

Essaydali

DE TUNISIE

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES DE TUNISIE

DIRECTEUR RESPONSABLE : MOHAMED MONCEF ZMERLI

SOCIÉTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Présidents Honoraires

Radhi Jazi
Moncef Zmerli
Kamel Boukef

Président

Amor Toumi

Vice-Président

Radhi Darghouth

Secrétaire Général

Chédli Fendri

Secrétaire Adjoint

Nabil Chouchane

Trésorier Général

Mokhtar Belaïba

Trésorier adjoint

Zeineb Krichen

Assesseeurs

Latifa Benzarti Chayata
Nadia Mankii Fenina

Comité de rédaction

K. Boukef N. Chouchane
R. Jazi M. Zmerli
F. Asli B. Louati

Adresse :

Maison du Pharmacien
56, Rue Ibn Charaf - 1002 - Tunis - Belvédère
Tél. : 71 795 722 / Fax : 71 790 847

Imprimerie :

Signes Imprimerie - Edition
13, rue 8612 Charguia 1 - 2035 TUNIS
Tél. : 71 797 072 - Fax : 71 771 133

Tous droits réservés

Décembre 2006

N°101

SOMMAIRE

- Allocution de Monsieur le Ministre de la Santé Publique 63
(en arabe)
- Allocution de M. Kamel Boukef 3
à l'ouverture du Congrès Pharmaceutique National
- L'assurance maladie en Tunisie 5
Naceur Gharbi
- Réformes et sécurité sociale : l'expérience algérienne 9
Dr Lotfi Benbahmed
- "la réglementation française régissant 23
l'assistanat en pharmacie d'officine"
Dr. Serge Caillier
- Index de la revue Essaydali de Tunisie du n°87 (juin 03) 31
au n°100 (sept. 06)
- Santé et mondialisation 35
Pr. Amor Toumi
- Les formes galéniques nouvelles en cancérologie 39
Pr. Souad Sfar
- La prise en charge thérapeutique de l'obésité 47
Pr. Blouza-Chabchoub Samira
- Obésité et désordres endocriniens 54
Pr. François Trivin
- Chronique de Congrès Pharmaceutique National 60
Moncef Zmerli

COMITÉ DE LECTURE

S. Abid, R. Azaiez, H. Babba, K. Ben Abdallah, N. H. Ben Aribia, C. Ben Rayana, K. Boukef, N. Boujaafar, A. Bouraoui, A. Bouslama, E. Chaker, R. Chemli, N. Chouchane, C. Fendri, J.E. Hila, F. Hila, R. Jazi, F. Jenhani, N. Kaabachi, A. Hedhili, M. Kallel, M. Karoui, H. Khessairi, R. Khojet El Khil, M. Kortas, A. Miled, T. Messaoud, F. Safta, M.R. Sellami, M.F. Saffar, S. Sfar, Slim, A. Toumi, N.H. Toumi, M. Zribi, K. Maaroufi, M. Zili.

ALLOCUTION DE M. KAMEL BOUKEF

À L'OUVERTURE DU CONGRÈS PHARMACEUTIQUE NATIONAL

Au nom du comité d'organisation je voudrais remercier Monsieur le Ministre de la santé publique d'avoir accepté de placer cette manifestation sous son patronage et aujourd'hui il nous fait l'insigne honneur de présider la cérémonie d'ouverture de notre congrès pharmaceutique organisé à l'occasion de la clôture des manifestations qui se sont déroulées durant toute l'année universitaire 2005 - 2006 à l'occasion de la célébration du trentième anniversaire de la faculté de pharmacie de Monastir.

Ce congrès est en soi un événement à l'échelle nationale, il groupe

Les XIèmes journées pharmaceutiques tunisiennes de la Société des Sciences Pharmaceutiques

Le VIème congrès de la Faculté de Pharmacie

Et les IIIèmes journées de l'Ordre des Pharmaciens

C'est la première fois dans l'histoire de notre profession que la Faculté de Pharmacie, le Conseil de l'Ordre et la Société des Sciences Pharmaceutiques organisent ensemble une importante manifestation professionnelle qui vient consolider et renforcer les liens étroits existants entre les structures de formation et la profession.

Monsieur le Ministre

Chers invités

30 ans sont déjà passés depuis la création de la faculté de pharmacie de Monastir seule et unique faculté du pays, et, c'est Si Mahmoud Yacoub qui en était le premier doyen en même temps que celui de la faculté de médecine dentaire.

Pour ceux d'entre vous qui ne l'ont pas connu Si Mahmoud était professeur de médecine légale et de toxicologie ; il était pharmacien et titulaire de certificats en droit et en sciences ; c'était un érudit et un homme d'exception ; j'étais un de ses proches collaborateurs et aujourd'hui certains souvenirs défilent devant mes yeux

Pour lui la faculté était un défi qu'il fallait relever pour en faire une institution de référence tout en assurant aux étudiants la formation la meilleure.

C'est ainsi qu'il a tissé des liens avec différentes facultés de pharmacie en France : Grenoble, Lyon, Marseille, Paris, Toulouse, Strasbourg pour ne citer que quelques unes et il a fait appel à d'éminents professeurs pour le démarrage de la faculté ; certains ont pu répondre aujourd'hui à notre invitation et nous font l'honneur d'être parmi nous, le Pr. Ambroise Thomas de Grenoble, le doyen Timon David de Marseille, les professeurs Balansard de Marseille, le doyen Gérard Lefranc et le professeur Marie Paule le Franc de Montpellier

Il y a ceux qui n'ont pas pu venir, le Doyen Cros, Les professeurs Malbosc, Alary et Eliette et Fernand Moya et Amédee Caiola

Il y a ceux qui nous ont quitté, le doyen Boucherle, les professeurs Cœur, Verain, Pastor et Quilici

Il m'est difficile de les citer tous mais je voudrais dire simplement : vous avez contribué avec les collègues tunisiens à la formation des premières promotions de pharmaciens tunisiens et nous vous sommes reconnaissant.

Quelques données :

Notre faculté a formé 2660 pharmaciens tunisiens et 469 pharmaciens venant de 17 pays frères et amis. Depuis notre faculté n'a cessé d'évoluer et de se développer et d'adapter ses programmes de formation à l'évolution des sciences et des technologies.

C'est ainsi que le cursus des études est passé de 5 à 6 ans et la spécialisation n'est plus limitée à la biologie clinique. Aujourd'hui notre faculté forme des spécialistes en pharmacie et en industrie ceci est le fruit de la contribution de tous les professionnels mais aussi grâce à votre soutien Monsieur le ministre et dont la plus récente illustration l'ouverture du 1er concours

d'assistantat hospitalo-universitaire en PHI organisé au début de ce mois

Aujourd'hui la faculté de pharmacie se lance dans un programme ambitieux et un grand projet celui de l'amélioration de la qualité de l'enseignement, projet approuvé par le conseil scientifique et le conseil de l'université de monastir.

Monsieur le Ministre

Le programme de notre congrès comporte des thèmes variés. Mr Naceur Gharbi traitera de la CNAM sujet qui fait l'objet de nombreuses discussions à l'heure actuelle et nous aurons l'occasion de connaître l'expérience algérienne dans ce domaine et qui sera présenté par Mr lotfi Bab

Tout le monde connaît l'importance de L'assistantat en pharmacie et son impact sur l'employabilité des jeunes diplômés et sur l'amélioration de la qualité de la dispensation des médicaments à l'officine. Cette question, constitue le thème de notre 2ème séance avec 2 intervenants Mr Daniel Vion et Mr Hedi jamoussi.

A coté de ses thèmes de réflexion les organisateurs ont choisi de traiter de deux thèmes de formation continue, d'une part les innovations pharmaceutiques avec

2 interventions celle du Pr Amor Toumi qui remplace le Pr Jean Cros empêché de venir et celle du Pr Souad Sfar

Enfin la 4ème séance est dédiée à l'obésité, le professeur Trivin nous traitera des désordres endocriniens et Le Pr Blouza de la prise en charge du sujet obèse.

Je voudrais remercier tous les conférenciers qui ont accepté notre invitation et participer à enrichir nos débats et discussions.

Je voudrais remercier le service culturel de l'ambassade de France pour le soutien apporté à la tenue de notre congrès.

Mes remerciements s'adressent également à tous les laboratoires exposants qui ne cessent de nous aider dans nos programmes de formation continue

Qu'il me soit permis également de remercier le comité d'organisation qui a travaillé d'arrache pied pour faire de ce congrès une réussite.

Enfin je voudrais dire tout le plaisir à retrouver tous ceux et celles que j'ai connu depuis trente ans.

A nos invités je souhaite un agréable séjour parmi nous ainsi que tout le succès à notre congrès

merci

1/2 JOURNÉE DE FORMATION CONTINUE

La Société Tunisienne des Sciences Pharmaceutiques et le Laboratoire National de contrôle des Médicaments organisent une demi journée de formation continue au profit du corps pharmaceutique le 2 février 2007 à Tunis.

Les thèmes abordés auront trait à :

- Avis aux demandeurs d'autorisation de mise sur le marché des médicaments à usage humain (Format Camonon Technical Document)
- Les impuretés dans les matières premières et les produits finis
- La stabilité des matières premières et des produits finis.

Le lieu sera communiqué ultérieurement. Le corps pharmaceutique et notamment les industriels sont appelés à participer de manière active aux travaux de cette manifestation.

Contact pour information :

Mme Leila Kallel, LNCM

Tél. : +216 71 577 689 / Sec : +216 71 577 561

Fax : +216 71 571 015 / e.mail : leila.kallel@rms.tn

Mr. Mokhtar Belaïba, ACDIMA

Tél. : +216 71 870 489 / + 216 71 871 489

Fax : +216 71 873 100 / e.mail : acdimatunisia@planet.tn

L'ASSURANCE MALADIE EN TUNISIE

Naceur Gharbi

Le régime légal d'assurance maladie a été institué pour la première fois en Tunisie en 1951 au profit des fonctionnaires de l'Etat.

RÉGIMES CNRPS : (RÉGIME OBLIGATOIRE ET RÉGIME FACULTATIF)

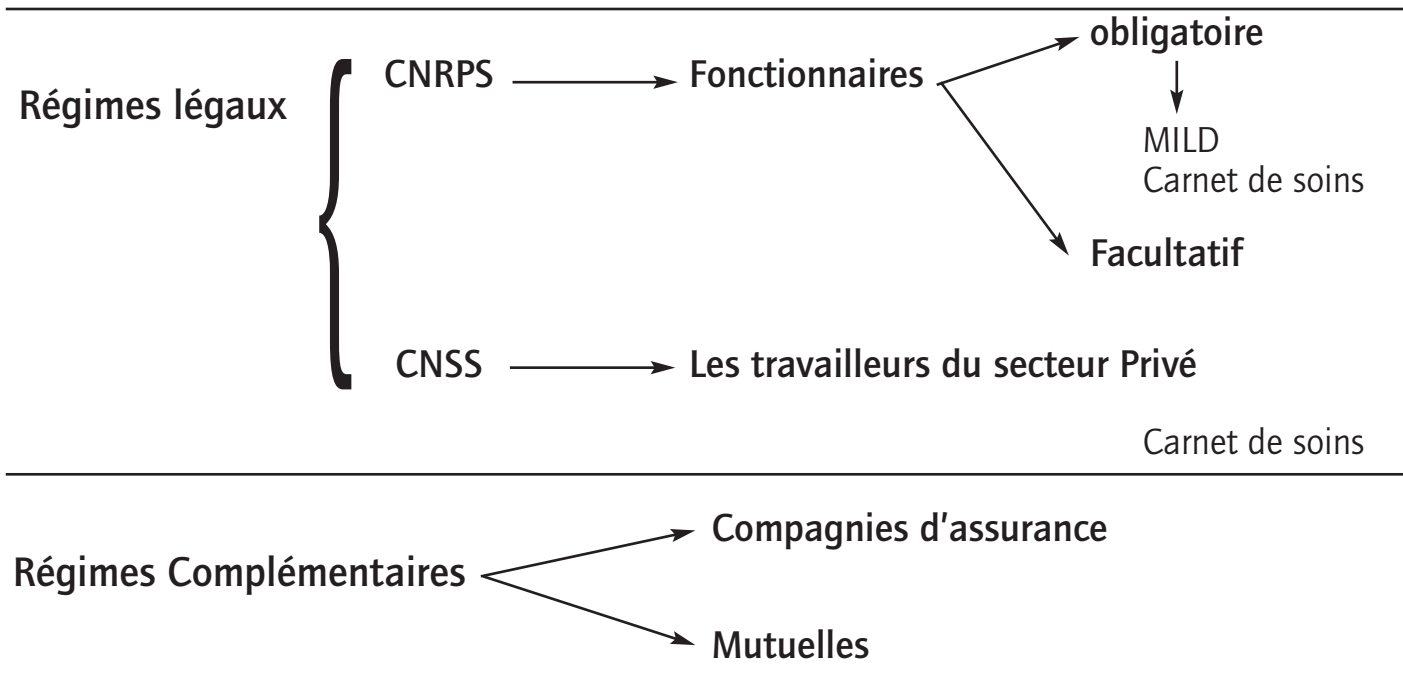
- Cotisations variables : actifs & pensionnés / régime
- Octroi direct des soins dans le public
- Remboursement
- En 1960 la couverture maladie a été étendue aux salariés du secteur privé :

RÉGIMES CNSS (OBLIGATOIRES) POUR :

- les salariés non agricoles en 1960,
- les étudiants en 1965,
- les salariés agricoles en 1970 ,
- les non salariés agricoles et non agricoles en 1982),
- Les catégories à Revenu limité en 2002.
 - Cotisations variables : actifs / régime
 - Octroi direct des soins dans le public

*La couverture
maladie en
Tunisie*

LE SYSTÈME ACTUEL



AMG : c'est une couverture qui ne relève pas du système de sécurité sociale mais elle est prise en charge par le budget de l'état et elle concerne les personnes à faible revenu qui ne sont pas assurés sociaux.

