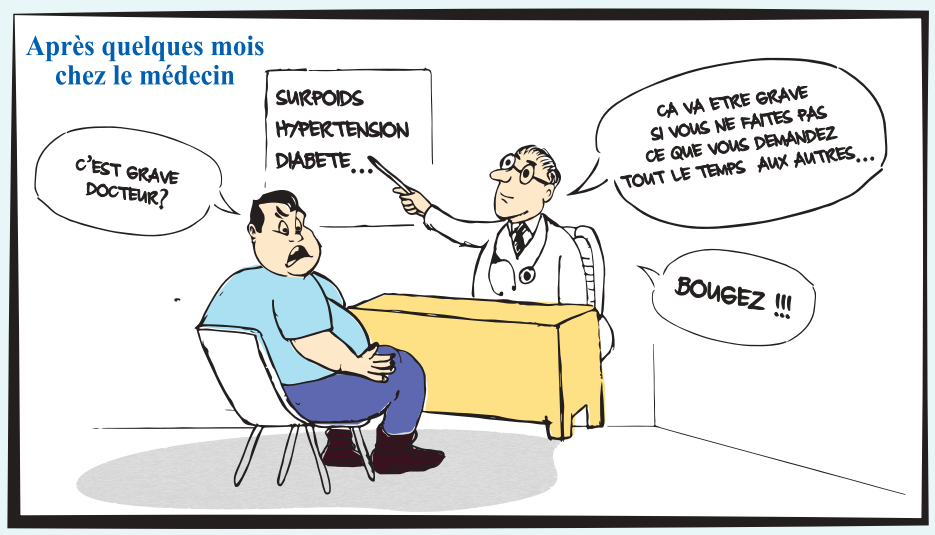
CARICATURE











CEUX QUI NE TROUVENT PAS DE TEMPS POUR FAIRE DE L'EXERCICE DEVRONT EN TROUVER POUR ETRE MALADES !

COMTE DE DERBY

- FACILITE LA DILATATION DES VAISSEAUX SANGUINS
- FAVORISE UNE BONNE CIRCULATION SANGUINE
- FAVORISE UNE ACTION ANTICOAGULANTE ET ANTIAGRÉGANTE

GINOBA®

GINKGO BILOBA

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

2 À 4 GÉLULES EN 2 À 3 PRISES PAR JOUR

AVEC UN GRAND VERRE D'EAU AU MOMENT DU REPAS



COLOREZ VOTRE VIE

FERTILIS®

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

- AMÉLIORE LA FERTILITÉ MASCULINE
- AUGMENTE LES CHANCES DE PROCRÉATION

2 GÉLULES 2 FOIS PAR JOUR

À PRENDRE AVEC LE REPAS