Mais, si le système a permis à la Tunisie d'améliorer notablement son taux de couverture sociale (87% en 2005) ainsi que ses indicateurs de santé, il s'est caractérisé par :

- Une prolifération des formes de couverture sans coordination entre elles et une augmentation des charges.
- Une inégalité dans la couverture et l'accès aux soins.
- Une diversité de financement et des conditions de prise en charge des soins (taux de cotisation variable d'un secteur à l'autre).
- Une insatisfaction des divers intervenants qu'ils soient : bénéficiaires des soins, employeurs, organismes de financement, pouvoirs publics, dispensateurs de soins.
- Une évolution des dépenses de santé à rythme supérieur à celui du PIB.(10,7%)

Les nombreuses mutations connues sur les plans sanitaire, démographique et socio-économique, etc., ont amené les pouvoirs publics à réfléchir sur un projet de réforme ayant pour objectif de :

- Rendre le système plus équitable
- Réorganiser l'offre de soins
- Réorganiser le secteur de la couverture maladie
- Rationaliser les dépenses de santé

Le tournant

Depuis 1996 une réflexion sur une réforme du système d'assurance maladie en Tunisie a été engagée.

Objetifs

Cette réforme de l'assurance maladie vise à :

- Améliorer l'équité sociale du système envers les diverses catégories d'assurés sociaux, tant au niveau des cotisations qu'au niveau des prestations.
- Assurer une ouverture du système sur le secteur privé d'octroi de soins.
- Instaurer des rapports transparents entre les différents acteurs et améliorer l'efficacité du système.
- Maîtriser les dépenses de santé
- Veiller à ce que le coût de la réforme soit supportable pour l'économie.

Le projet de réforme a été concrétisé par la promulgation de :

- **Loi n° 2004-71** du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie.

Le nouveau régime d'assurance maladie

Les principes

La Solidarité et l'Égalité des droits dans le cadre d'un système sanitaire complémentaire (public et privé) ;

Principales dispositions de la loi 71 - 2004

1- Un régime de base obligatoire et des régimes complémentaires facultatifs.

- La gestion du régime de base est confiée à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).
- les régimes complémentaires sont confiés aux compagnies d'assurance et aux mutuelles et le cas échéant à la CNAM.

2- Création de la CNAM

Il est créé un établissement public à caractère non administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière nommé "la Caisse Nationale d'Assurance Maladie",

- Son Conseil d'Administration est composé de représentants de l'Etat et des partenaires sociaux (UTICA, UTAP, UGTT)

3- Le Conseil National d'Assurance Maladie

Création du Conseil chargé :

- Du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du régime de l'assurance maladie,
- Proposer les orientations et les mécanismes à même de garantir son équilibre financier.

4- Le financement du régime :

- Le taux de cotisation au titre du régime de base est fixé à 6,75% du salaire ou du revenu pour les actifs.
- Ce taux est réparti entre l'assuré qui a la qualité de salarié et son employeur
- L'assuré social travaillant pour son propre compte supporte la totalité du taux de cotisation.
- Le taux de cotisation supporté par le bénéficiaire d'une pension est fixé à 4%.

5- Le contrôle médical

Le contrôle médical est confié à des médecins, des médecins dentistes et des pharmaciens conseils auprès de la Caisse.

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les fournisseurs des prestations de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire,

- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit,
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé,
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à l'accord préalable

Le contenu du régime de base

- Garantit la prise en charge des prestations de soins prodiguées dans les secteurs public et privé, nécessaires pour la sauvegarde de la santé des personnes, à l'exception de certains soins non nécessaires ou à caractère esthétique.

- Conditionne la prise en charge de certains soins à l'accord préalable de la Caisse.

La Loi a prévu que des textes d'applications (décrets, arrêtés et conventions) organisent les aspects pratiques de la réforme et dont le contenu sera élaboré en concertation avec tous les partenaires concernés

Les décrets

- Décret n° 2005-321 du 16 février 2005, portant organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) .
- Décret n° 2005-2192 du 9 août 2005, portant organisation du Conseil National d'Assurance Maladie
- Décret n° 2005-3031 du 21 novembre 2005, fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical
- Décret n° 2005-3154 du 6 décembre 2005, portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins

RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les relations entre les Prestataires de soins et la Caisse sont régies par une convention cadre et des conventions sectorielles qui sont conclues entre ladite caisse et les représentants de ces fournisseurs

La convention cadre est un accord qui détermine les principes fondamentaux régissant le rapport entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les fournisseurs des prestations de soins, elle détermine les modalités pratiques pour garantir la bonne exécution des conventions sectorielles et le suivi du fonctionnement des rapports conventionnels dans le cadre du régime de l'assurance maladie.

La convention sectorielle organise les rapports contractuels entre la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et l'une des catégories des fournisseurs de soins, elle détermine entre-autre :

- Fixation des honoraires conventionnels
- Fixation des modalités de paiement
- Engagement des parties sur :
 - la coordination des soins
 - les références médicales
 - le dossier médical ...

Les principaux enjeux de la réforme

L'équité sociale → Unification des régimes
 L'accès aux soins → Ouverture sur l'offre de soins privée
 Des soins de qualité → Maîtrise médicalisée et au meilleur coût

L'équité sociale

Amélioration de la couverture sociale

Objectif : 95% en 2009

Le tiers payant (l'un des principes de la réforme) permet de faciliter l'accès aux soins pour les assurés qui s'engagent dans un parcours coordonné de soins ;

Les régimes de couverture touchent toutes les catégories sociales (salariés, indépendants, artisans, gens de maison, ...)

L'accès aux soins

Plusieurs modes d'accès aux soins :

- Auprès des structures sanitaires publiques
- Le tiers payant (dans le public et le privé)
- Le remboursement (dans le public et le privé)

LE TIERS PAYANT ET LA COORDINATION DES SOINS

Fidéliser les malades auprès d'un médecin de famille de leur choix qui prodiguera les soins primaires nécessaires à leur état de santé et coordonnera leur accès aux soins de 2ème Niveau.

- Assurer un meilleur suivi de l'état de santé des malades ;
- Optimiser la prise en charge multidisciplinaire ;
- Eviter la redondance des soins inutiles voir dangereux.

LE TICKET MODÉRATEUR ET LE PLAFONNEMENT DES FRAIS DE SOINS

- prévient l'effet de surconsommation généré par la gratuité des soins et la prise en charge illimitée
- effets non souhaités : risque d'obstacle à l'accès aux soins

Médicaliser ces outils par

- L'exonération du TM et le déplafonnement pour :
 - Certaines maladies chroniques ou graves
 - Certains soins lourds et coûteux

L'AVANCE DES FRAIS DE SOINS

Pour les bénéficiaires qui n'adhèrent pas au parcours coordonné des soins

Système de Remboursement des Soins

- prise de connaissance du coût des soins par l'assuré
- permet un meilleur contrôle des dépenses d'AM.

Les outils de maîtrise médicalisée des dépenses d'AM dans le cadre du nouveau régime.

Maîtrise des dépenses

• Les actions à entreprendre devraient s'inscrire dans une démarche qui associe tous les intervenants dans le domaine des médicaments (prescripteurs, industriels pharmaceutiques, Pharmaciens, assurés, CNAM,...).

Panier des médicaments couverts

Classification des médicaments en 4 catégories (V.E.I.C) en fonction de leur utilité/efficacité

- Exclusion des médicaments jugés de confort
- Taux de prise en charge modulé en fonction des catégories
- Procédure d'accord préalable pour certains médicaments coûteux

Modalités de prise en charge des médicaments

- Encourager la prescription et la consommation des équivalents thérapeutiques les moins chers
- Elaboration de protocoles thérapeutiques et éventuellement de références médicales relatives à la prescription des médicaments
- Développement de la substitution et des médicaments génériques
- Formation et l'information objective des prescripteurs
- Mise en place d'organes d'évaluation et de suivi de la consommation des médicaments.

LES REFERENCES MEDICALES

- Doter les praticiens de référentiels de pratiques médicales :

- fondés sur les preuves (Evidence Based Médecine)
- élaborés de manière consensuelle
- Initiative du MSP depuis 1996 —> 16 consensus élaborés ou en cours d'élaboration

ACTION A RENFORCER

Administration de l'assurance maladie et mise en œuvre du nouveau régime

Mise en œuvre du nouveau régime

Une application progressive du nouveau régime d'assurance maladie ;

Objet de négociations et de concertations avec les partenaires sociaux et les professionnels de santé

L'ENTREE EN VIGUEUR DU NOUVEAU REGIME PRÉVU EN 2007

- Introduction progressive et ciblée sur les priorités en terme de santé publique et de coût de la prise en charge :
 - Maladies chroniques et/ou lourdes et coûteuses
 - + de 400 milles malades attendus dès l'entrée en vigueur du nouveau régime
 - Le suivi de la grossesse et de l'accouchement
 - + de 100 milles grossesses à couvrir par année

ACHÈVEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME PRÉVUE EN 2009

Selon les trois Modes de prise en charge :

Filière publique

- Accès à tous les soins ambulatoires et à toutes les hospitalisations dans le secteur public,
- Tiers payant

Système de remboursement

- Accès à tous les soins ambulatoires et à certaines hospitalisations (liste) dans le secteur privé,
- Avance des frais.

Filière privée

- Inscription auprès d'un médecin de famille : le parcours coordonné des soins.
- Tiers payant

Pour couvrir plus de 8 millions d'assurés

CONCLUSION

Ambitieuse, la réforme tente de redéfinir le rôle des principaux acteurs du système de la couverture médicale.

L'implication de toutes les parties dans la rationalisation des comportements, la maîtrise des dépenses et l'équilibre des régimes.

RÉFORMES ET SÉCURITÉ SOCIALE : L'EXPÉRIENCE ALGÉRIENNE

Dr Lotfi BENBAHMED

Président de l'Ordre des Pharmaciens d' Alger

1er Vice président de l'Ordre National

HISTORIQUE

- **1920** Mise en oeuvre de la législation sur les accidents du travail.
- **1940** Applications des prestations familiales
- **1949** L'avènement des assurances sociales avec la couverture des risques de maladie, maternité, invalidité et décès.
- **1953** La promulgation de l'assurance vieillesse pour travailleurs salariés
- **1958** L'institution de l'assurance vieillesse pour travailleurs indépendants et non salariés.

Au lendemain de l'indépendance le système de sécurité sociale Algérien était composé de plus de **70 organismes de "sécurité sociale"** et **11 organismes de retraites** complémentaires avec mise en place de plus de **9 régimes** caractérisés par des différences dans le financement, la nature et le niveau des prestations ainsi que le mode de gestion auquel ils étaient soumis.

- **1970** une série de textes visant à modifier les statuts organiques et juridiques des régimes et à améliorer la situation des assurés ont été promulgués
- **1974** Extension des assurances sociales aux travailleurs non salariés qui ne bénéficiaient jusque là que du régime des retraites.(Décret 74.123 du 26.10.1974) 1983
- Refonte de tout le système de sécurité sociale organisée par lois de "**juillet 83**". Les éléments essentiels de cette refonte reposent sur (Lois 83.11.12.13.14. et 15 du 2 juillet 1983) : - L'unification des régimes. - L'uniformisation des avantages

ÉVOLUTION

- **1985** Unification organisationnelle des organismes existant autour de deux caisses nationales:(Décret 85.223 du 20 août 1985) La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Accidents de Travail et maladies professionnelles **C.N.A.S.A.T** Ces deux caisses ont été érigées en établissements publics à caractère administratif "E.P.A
- **1988** Modification du statut juridique des deux caisses pour devenir des établissements publics à caractère spécifique et ce de manière indirecte, à la faveur de la loi N°88.01 portant autonomie des entreprises publiques.
- **1992** Réinstitution de la caisse des assurances sociales des non salariés **C.A.S.N.O.S** Changement de l'appellation de la "C.N.A.S.A.T" par la Caisse Nationale des Assurance Sociales des Travailleurs Salariés **C.N.A.S**
- **1994** Institution de nouvelles prestations
Pension de retraite anticipée (Décret 94.10 du 26.05.1994)
Indemnité d'allocation chômage (Décret 94.11 du 26.05.1994)
- **1995** Mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Chômage **C.N.A.C**
- **1998** Ré institution de la Caisse des Congés Payés des Travailleurs du Bâtiment **C.A.C.O.B.A.T.P.H**

Mise en place du nouveau dispositif de la Sécurité sociale Tiers payant et Tarifs de référence

1 / **Loi 83 – 11** du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales

Article 60 : Bénéficient du tiers payant les assurés sociaux et leurs ayants droit qui s'adressent aux praticiens et personnels paramédicaux ainsi qu'aux établissements de soins privés, aux officines pharmaceutiques privées et publiques, lesquels auront passé des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

Les officines pharmaceutiques publiques devront passer des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

Des conventions types seront fixées par voie réglementaire, aux dispositions desquelles devront se conformer les conventions prévues par le présent article.

2 / **Ordonnance N° 96-17** du 06 juillet 1996 modifiant et complétant la loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales

Article 27 : les dispositions de la loi 83-11 du 02 juillet 1983 susvisée sont complétées par l'article 60 bis rédigé comme suit : les organismes de sécurité sociale peuvent passer des conventions avec les praticiens, les personnels, paramédicaux, les établissements de soins et les officines pharmaceutiques. Des conventions types seront fixées par voie réglementaire, aux dispositions desquelles devront se conformer les conventions prévues par le présent article.

3 / **Décret exécutif N° 97-472** du 08 décembre 1997, fixant la convention type à laquelle doivent se conformer les conventions conclues entre les caisses de sécurité sociale et les officines pharmaceutiques.

4 / **Janvier 2006 :** Un cahier des charges est imposé aux pharmaciens par la CNAS, intégrant la nouvelle politique de promotion du générique (Tarif de référence).

LE TIERS PAYANT EN ALGÉRIE

Qu'est ce que le système du tiers payant?

Le système du tiers payant produits pharmaceutiques, prévu par la **loi n°83.11 du 2 juillet 1983** relative aux assurances sociales modifiée, permet à l'assuré qui en bénéficie d'acquiescer ses médicaments auprès d'une officine pharmaceutique **conventionnée**:

Gratuitement, lorsqu'il est pris en charge au taux de 100%.

Contre paiement de sa participation de 20 %, lorsqu'il est pris en charge à 80%.

Qui bénéficie du système du tiers payant ?

L'assuré ou l'ayant droit de l'assuré atteint d'une **maladie chronique** reconnue

L'assuré titulaire d'une **pension d'invalidité** ou de **retraite directe**, quel qu'en soit le montant, ainsi que ses ayants droit.

L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité ou de retraite de reversions.

L'assuré titulaire d'une rente **d'accident de travail** d'un taux au moins égal à 50 % et ses ayants droit.

L'assuré titulaire d'une rente d'accident du travail d'ayant droit survivant, servie en cas de décès de la victime consécutif à l'accident du travail.

TIERS PAYANT (TP)

- En 2005 l'effectif des bénéficiaires du tiers payant (1 290 041) a connu une progression de 124,48 %, en comparaison à celui de l'année 2002 (574 688), soit une évolution moyenne annuelle de 42%.

3 QUESTIONS SUR LE TIERS PAYANT.....

Le système du tiers payant est-il obligatoire?

Le système du tiers payant est une possibilité offerte à l'assuré pouvant en bénéficier pour lui éviter d'avoir à faire l'avance des frais. Toutefois, il ne revêt aucun caractère obligatoire et l'assuré qui ne veut pas en bénéficier peut continuer à acheter ses médicaments et se faire rembourser ensuite par son centre de paiement.

Quels sont les produits Pharmaceutiques pris en charge ?

Ce sont tous les produits pharmaceutiques figurant dans la liste des médicaments remboursables par la sécurité sociale, fixée par arrêté interministériel, et prescrits par un médecin.

Quel est le taux de prise en charge ?

100 % pour

L'assuré ou l'ayant droit atteint d'une maladie chronique reconnue.

L'assuré titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 50% et ses ayants-droit.

L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité ou de retraite directe dont le montant ne dépasse pas le montant du salaire nationale minimum garanti (SNMG) et ses ayants-droit.

80% dans tous les autres cas.

LA CARTE TIERS PAYANT.....

Les modalités de délivrance de la carte de tiers payant

La carte de tiers payant produits pharmaceutiques est remise au bénéficiaire sur présentation d'un Dossier comprenant:

une fiche familiale d'état civil.

une photographie d'identité.

une demande de domiciliation auprès de l'officine pharmaceutique de son choix. La durée de validité de cette carte est d'une année qui sera prorogée chaque année.

la carte est renouvelée:

En cas de modification intervenant dans la situation d'un bénéficiaire en cours de période de validité de la carte.

En cas de changement d'officine pharmaceutique de domiciliation, à la demande de l'assuré.

En cas de perte de la carte, sur la base d'une déclaration de perte établie par les autorités compétentes. Ce renouvellement ne pouvant pas dépasser le nombre de deux(2) au cours d'une même année.

La carte est personnelle et ne peut être utilisée que pour les bénéficiaires qui y sont inscrits

la carte est retirée:

En cas de perte des droits de l'ensemble des bénéficiaires.

En cas d'abus constaté dans son utilisation

LA CONVENTION OFFICINE....

Les officines pharmaceutiques conventionnées

Ce sont toutes les officines pharmaceutiques qui ont passé une convention avec l'organisme de sécurité sociale.

Toutes officine pharmaceutique qui le désire peut passer cette convention qui est fixé par le décret exécutif n°97-472 du 8 décembre 1997.

A l'appui de sa demande de conventionnement, le pharmacien doit fournir :

- Une copie du diplôme de pharmacien.
- Une copie de l'autorisation de création et de fonctionnement de l'officine pharmaceutique délivrée par les services du Ministère de la santé et de la population.
- Une copie du registre du commerce.
- Une attestation d'affiliation à la sécurité Sociale (CNAS - CASNOS).
- Une copie de carte d'immatriculation du FISC.
- L'empreinte du cachet de l'officine pharmaceutique.
- La liste nominative du personnel exerçant au sein de l'officine et les spécimens de leur signature.
- La pharmacie doit aussi disposer d'un micro-ordinateur et veiller à la disponibilité des produits pharmaceutiques.

PHARMACIES CONVENTIONNÉES.....

- Nombre de pharmacies du secteur privé: 6908 (87,84%)
- Pharmacies ENDIMED : 956 (12,16%)
- Total des pharmacies: 7864
- Pharmacies conventionnées CNAS
 - 2773 en 2002
 - 6968 en 2005
 - Soit une augmentation de 151,28% du nombre de pharmacies adhérentes à la convention CNAS.
- Proportion de pharmacies conventionnées: 88,61%
- ENDIMED est signataire des conventions EN.DIMED/CNAS, EN.DIMED/CASNOS et EN.DIMED/CAMMSP.

LA DOMICILIATION.....

La domiciliation, un système pervers....

La liste des officines pharmaceutiques conventionnées se situant dans la circonscription du centre de paiement dont relève l'assuré est obligatoirement portée à la connaissance du bénéficiaire qui choisit, dans cette liste, l'officine auprès de laquelle il sera domicilié.

Ce choix devra être indiqué par le bénéficiaire.

L'assuré choisit l'officine pharmaceutique auprès de laquelle il est domicilié.

Objectifs :

Le retour au recours au pharmacien de famille.

L'amélioration de la relation entre l'assuré et le pharmacien par laquelle ce dernier peut mieux remplir son rôle de conseil.

La possibilité pour le pharmacien de mieux connaître les besoins de sa clientèle pour lui permettre un meilleur approvisionnement afin de donner satisfaction à cette dernière.

LE FONCTIONNEMENT.....

Les informations données par la caisse à l'officine pharmaceutique

L'officine doit être immédiatement informée :

Des assurés auxquels il a été délivré une carte.

Des bénéficiaires des cartes dont les droits sont prorogés.

Des assurés auxquels des duplicata de carte ont été délivrés.

Des assurés auxquels la carte a été retirée.

Des mise à jour intervenants dans la liste des médicaments remboursables. Cette information est faite au moyen d'un support informatique

Les instruments de gestion du tiers payant remis par la caisse à l'officine pharmaceutique

Un logiciel informatique a été conçu à l'intention des officines pharmaceutiques conventionnées. Ce Logiciel comporte notamment:

Le fichier des assurés domiciliés auprès de l'officine pharmaceutique.

La liste des médicaments remboursables.

Les éléments nécessaires à l'établissement des factures et des bordereaux de transmission des Ordonnances et factures en vue de leur paiement.

LES MODALITÉS

Après avoir vérifié que **le bénéficiaire de l'ordonnance figure sur la liste des bénéficiaires Portés sur la carte**, que **les droits sont en cours de validité** ainsi que la conformité de l'ordonnance, le pharmacien délivre les produits pharmaceutiques qualitativement et quantitativement prescrits.

Les produits pharmaceutiques qui figurent sur la liste des médicaments remboursables sont remis:

- **Gratuitement** lorsque le bénéficiaire est pris en charge au taux de **100%**

- Contre paiement des 20 % représentant la ticket modérateur, lorsque l'assuré est pris en charge à **80%**

Si le pharmacien honore l'intégralité de l'ordonnance, il la conserve, la tarifie, y reporte le numéro de référence et y appose les vignettes. Il retient également la feuille de soins, complétée par l'assuré et le médecin prescripteur, y reporte le montant total de l'ordonnance et y appose son cachet.

Si le pharmacien ne peut honorer qu'une partie de l'ordonnance, il établit une facture sur laquelle il appose les vignettes. il restitue l'ordonnance à l'assuré après avoir indiqué au regard de chaque médicament délivré la mention "servi" et la quantité servie et y avoir reporté le numéro de référence. il restitue également la feuille de soins sur laquelle il appose son cachet

Et reporte le montant des médicaments servis avec la mention "tiers payant".

Les modalités de remise des ordonnances et factures à la Caisse ?

Le pharmacien remet périodiquement au centre de paiement , les ordonnances , feuilles de soins et factures au moyen d'un état récapitulatif dont le double lui est restitué à titre d'accusé de réception.

Les modalités de paiement par la Caisse ?

Les ordonnances et factures doivent faire l'objet d'un règlement dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de dépôt par le pharmacien. Le règlement est effectué au choix de l'officine pharmaceutique par chèque ou virement à son compte.

Que doit payer l'assuré au pharmacien ?

L'assuré doit régler directement au pharmacien :

Le montant de sa participation, à savoir les 20 % restant à sa charge, lorsque le taux de prise en charge est de 80 %.

Le montant des médicaments ne figurant pas sur la liste des médicaments.

LE REMBOURSEMENT....

Comment l'assuré peut-il se faire rembourser le montant du ticket modérateur par sa Mutuelle

Si l'assuré est adhérent à une Mutuelle ayant passé une convention avec la CNAS pour le paiement pour compte du ticket modérateur, les médicaments lui seront remis gratuitement par le pharmacien.

Si l'assuré est adhérent à une Mutuelle non conventionnée, le volet de décompte lui permettant de faire ses droits auprès de la Mutuelle sera remis par son centre de paiement.

Les frais remboursés à l'assuré par son centre de paiement

Sont remboursés directement à l'assuré par le centre de paiement dont il relève :

Les honoraires des actes médicaux portés sur la feuille de soins que le pharmacien aura en même temps que l'ordonnance.

Les produits pharmaceutiques achetés dans une officine pharmaceutique autre que celle auprès de laquelle l'assuré est domicilié.

LITIGE ET CONTRÔLE.....

La convention prévoit qu'en cas de litige, la partie qui s'estime lésée adresse sa réclamation à l'autre, accompagnée des pièces justificatives.

En cas de persistance du différend, il peut être porté devant le tribunal compétent.

Les modalités de contrôle de la caisse

Conformément à la réglementation en vigueur, la caisse de sécurité sociale peut exercer son contrôle chaque fois qu'elle le juge nécessaire.

La caisse peut donc exercer un contrôle administratif et médical des bénéficiaires. Le contrôle médical des bénéficiaires se fait après paiement des factures au pharmacien, et peut donner lieu, en cas d'abus manifeste, au retrait de la carte de tiers payant.

TARIF DE RÉFÉRENCE

- Mis en place en juillet 2001, liste publiée en janvier 2006 (arrêté du 29-12-2005)
- Mis en application le 16 avril 2006
- Déterminé par le Comité de remboursement du médicament (arrêté du 16-08-2003)
- 116 DCI concernées sur un total de 1073 DCI remboursables (2006)
- Mise à jour semestrielle
- Déterminé pour une DCI au même dosage et à la même forme pharmaceutique dès que trois génériques du princeps remboursé sont commercialisés et remboursés
 - sur la base du prix le plus bas du marché,
 - Ou, à défaut, des prix des médicaments existant sur le marché à partir des paramètres suivants

PARAMÈTRES ET MÉTHODE DE DÉTERMINATION

- le niveau important en volume des médicaments et montant de remboursement du médicament, toutes marques confondues
- Le taux de pénétration des produits les moins coûteux et les génériques malgré leur importance en nombre et quantité sur le marché national..
- Regroupement des médicaments selon:
 - Les médicaments dont la DCI – la forme et le dosage sont strictement identiques (97 DCI –forme –dosage correspondant à un total de 837 marques).

- Les médicaments dont la DCI - la voie d'administration et le dosage sont les mêmes, seules les formes diffèrent (4 groupes de DCI-formes dosage correspondant à un total de 14 DCI -formes-dosage).
- Les médicaments dont la DCI , la forme ou la voie d'administration sont identiques , et bien que les dosages pouvant être différents, permettent une utilisation thérapeutique similaire (5 DCI).

- Détermination:

sur la base des prix de l'unité administrée (tarif unitaire : comprimé, ampoule, sachet, dose) : PPA / nombre

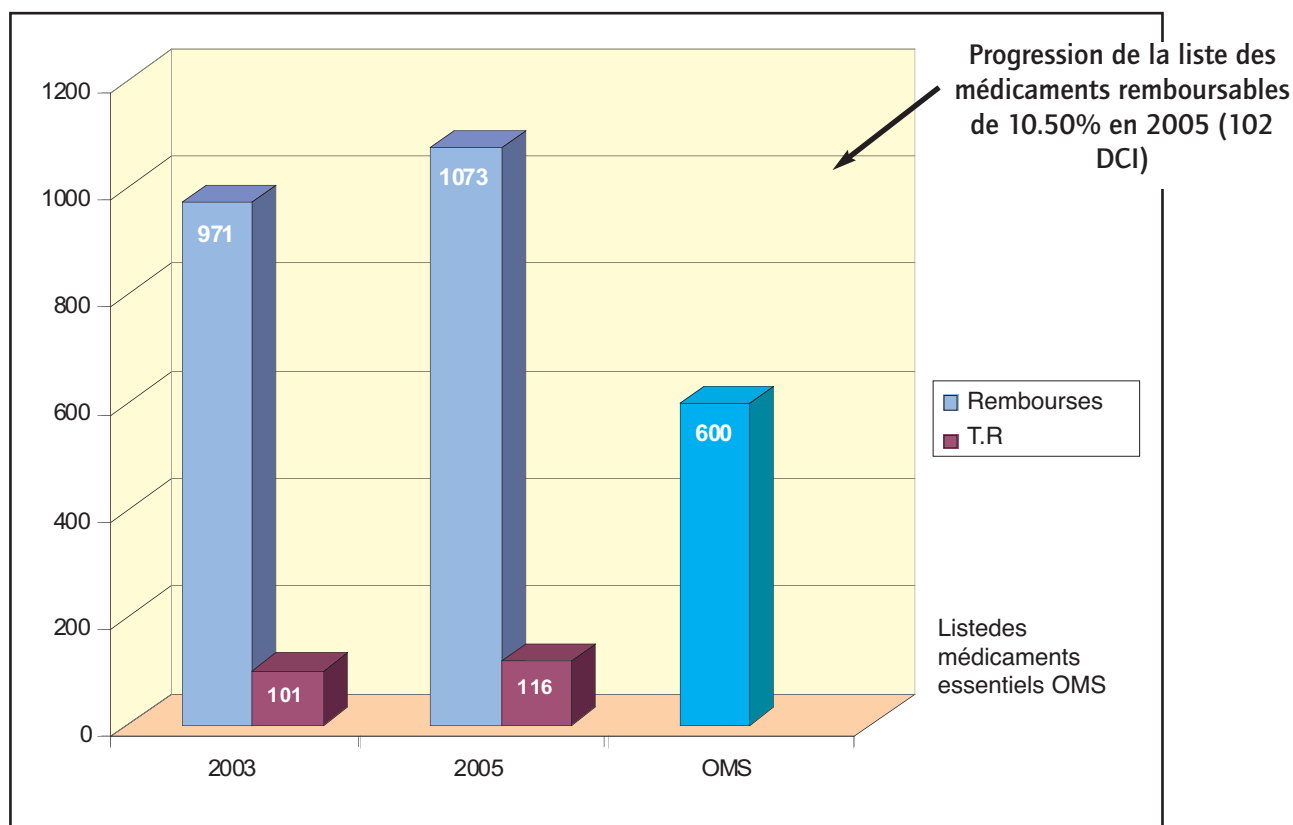
d'unités administrées (le TR d'un produit correspond au tarif unitaire x nombre d'unités administrées contenues dans le conditionnement commercialisé.)

Les tarifs de référence sont fixés, dans la majorité des cas, à des niveaux médians par rapport à la situation d'approvisionnement du marché national. niveaux plus élevés ont été appliqués à certains médicaments spécifiques aux traitements de pathologies chroniques et psychiatriques

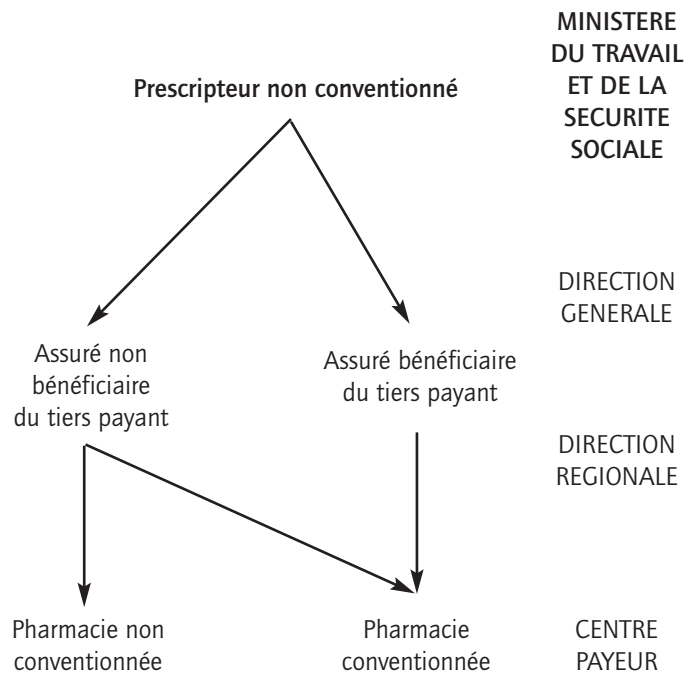
- Le remboursement se fait au taux de 80% du TR ou de 100% pour certains assurés sociaux atteints de maladies chroniques ou bénéficiant des prestations en nature à 100% conformément à la réglementation en vigueur.

DCI REMBOURSÉES ET TARIF DE RÉFÉRENCE

La liste des tarifs de référence n'a pas évolué de manière significative : 10,40 2003 → 9,41 2005

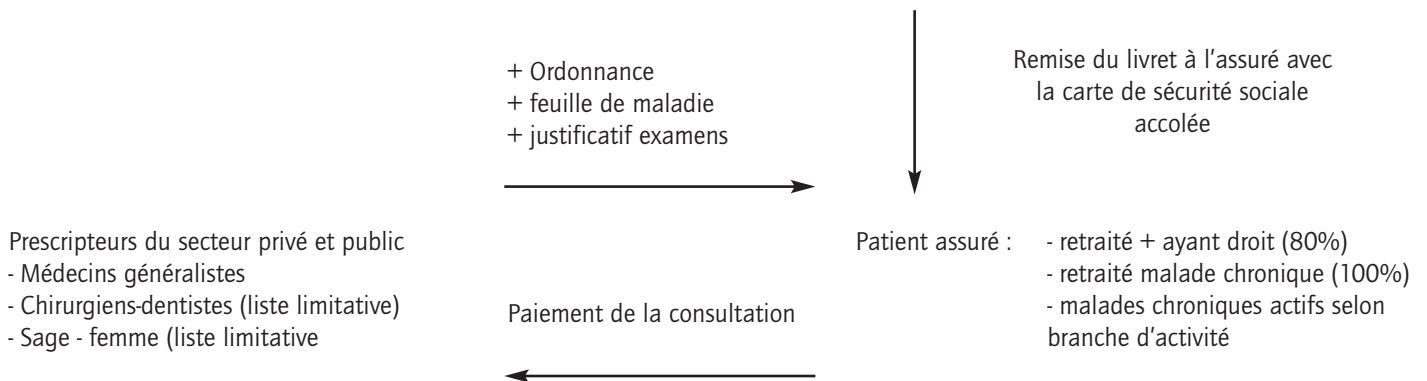


DISPOSITIF DE LA SECURITE SOCIALE



SYNOPTIQUE

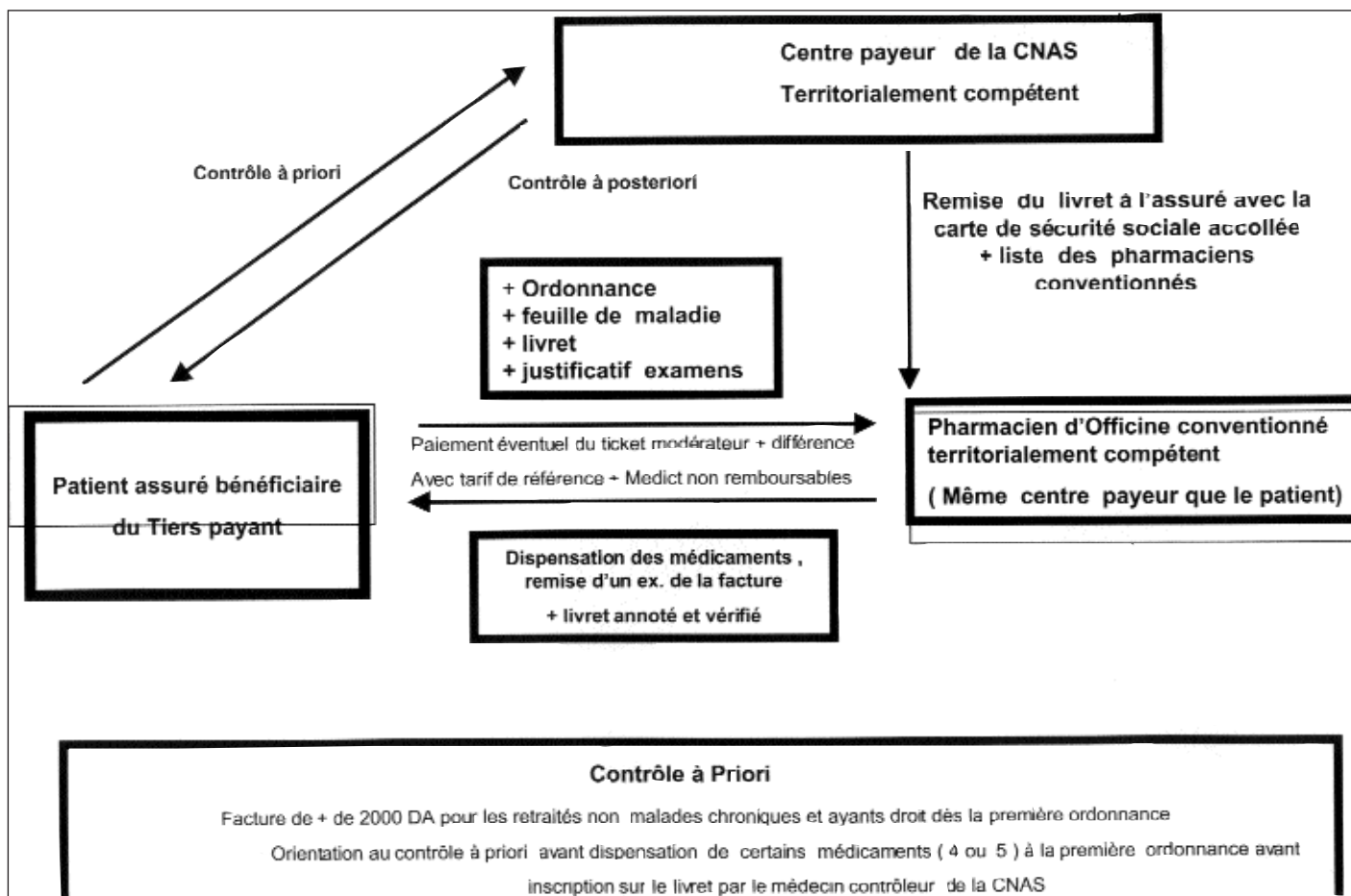
Centre payeur de la CNAS Territorialement compétent



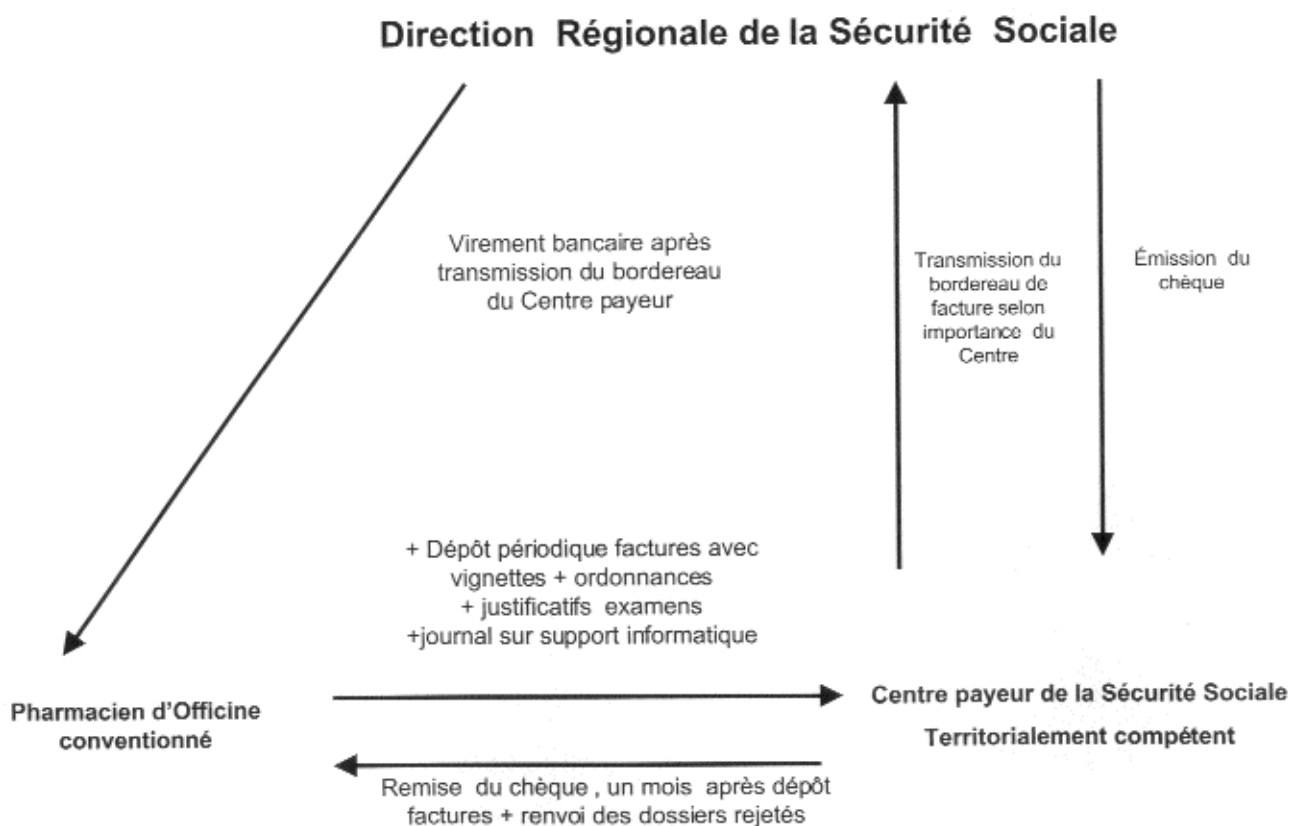
Nomenclature des actes

Mise en place en 2006

- Commission de tarification
- Livret : mesure controversée mise en place en février 2006 qui devrait laisser la place à la carte à puce



SYNOPTIQUE



LE PHARMACIEN FACE AU TIERS PAYANT ET AU TARIF DE REFERENCE

1 / Relation Pharmacien / Prescripteur

- Détérioration due :
 - à l'absence de convention entre la Sécurité sociale et les prescripteurs
 - au manque d'information des prescripteurs sur les particularités du dispositif (sentiment d'ingérence du pharmacien dans la prescription, prescription réservée au médecin spécialiste)
 - au peu de crédit accordé à l'efficacité de certains génériques (bioéquivalence, promotion médicale des laboratoires princeps)
 - au nombre de génériques enregistrés avec différents noms commerciaux et différentes origines (ex. Diclofénac : 115)
 - à parfois la différence de prix importante et difficilement compréhensible entre le princeps et le générique (de 1 à 10 pour certaines molécules)
 - au sentiment des prescripteurs de perdre une partie de leurs prérogatives dues à la substitution forcée de leurs prescriptions avec l'instauration du tarif de référence
- Effet pervers :
 - phénomène de report de prescription sur les molécules non génériques
 - Augmentation des dépenses au lieu d'économie (réflexion sur un tarif de référence par classe thérapeutique)

2/ Relation pharmacien- malade

Avantage primordial :

Amélioration nette de l'accessibilité des médicaments pour certaine frange de la population (quasi disparition du sentiment d'impuissance que vivait le pharmacien devant la détresse des malades qui ne pouvaient acheter leurs traitements)

• Inconvénients :

- 1 / le dispositif du tiers payant oblige le pharmacien conventionné à contrôler certains aspects qui ne devraient relever que de la Sécurité sociale :
 - Contrôle de la consommation : livret

- Contrôle d'identité de l'assuré et éventuellement des ayants droit
- Orientation vers le contrôle médical à priori détérioration de la relation de confiance entre le pharmacien et le malade

2 / Non respect de la liberté de choix du malade de son pharmacien

Domiciliation unique dans une première phase élargie aux Pharmacies dépendant d'un même centre payeur.

3 / Instauration du tarif de référence :

Difficultés de communication des pharmaciens avec notamment les malades chroniques peu ou pas informés par la sécurité sociale, qui assimilent cette mesure comme un déremboursement partiel de leur traitement habituel. (la substitution par le générique étant perçue comme un changement de traitement)

- Les malades bénéficiaires du tiers payant ne comprennent pas l'obligation de payer le ticket modérateur.
- Les malades bénéficiaires du régime général ne comprennent pas le remboursement partiel de leurs traitements par la sécurité sociale.
- L'éventuelle rupture de stock d'un médicament dit "référént" oblige le pharmacien à dispenser un produit partiellement remboursé.

3/ Relation entre pharmaciens

• Concurrence déloyale :

- Domiciliation du malade bénéficiaire du tiers payant dans une seule pharmacie a conduit certains pharmaciens à des comportement antidéontologique (captation des malades)
- Phénomène de compérage et d'orientation d'assurés sociaux par certains agents de la Sécurité sociale (corruption)
- Opposition dans certaines régions entre pharmaciens conventionnés et non conventionnés.

• Mobilisation de la profession:

- mobilisation sans précédent de la profession devant l'acuité des problèmes

- réunions non seulement dans le cadre de l'Ordre mais aussi réunions spontanées entre pharmaciens d'un même centre payeur.

- taux de participation record aux élections ordinaires.

4/ Relation Pharmacien – Sécurité sociale

- **Insuffisance d'information et de concertation**

- Changements fréquents des modalités d'application de la convention sans diffusion générale à tous les pharmaciens.

- problème de vis-à-vis pour le pharmacien au niveau de la Sécurité sociale (niveau national, régional et centre payeur)

- **Litiges :**

- Absence de commission paritaire Pharmacien-Sécurité sociale pour le règlement des litiges

- Rejets fréquents du Centre payeur de dossiers déposés par le pharmacien pour "non conformité" :

Absence du Cachet de l'établissement ou de la griffe du médecin

Perte de vignettes

Problèmes informatiques

Incompétence des agents de la CNAS (DCI – dosage)

Perte des droits des assurés non communiquée au pharmacien

Erreur du pharmacien dans le contrôle du livret (3 derniers mois)

Dans ce dispositif , le pharmacien délivrant les médicaments prend sur son officine le risque que certains litiges restent en suspend .(mobilisation financière , pertes sèches)

- **Retard de paiement :**

- La convention prévoit un paiement des factures un mois après leur dépôt par le pharmacien, cependant dans de nombreuses régions ce délai atteint souvent 2 mois et parfois plus de 3 mois.

Au mieux déséquilibre financier de l'officine, au pire, risque de poursuites judiciaires pour chèque impayé

- **Ingérence de la Sécurité sociale dans l'exercice officinal :**

- Présence physique du pharmacien exigée au niveau du centre payeur

- Conditions d'accueil de l'assuré social par le pharmacien portées sur le cahier des charges.

- Chantage de la Sécurité sociale à la dénonciation de la convention au moindre mécontentement du pharmacien, sachant qu'elle représente plus de 60 % du CA de nombreuses pharmacies.

LE PHARMACIEN FACE À LA GESTION DE SON OFFICINE

- **Signature de la convention dite du Tiers payant:**

- Obligation de moyens : Informatique, consommables,

Recrutement de personnel

Renforcement du contrôle à tous les niveaux

Augmentation des stocks

Besoin de financement

- Obligations de résultat : Rejet par la Sécurité sociale des factures déposées par le pharmacien entraînant automatiquement des pertes financières.

Renforcement du contrôle à tous les niveaux

(journées de 14 heures)

- Avantages : Augmentation sensible du chiffre d'affaire dans les 1eres années du conventionnement, cependant inégalement réparti .ex : CA + 500 %

CA + 10 %

CA – 50 %

(pharmacie non conventionnée)

MISE EN PLACE DU TARIF DE RÉFÉRENCE (AVRIL 2006)

Baisse du chiffre d'affaire

- Promesse de révision des marges pour l'officine, non tenue

- Baisse du nombre de références dans l'officine

- Baisse du prix de certains principes

Le tiers payant..... l'objectif

la convention..... le moyen
Le Cahier de charge l'outil
Le tarif de Référence..... le challenge

AVIS DE L'ORDRE
CONVENTION C.N.A.S. (TIERS PAYANT)
Extrait de la lettre –circulaire adressée à tous les
pharmaciens
par le président du Conseil national de l'Ordre des
Pharmaciens

Chère Consœur , Cher Confrère ,

Depuis un an la CNAS propose aux pharmaciens d'officine une convention de Tiers Payant.

Nous ne sommes pas contre le principe , mais nous sommes contre cette démarche pour les raisons suivantes :

- **la démarche est unilatérale** : ni l'ordre , ni le syndicat n'ont été informés et encore moins consultés.

- **la démarche est oblique** : elle donne à tort ou à raison une impression pénible, voire malsaine suscitant la méfiance.

- **la démarche est léonine** : on a l'impression que la convention impose au pharmacien une obligation de résultats alors que la CNAS se contente de " s'engager " à une obligation de moyens.

- **la démarche est ciblée** : par un curieux déplacement de vocabulaire, l'accès aux soins se restreint à l'accès aux médicaments.

- **la démarche est antidéontologique** : l'introduction de la notion de domiciliation ne respecte pas le droit que possède toute personne de choisir librement son pharmacien et encouragera la concurrence déloyale entre confrères.

CONVENTION C.N.A.S. (TIERS PAYANT)

L'Ordre exige que la convention du Tiers Payant prenne en compte les trois points suivants :

- Ne conventionner que les pharmaciens inscrits à l'Ordre, les autres exerçant illégalement la pharmacie.
- Laisser aux malades le libre choix parmi toutes les officines conventionnées auprès d'un même centre payeur.

• - admettre des représentants de l'ordre et du syndicat dans les commissions de règlement de litiges.

C'est pourquoi , en attendant que les démarches des représentants de la profession aboutissent à la rédaction d'une véritable convention-type respectant la déontologie professionnelle , la réglementation, les intérêts des malades et ceux des pharmaciens , l'Ordre des pharmaciens décide :

- 1°) Les confrères qui n'ont pas signé la convention doivent continuer à s'abstenir jusqu'à la rédaction d'une convention approuvée par l'Ordre.

- 2°) Les confrères qui ont signé cette convention antidéontologique doivent la dénoncer sans condition et sans délai ; la déontologie, le bon sens et la solidarité exigent que l'application de cette mesure soit générale, totale et unanime.

Pr. LABED

L'AVIS DE L'ORDRE

L'Ordre des Pharmaciens Algériens a eu une position très ferme concernant les conséquences de la mise en place du dispositif de tiers payant et en particulier sur la composante déontologique de l'exercice officinal

- La dénomination : Cahier de Charge
- Dossier à fournir par le pharmacien
- Les conditions particulières prévues par cette convention
- Les modalités de délivrance des produits pharmaceutiques
- La remise des médicaments
- Le contrôle

LE CAHIER DE CHARGES

- Désignation ne correspond pas à l'esprit d'une approche conventionnelle (prévoir deux parties ...)
- Ancrage juridique de la convention précédente (Décret + annexe)
- Non respect de la conformité juridique

DOSSIER À FOURNIR PAR LE PHARMACIEN

Inscription à l'ordre :

Obligation d'inscription à l'Ordre (Décret 92-276)

Institution neutre et partenaire des pouvoirs publics

Possibilité voie de recours disciplinaire (pharmacien, Cnas ,malade)

Information régulièrement actualisée (Carte annuelle)

CONDITIONS PARTICULIÈRES

- Prescription réservée à un médecin spécialiste particulier :

Approche juridique et ou réglementaire :

Absence de texte prévoyant une différenciation entre une prescription MG et MS effectuée par le pharmacien dans le cadre de cette obligation.

Absence de texte prévoyant le refus d'exécution d'une ordonnance par un pharmacien en fonction de la spécialisation du prescripteur

Approche pratique :

Le MG prescrit des produits de spécialité l'acte pharmaceutique n'a pas pour objet d'évaluer la compétence du médecin en fonction de son choix thérapeutique.

- Prescription dans certaines indications thérapeutiques :

- le choix du produit et de ses indications thérapeutiques est conditionné par le diagnostic, responsabilité exclusive du médecin.

- le pharmacien ne peut s'ingérer, modifier ou porter un jugement sur le diagnostic établis par le prescripteur

- Refus de vente

- Non assistance à personne en danger

- conflit médecin pharmacien

- Remise en cause du principe d'indépendance technique du pharmacien

- Le Pharmacien ne peut être décideur en matière de statut de produit ou d'octroi ou pas du bénéfice du tiers payant au patient.

- La délivrance n'a pas vocation à contrôler, orienter ou influencer la qualité de la prescription.

MODALITÉS DE DÉLIVRANCE

- le cadre de la relation pharmacien -malade est régi par des dispositions réglementaires dont le contrôle

incombe au ministère de la santé et à l'instance ordinaire.(Loi 85-05 complétée et modifiée)

- le pharmacien ne peut s'engager sur une disponibilité d'un produit pharmaceutique dont la régulation est du ressort des autorités sanitaires. (Cf. cahier de charges)

- Le contrôle du traitement tel que prévu par cette disposition n'est pas du ressort et de la responsabilité du pharmacien.

- Les Caisses de sécurité sociale ne peuvent opposer au pharmacien des critères de délivrance ou de substitution du médicament qui demeure de la compétence et de la responsabilité exclusive du pharmacien.

- La délivrance et la substitution de médicaments doivent être conformes et non pas "compatible" à la prescription du médecin.

REMISE DES MÉDICAMENTS

Le Pharmacien n'a pas compétence et vocation à authentifier la signature et l'identité de l'assuré ou d'un tiers.

CONTRÔLE DU PHARMACIEN

Le Pharmacien pourrait s'engager à faciliter les opérations de contrôle documentaire uniquement.

MODERNISATION

- L'Optimisation de la Gestion et du Fonctionnement des Caisses

- L'Amélioration substantielle de la qualité des prestations servies

- La rationalisation et la maîtrise des dépenses .

- L'amélioration de l'image des organismes et du système de Sécurité Sociales aux yeux des assurés et autres partenaires .



C'est dans ce cadre que s'inscrit le lancement du projet **Carte à Puce**.....

LA CARTE À PUCE

Au plan Fonctionnel :

- la simplification des formalités et des démarches pour le remboursements ou la prise en charge des Assurés Sociaux
- la contribution à la rationalisation et à la maîtrise des dépenses de soins .
- la réalisation d'économies des frais de gestion et au renforcement de la lutte contre la fraude

Au plan Stratégique :

- Le Moteur de l'introduction et de la généralisation des T.I.C auprès des usagers de la sécurité sociale
- Le Noyau central du système d'information et de gestion de l'Assurance Sociale.

Le modèle de carte retenu va servir :

- à identifier un assuré social et ses ayants droits
- à vérifier les droits ouverts
- à contrôler la consommation des prescriptions

Sa mise en œuvre, dans sa phase pilote dans cinq wilayas est effective depuis octobre 2006

QUELQUES CHIFFRES

En tant que maître d'œuvre de ce programme, **Gemalto** assure la gestion complète du projet.

Les cartes seront déployées massivement en **2007**, avec un volume total de **7 millions de cartes** à microprocesseur.

Dans le cadre de ce contrat, Gemalto livrera à la CNAS un système clés en main reposant sur des cartes à microprocesseur pour garantir **une sécurité de bout en bout** depuis la prescription jusqu'au remboursement de l'assuré par l'intermédiaire d'une **authentification forte de l'assuré et du professionnel de santé**, d'une **signature électronique** et d'un **chiffrement de la feuille de soin**.

La solution Gemalto comprend notamment les cartes "assuré" et les cartes "professionnels de santé", le système de personnalisation associé et un système intégré d'émission et de gestion des cartes. De plus,

Gemalto assurera le démarrage et la mise en place du système de production de cartes ainsi que la **Formation** du personnel de la CNAS.

CONCLUSION

Devant la mondialisation, la libéralisation des économies ,l'augmentation du niveau de Vie, d'éducation et des nouvelles exigences des populations ;

Devant le vieillissement des populations, la transition épidémiologique, l'apparition de nouvelles pandémies ;

Devant l'augmentation de la consommation de médicaments, l'apparition de nouvelles thérapeutiques et de molécules innovantes de plus en plus chères ;

Les pays émergents doivent être à même d'assurer une couverture médicale à leur population et notamment aux plus faibles et aux plus déshérités, qui ne bénéficient pas toujours des fruits de la croissance et du développement.

Seule une sécurité sociale généralisée et solidaire paraît pouvoir y répondre.

Cependant, quelle que soit la noblesse de la mission ou la grandeur de la tâche, la complexité des dispositifs à mettre en place et la volonté des politiques d'y parvenir, toute réforme ne doit jamais se départager de ce qui constitue les bases d'un système de santé:

- la cohérence économique
- la qualité des soins
- les conditions d'exercice des professions médicales
- le respect de la dignité du malade

Il apparaît clairement que quelles que soient les compétences ou le niveau d'analyse, quelles que soient les bonnes intentions, toute réforme ne peut se concrétiser que dans La concertation et le travail commun.

En Algérie, s'il est vrai que la réforme de la Sécurité sociale s'est faite plus dans le rapport de force, plutôt que par la concertation, nous ne sommes pas peu fiers, en tant que citoyens et pharmaciens mais également en tant qu'Ordre d'avoir participé, dans des conditions parfois difficiles à la mise en place d'un système qui nous préserve, de plus en plus, du sentiment terrible d'impuissance que l'on peut avoir devant des malades qui ne peuvent avoir accès à leurs traitements.

"LA RÉGLEMENTATION FRANÇAISE RÉGISSANT L'ASSISTANT EN PHARMACIE D'OFFICINE"

Dr. Serge CAILLIER

Membre du Bureau du Conseil Central D

epc.pharmacie@worldonline.fr

PRÉAMBULE

- 1. Règles communes
- 2. Adjoint-Assistant (depuis la Loi du 04/03/02)
- 3. Rappel sur le personnel des pharmacies:
 - 1. les pharmaciens
 - 2. les préparateurs
 - 3. les étudiants en pharmacie
 - 4. autres
 - (5. autres activités)
- 4. Des sanctions sont prévues en cas d'exercice illégal et d'usurpation de titres

LES ADJOINTS

Au 1er janvier 2006,

Pharmaciens titulaires 28.110

Pharmaciens adjoints 25.896

Pharmacie d'officines 22.610

source démographie pharmaceutique, Ordre National des Pharmaciens

LES PRÉPARATEURS

l'article L. 4241-1 du CSP stipule que :

"Les préparateurs en pharmacie sont seuls autorisés à seconder le titulaire de l'officine et les pharmaciens qui l'assistent, dans la préparation et la délivrance au public des médicaments destinés à la médecine humaine et à la médecine vétérinaire. Ils assument leurs tâches sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un

pharmacien.

Leur responsabilité pénale demeure engagée."

LES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE

Article L4241-11

Par dérogation à l'article L. 4241-1, les étudiants en pharmacie régulièrement inscrits en troisième année d'étudessont autorisés, dans un but de perfectionnement, à exécuter, en dehors des heures de travaux universitaires, les opérations mentionnées audit article sous réserve qu'ils aient effectué préalablement le stage officinal prévu par les dispositions en vigueur.

Textes de référence

- Code de la Santé Publique
- Code de la Sécurité Sociale
- Code du Travail et la C.C.N.
- Convention UNCAM
- Directives communautaires (CEE/CE)
- Formation Continue

1. Code de la Santé Publique

Il définit :

- 1.1. les Conditions d'exercice
- 1.2. l'Inscription à l'Ordre
- 1.3. les Missions et l'organisation de l'Ordre

- 1.4. le Rôle du pharmacien
- 1.5. le Code de déontologie
- 1.6. le Contentieux disciplinaire
- 1.7. la Formation continue (chapitre spécifique)

1.1. Conditions d'exercice

• Article L.4221-1 : Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Etre titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre définis au CSP;

2° Etre de nationalité française, citoyen andorran, ressortissant d'un Etat membre de la CE ou partie à l'accord sur l'EEE, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays ;

3° Etre inscrit à l'ordre des pharmaciens.

- (Articles L.4221-1 à L.4221-14-2)

1.2. Inscription à l'Ordre (1)

Articles L.4222-4 et 9 et dispositions réglementaires

Article L4222-4

Après avoir examiné les titres et qualités du demandeur, le conseil régional de la section A ou le conseil central de la section B, C, D ou G de l'ordre soit accorde l'inscription au tableau, soit, si les garanties de moralité professionnelle ou les conditions prévues par la loi ne sont pas remplies, la refuse par décision motivée écrite. L'intéressé reçoit notification de la décision par lettre recommandée, dans la semaine qui suit cette décision.

A l'expiration du délai imparti pour statuer, le silence gardé par le conseil régional ou le conseil central de

l'ordre constitue une décision implicite de rejet susceptible de recours.

Toute inscription ou tout refus d'inscription au tableau peut faire l'objet d'un appel devant le conseil national de l'ordre.

Délais : Article L.4222-3

Le conseil régional de la section A ou le conseil central de la section B, C, D ou G statue sur la demande d'inscription au tableau dans un délai maximum de trois mois à compter de la réception de la demande accompagnée d'un dossier complet...

Connaissance de la langue française

Article L.4222-6

Le pharmacien qui demande son inscription à un tableau doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.

En cas de doute, le président du conseil régional ou central de l'ordre ou son représentant peut entendre l'intéressé. Une vérification peut être faite à la demande du conseil de l'ordre ou de l'intéressé par l'autorité administrative compétente.

1.3. Missions et organisation de l'ordre

Articles L.4232-1 et 4232-9

La mission de l'Ordre national des pharmaciens a pour objet :

1° D'assurer le respect des devoirs professionnels ;

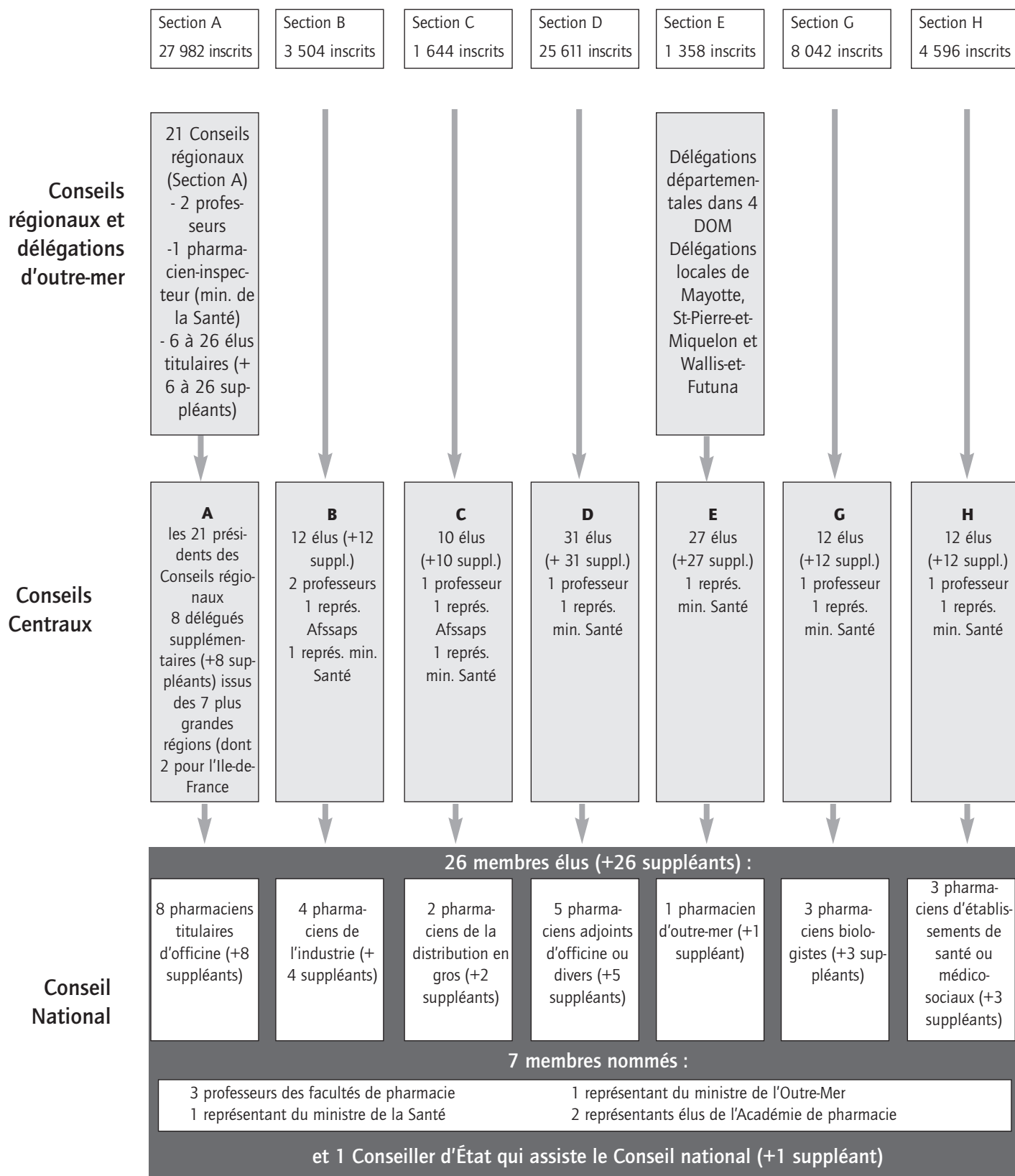
2° D'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;

3° De veiller à la compétence des pharmaciens.

(4 mars 2002)

4° De contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels."

LES CONSEILS DE L'ORDRE DES PHARMACIENS DEPUIS LE 1ER JUILLET 2005



NB : Les effectifs de pharmaciens inscrits sont comptabilisés au 28 février 2005

ONP - SG 08/06/05

- Pharmaciens inscrits à la section D
- pharmaciens adjoints d'officine
 - pharmaciens adjoints intermittents en officine (multi-employeurs)
 - pharmaciens gérants d'officine après décès
 - pharmaciens remplaçants le titulaire d'officine

- pharmaciens gérants et adjoints des sociétés mutualistes et des sociétés de secours minières
- pharmaciens humanitaires
- pharmaciens chargés de la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical
- pharmaciens-conseils auprès des C.A.M.
- autres

Nombre de tandems de conseillers élus par région



Congrès Pharmaceutique Tunisien 24 Novembre 06

1.4. Rôle du pharmacien

- A.Son exercice personnel
- B.Le pharmacien adjoint
- C.Le port de l'insigne

D. les remplacements et gérances

A. Exercice personnel

Art. L. 5125-20

Le pharmacien titulaire d'une officine doit exercer personnellement sa profession.

En toutes circonstances, les médicaments doivent être préparés par un pharmacien, ou sous la surveillance directe d'un pharmacien.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe, après avis du CNOP, le nombre des pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires.

Article R. 4235-13 du C.D.

L'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même.

A propos du CA notifié à l'art. L.5125-20:

L'arrêté du 06 février 2006 a retenu celui de 1.100.000_ HT

Création du Groupe de travail QALO

Le Bureau du Conseil Central D a décidé le 07/02/06 de constituer un groupe de travail nommé QALO (Quota d'Adjoints Légal en Officine) dont le but est de :

- Définir de nouveaux critères pour fixer le nombre de pharmaciens adjoints utiles et nécessaires à un bon exercice dans les pharmacies d'officine;
- De préparer la rencontre avec les représentants du Conseil Central A, chargés de la même mission.

B. Qu'est ce qu'un pharmacien adjoint

On entend par pharmaciens adjoints mentionnés à l'article L. 5125-20 les personnes qui, remplissant les conditions d'exercice de la pharmacie en France, exercent leur activité :

1^o Dans une officine, avec le ou les pharmaciens titulaires ou le gérant de la pharmacie après décès ;

2^o Dans une pharmacie mutualiste ou une société de secours minière, avec le gérant ;

3^o Dans une pharmacie à usage intérieur, avec le pharmacien chargé de la gérance ;

4^o Dans un établissement pharmaceutique, avec le pharmacien responsable ou délégué ;

5^o Dans un établissement pharmaceutique vétérinaire, avec le pharmacien ou le vétérinaire responsable ou délégué.

(Réf. articles L. 5125-20, L. 5125-21, L. 5126-14 et L. 5124-4)

C. Port de l'insigne

Art.L.5125 29 : Les pharmaciens et les personnes légalement autorisées à les seconder pour la délivrance des médicaments dans une officine de pharmacie doivent porter un insigne indiquant leur qualité ; les caractéristiques de cet insigne ainsi que les conditions selon lesquelles le public est informé de sa signification, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

D. Remplacements et gérances

Article L.5125-21

- Une officine ne peut rester ouverte en l'absence de son titulaire que si celui-ci s'est fait régulièrement remplacer.
- La durée légale d'un remplacement ne peut, en aucun cas, dépasser un an.
- Après le décès d'un pharmacien, le délai pendant lequel son conjoint ou ses héritiers peuvent maintenir une officine ouverte en la faisant gérer par un phar-

macien autorisé à cet effet par le représentant de l'Etat dans le département ne peut excéder deux ans.

- (Voir aussi l'article R.5125-39 pour les remplacements suite à des absences)

1.5. Code de déontologie

- Devoirs généraux
- Devoirs de confraternité
- Conciliation
- Clause de non-concurrence

Dispositions générales

Les dispositions du code de déontologie s'imposent à tous les pharmaciens et sociétés d'exercice libéral inscrits à l'un des tableaux de l'ordre.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner....

CONCILIATION

Article R4235-40

Les pharmaciens qui ont entre eux un différend d'ordre professionnel doivent tenter de le résoudre. S'ils n'y parviennent pas, ils en avisent le président du conseil régional ou central compétent de l'ordre.

1.6. Le Contentieux disciplinaire

- La faute professionnelle
- La saisine du Conseil concerné
- La procédure disciplinaire
- La chambre de discipline
- Les décisions
- L'appel et la cassation
- La décision définitive et ses conséquences
- L'amnistie

2. Code de la Sécurité Sociale

Titulaire = adjoint

- Les règles de délivrance
- Les règles de facturation
- Le contentieux

Section des assurances sociales

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des pharmaciens, à l'occasion des prestations servies à des assurés sociaux, sont soumis en première instance :

b) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil central de la section D de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens des établissements hospitaliers, les pharmaciens mutualistes et les pharmaciens salariés ;

En appel, ces mêmes faits sont soumis à une section distincte du conseil national de l'ordre des pharmaciens dite Section des assurances sociales dudit conseil.

4. La Convention Nationale signée entre

l'Assurance Maladie et les pharmaciens titulaires d'officines

(29 mars 2006)

Présentation de la convention

- Elle est obligatoire : pas de remboursement si le pharmacien n'est pas conventionné
- Elle est opposable à tous les régimes obligatoires d'AM
- Elle est signée pour 5 ans renouvelable
- Elle traite : de la qualité de la dispensation pharmaceutique, de la facturation et des commissions paritaires et des sanctions
- Elle garantit le monopole pharmaceutique .La convention n'est plus une simple convention de dispense d'avance de frais car elle intègre des dispositifs consacrant le pharmacien comme professionnel de santé

Ses prochaines étapes

- deux avenants doivent la décliner sous l'angle de la dispensation en EHPAD et de la formation professionnelle
- La mise en œuvre du contrôle des prestations selon un cahier des charges à élaborer en commun

La Convention et les pharmaciens adjoints

- L'article L.162-16-3 du CSS prévoit que les obligations conventionnelles du titulaire s'imposent également au pharmacien remplaçant et aux pharmaciens adjoints

- Article 2 alinéa 4 de la convention : c'est le titulaire qui adhère à la convention
- Article 9 de la convention : le pharmacien titulaire doit informer le ou les pharmaciens assistants et le pharmacien remplaçant de son obligation de respecter les dispositions conventionnelles
- l'article 22 traite "de la formation conventionnelle" qui s'appliquerait aussi aux pharmaciens-adjoints
- article 66 : la responsabilité du pharmacien titulaire peut être atténuée si les manquements relèvent des agissements du pharmacien adjoint. Mais pas de sanction conventionnelle à l'encontre du pharmacien adjoint

5. Directives communautaires (CEE/CE)

A. Directives traitant de la reconnaissance des Qualifications professionnelles

1. LA DIRECTIVE 85/432/CEE

Visé à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certaines activités du domaine de la pharmacie

Son champ d'application:

- Elle définit les activités minimales réservées aux pharmaciens dans l'UE (Art.1)
- Et les conditions minimales de formation (Art.2) en terme de connaissance, de matières étudiées et de cursus

1. les activités minimales réservées aux pharmaciens dans l'UE (Art.1)

- la mise au point de la forme pharmaceutique des médicaments,
- la fabrication et le contrôle des médicaments,
- le contrôle des médicaments dans un laboratoire de contrôle des médicaments,
- le stockage, la conservation et la distribution des médicaments au stade du commerce de gros,
- la préparation, le contrôle, le stockage et la distribution des médicaments dans les pharmacies ouvertes au public,
- la préparation, le contrôle, le stockage et la dispensation des médicaments dans les hôpitaux,
- la diffusion d'informations et de conseils sur les médicaments.

2. Formation Continue

Elle est régie :

- par le Code de la Santé Publique
- Par le Code du Travail : c'est la "formation professionnelle continue" qui est une formation dispensée tout au long de la vie professionnelle avec en outre la VAE et le DIF ou "Droit Individuel à la Formation"
- De manière conventionnelle : la convention nationale entre les trois Caisses d'Assurance Maladie et les Syndicats nationaux représentant les pharmaciens d'officine définit les thèmes de formation correspondant aux objectifs de l'assurance maladie susceptibles d'être retenus et ses modalités de financement.

par le Code de la Santé Publique

- Article R. 4235-11 du Code de déontologie du 16 mars 1995 : "les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances."
- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique impose aux pharmaciens une obligation de formation pharmaceutique continue.

Une obligation de formation pharmaceutique continue.

- La formation "pharmaceutique" continue " a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration du service rendu au patient". Elle est régie par le Code de la santé publique (Article L.4236-1 jusqu'à L.4236-6).

- Elle crée un Conseil National de la Formation Pharmaceutique Continue (CNFPC) et prévoit aussi des Conseils Régionaux ou Interrégionaux.
- La mission de ces Conseils et leurs compositions sont prévues par la loi et par un décret.

Objet du Décret

- Le décret d'application nécessaire à la mise en place du système a été pris le 2 juin 2006 (JO du 3/06/2006).
- Il détermine les modalités d'application ,
- notamment les principes généraux que devra appliquer le Conseil national pour fixer les critères d'agrément des organismes formateurs,
- la composition du Conseil national et du conseil régional ou interrégional de la formation pharmaceutique continue,
- les modalités de fonctionnement du Conseil national et du conseil régional ou interrégional,
- ainsi que les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation.

Article L4236-1

La formation continue, qui a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration du service rendu aux patients, constitue une obligation pour tout pharmacien tenu pour exercer son art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7...

Je vous remercie pour votre attention et reste à votre disposition pour plus de questions.

LISTE DES ANNONCEURS

AVENTIS

BOIRON

GSK

SAIPH

SIPHAT

UPSA - SAÏED

INDEX DE LA REVUE ESSAYDALI DE TUNISIE

du n°87 (juin 03) au n°100 (Sept. 06)

Essaydali de Tunisie, revue trimestrielle de la Société des Sciences Pharmaceutiques de Tunisie a paru régulièrement pendant un quart de siècle soit 100 numéros.

Elle a fait paraître en Mai 2003 un numéro spécial, le n°86, qui comportait son index du n°1 au n°85 (Juin 1981 - Mars 2003), encore disponible à La Maison du Pharmacien, pour les confrères qui en feraient la commande.

A l'occasion de la parution du 100ème numéro, le confrère Rached Besbes, en collaboration avec le comité de rédaction de notre revue Essaydali, a continué l'indexation de la suite : du n°86 au n°100 (Juin 2003 à Sept 2006).

La classification a été maintenue selon le thème et le nom du premier auteur ou les deux s'il y avait deux co-signataires

La même classification par thème, auteur, titre de l'article, n° d'Essaydali, date de parution et les pages de référence, a été retenue. La seule modification apparaît dans le thème Pharmacopée traditionnelle du Professeur Kamel Boukef qui ne sera plus faite par ordre de parution mais par ordre alphabétique du nom vernaculaire français.

Nous souhaitons que cet index apporte une contribution modeste aux chercheurs du corps pharmaceutique universitaire : étudiants et enseignants et à tous les autres pharmaciens, toutes activités confondues qui continuent à se documenter lors de leurs exercice.

Classification par thèmes

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| • Antibiotiques | • Médicaments |
| • Biochimie | • Microbiologie |
| • Cardio-vasculaire | • Neuro-Psychiatrie |
| • Ch. Anal. & Contr. Médicaments | • Nutrition & Vitamines |
| • Dermatologie | • Odontologie |
| • Dermatologie - MST | • Ophtalmologie |
| • Douleur | • Parasito-Mycologie |
| • Epidémiologie | • Pédiatrie |
| • Gastro-Entérologie | • Pharmacie Hospitalière |
| • Hématologie | • Pharmacie Industrielle |
| • Histoire-Pharmacie | • Pharmacologie |
| • Infectiologie | • Pharmacopée Traditionnelle |
| • Instruments de mesure | • Profession Pharmaceutique |
| • Législation Pharmaceutique | • Toxicologie |

Thème	Auteur (Le 1er)	Titre de la Publication	n°	Mois	
Pages Antibiotiques	M'barek	Etude de la toxicité de la cyclosporine utilisée comme médicament de la transplantation rénale à travers l'expérience de l'EPS de Charles Nicolle	89	Déc. 93	11 - 15
Antibiotiques	Rugli M.	Antibiotiques : Traitement de Première Intention	93	Déc. 04	28
Biochimie	Chaaba R.	Méthode de mesure de l'activité de la protéine de transfert des esters du cholestérol (CETP) : nouveau marqueur de l'athérosclérose	87	Juin 03	35 - 40
Cardio-Vasculaire	Ben Hamda Kh.	Prise en charge de l'angor stable	87	Juin 03	5-16
Cardio-Vasculaire	Ben Hamda kh.	Prise en charge de l'hypertension artérielle du diabétique	91	Juin 04	5-13
Cardio-Vasculaire	Ben Hamda kh.	Prise en charge de l'hypertension artérielle du diabétique	93	déc. 04	29-32
Cardio-Vasculaire	Rugli M.	Système Cardiovasculaire Résumé des recommandations de traitement	93	déc. 04	25-27
Cardio-Vasculaire	Gamra H.	L'Hypertension artérielle : maladie à risque	95	Juin 05	29-33
Cardio-Vasculaire	Kaabachi N.	Athérosclérose et hypertension artérielle	93	déc. 04	22-37
Cardio-Vasculaire	Riba M.	Les remplacements valvulaires	96	Sept 05	17-25
Ch. Anal. & Cont. Méd.	Abu Gharbia S.	Etude de la robustesse d'une méthode de dosage de l'azithromycine par CLHP	98	mars 06	21-26
Ch. Anal. & Cont. Méd.	Kallel L.	Contrôle de la qualité des médicaments à base de plantes	100	sept. 06	11-15
Dermatologie	Abdelmoula Fraoua F.	Ulcère de jambe : démarche diagnostique et thérapeutique	91	Juin 04	35-39
Douleur	Abdelmoula M.	Le traitement pharmacologique de la douleur cancéreuse	88	Sept. 03	25-30
Douleur	Belcadhi M.	Evaluation et prise en charge des douleurs (modérées à intenses) par les antalgiques du palier I et II de l'OMS	88	Sept. 03	5-11
Douleur	Haddad M.	Douleurs neuropathiques périphériques	88	Sept. 03	13-17
Douleur	Hajji-Zarrouk S.	Médicaments antalgiques et grossesse	88	Sept. 03	19-23
Gastro-Entérologie	Belkahla N.	Breath test chez l'adulte	87	Juin 03	27-29
Hématologie	Abid S.	Thérapie cellulaire et médecine régénératrice : application déjà éprouvées	96	Sept. 05	14-16
Hématologie	Braham-Jmili N.	Les cryoglobulinémies	90	Mars 04	5-9
Hématologie	Elira Dokekias A.	Seroprevalence de l'hépatite C chez les malades polytransfusés	88	Sept 03	35-42
Hématologie	Elira Dokekias A.	Etude du phénotypage érythrocytaire A, B, O, Rh, Kell chez les donneurs de sang à Brazaville	90	Mars 04	19-23
Hématologie	Elira Dokekias A.	Prévalence des marqueurs viraux majeurs chez les donneurs de sang à Brazaville	91	Juin 04	40-45
Hématologie	Harir H.	Les Cellules Souches : définition, capacités et origines	96	Sept. 05	5-7
Hématologie	Harir H.	Les Cellules Souches : débat bioéthiques et enjeux économiques	96	Sept. 05	9-13
Hématologie	Kallel Ch.	Hémophilie A	91	Juin 04	15-22
Hématologie	Kallel Ch.	Sécurité transfusionnelle et inactivation virale des produits sanguins	95	Juin 05	5-10
Infectiologie	Zribi M.	Prévalence des staphylococcies cutanées et facteurs favorisants	100	Sept 06	29-34
Histoire Pharmacie	Besbes R.	Histoire de la Pharmacie dans la Région de Bizerte	96	Sept. 05	34-38
Histoire Pharmacie	Besbes R.	Habib JAOUAHDOU, Pharmacien poète (1899 (?) - 1967)	96	Sept. 05	38-39
Histoire Pharmacie	Besbes R.	Des pharmaciens du sahel au XXème siècle	100	Sept.06	43-48
Histoire Pharmacie	Jazi R.	Les "Grabadins" (ou Pharmacopées) dans l'histoire de la pharmacie arabe du IXème siècle	98	mars 06	5-15
Histoire Pharmacie	Jazi R.	"Essaydali de Tunisie" 25 ans d'âge, 100 n° publiés, et bientôt 4000 pharmaciens lecteurs	100	Sept. 06	7-9
Histoire Pharmacie	Zmerli M.M	Khelil El Matri (1918-2005)	97	Déc. 05	26-27
Histoire Pharmacie	Zmerli M.M	Historique des syndicats pharmaceutiques	99	Juin 06	25-32
Histoire Pharmacie	Zmerli M.M	Cent numéros d'Essaydali	100	Sept. 06	7-9
Histoire Pharmacie	Zmerli M.M	Dorra BOUZID, Première officinale tunisienne	100	Sept. 06	40-42
Infectiologie	Dabemat H.	Infections à Haemophilus Influenzae : Etat pré vaccinal et post vaccinal en France Aspect épidémiologiques et bactériologiques	95	Juin 05	19-22
Infectiologie	Mzoughi R.	Les Otites moyennes aigues	95	Juin 05	23-27
Instruments de mesure	Farza Soussou N.	Gestion d'un parc d'instruments de mesure	89	Déc. 03	17-20
Législation Pharmac.	Maillols A.C.	L'impact de la nouvelle Législation et Réglementation Pharmaceutique Communautaire sur les Génériques	93	Déc. 04	17-23
Législation Pharmac.	Masmoudi T.	Le Biologiste et la requisition	100	Sept. 06	35-37
Médicaments	Ben Moussa I.	Nouveau format du dossier d'AMM des spécialités pharmaceutiques en Tunisie	100	Sept. 06	17-28
Médicaments	Besbes R.	Application de la législation tunisienne au risque lié au médicament	90	Mars 04	25-27
Médicaments	Chtourou E.	Application du concept DDD (Definid Daily Dose) à la consommation des aminosides en Tunisie	91	Juin 04	23-27
Médicaments	Gloulou O.	Les médicaments à marge thérapeutique étroite	92	Sept. 04	25-29

Thème	Auteur (Le 1er)	Titre de la Publication	n°	Mois	
Pages					
Médicaments	Jeribi C.	Nouveautés thérapeutiques en 2004	93	Déc. 04	48-49
Médicaments	Fenina Mankaï N.	Ramadan et prise de médicaments	97	Déc. 05	5-9
Médicaments	Fenina Mankaï N.	Le concept ATC/DDD et ses intérêts dans l'évaluation des médicaments	99	Juin 06	13-20
Médicaments	Kallel L.	Evaluation des produits de santé au LNCM : Référentiels et normes	98	Mars 06	17-20
Microbiologie	Masmoudi A.	Epidémiologie des streptocoques du groupe A isolés au CHU La Rabta et leur sensibilité aux antibiotiques	90	Mars 04	11-14
Microbiologie	Zribi M.	Evaluation de la détection des bactériuries par méthode de chromogène et ECBU standard	97	Déc. 05	11-12
Neuro-Psychiatrie	Bouhlef S.	Pratique de la prescription des thymorégulateurs dans les troubles bipolaires	89	Déc. 03	27-30
Nutrition & Vitamines	Braham-Jmili N.	Aspect métaboliques, cliniques, diagnostics et thérapeutiques de la vitamine B ₁₂	92	Sept. 04	5-15
Nutrition & Vitamines	Triki Boussetta L.	La nutrition du nourrisson entre hier et aujourd'hui (Article en arabe)	94	Mars 05	38-42
Odontologie	Jemli B.	Contribution à l'étude mycosique des candidoses buccales chez les sujets porteurs de prothèses dentaires	87	Juin 03	31-34
Odontologie	Douki N.	Etude de la stabilité et l'effet bactéricide de différentes solutions d'hypochlorite de sodium à usage dentaire	87	Juin 03	17-21
Ophthalmologie	Celtinews	La sécheresse oculaire	98	Mars 06	27-28
Parasito-Mycologie	Clément Rigolet M.	Pédiculoses et gale : épidémiologie, prise en charge et prévention	95	Juin 05	11-18
Parasito-Mycologie	Kaouach E.	Intérêt de la coproculture parasitologique dans le diagnostic de l'anguillulose et l'ankylostomiose	88	Sept. 03	31-33
Pédiatrie	Site Web	La prise en charge de la fièvre chez l'enfant	97	Déc. 05	17-19
Pharmac. Hospitalière	Ben Slimane A.	Le Marketing hospitalier	90	Mars 04	15-18
Pharmac. Hospitalière	M'hiri K.	Dispensation des médicaments à l'hôpital : évaluation de la prescription à l'hôpital régional de Kairouan	92	Sept. 04	17-24
Pharmac. Hospitalière	Kesraoui S.	Le Pharmacien Hospitalier Formateur : Le Stage Hospitalier	93	Déc. 04	43-44
Pharmac. Industrielle	Meddeb S.	La propriété industrielle	93	Déc. 04	9-15
Pharmac. Industrielle	Snoussi M.	Le Pharmacien Industriel et Formation	93	Déc. 04	39-42
Pharmacologie	Fenina N.	Effet du phénobarbital et de la carbamazépine sur le comportement pharmacocinétique de l'isotrétinoïne chez le lapin	91	Juin 04	29-33
Pharmacologie	Smine A.	Harmonisation des articles pharmacopées	99	Juin 06	21-23
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Cynara Cardunculus L. Cardon à côtes خرشف	94	Mars 05	35-37
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Daucus carota L. Carotte سفنارية	98	Mars 06	31-34
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Foeniculum officinalis All. Fenouil بسباس	92	Sept. 04	36-39
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Fumaria capreolata Fumeterre سيبانه	96	Sept. 05	27-30
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Juncus maritimus Lank Jonc سمار	99	Juin 06	37-39
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Zea Mais L. Maïs قطانية	97	Déc. 05	31-33
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Soanum nigrum L. Morelle noire طميطمة	89	Déc. 04	36-39
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Sinapis arvensis L. Moutarde des champs خردل	95	Juin 05	36-38
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Morus alba L. Murier blanc توت	88	Sept. 03	43-46
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Rumex Tuberosus L. Patiente حميضة	91	Juin 04	49-51
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Juniperus oxycedrus Petit cèdre عرعار	87	Juin 03	43-45
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Tamarix Gallica L. Tamaris طرفة	90	Mars 04	29-31
Pharmacopée Traditio	Boukef K.	Zygophyllum Cornutum Coss. Zygophyllum Cornutum بوقريية	100	Sept. 06	49-52
Profession Pharmac.	Bahri B.	Méthodologie de prévention du risque fiscal en pharmacie (article en langue arabe)	97	Déc. 05	36-43
Profession Pharmac.	Fazaa Ch.	Le pharmacien d'officine : Situation actuelle et avenir	97	Déc. 05	15-16
Profession Pharmac.	Jedidi M.	Profil du pharmacien, Defi de l'avenir	97	Déc. 05	13-14
Toxicologie	Bouzayen I.	Les antidotes	89	Déc. 03	5-9
Toxicologie	Garrb K.	Détournement de l'usage des médicaments : quel rôle pour les professionnels de santé?	99	Juin 06	5-11
Toxicologie	Zribi T.	L'effet de Serre	89	Déc. 03	31-33

SANTE ET MONDIALISATION

Pr Amor TOUMI

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

MONDIALISATION

GLOBALISATION

COMMERCE

SANTE

DÉFINITION DE LA SANTÉ

DEFINITION OMS:

La santé est un état complet de bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La santé publique est l'ensemble des mesures organisées prises pour prévenir les maladies, favoriser la sante et prolonger la vie de l'ensemble de la population

La bonne sante est un objectif declare commun par l'OMS ET L'OMC

PERCEPTION

- LA SANTE DU COMMERCE
- LE COMMERCE DE LA SANTE

L' OMC

- SIEGE: GENEVE pas de bureau reg
- PERSONNEL: 560 (OMS 3800)
- BUDGET : 143 ML FS (OMS1,1MD \$US)
- FONCTION :
 - instance de négociation
 - règlement des différends
 - assistance technique

PRINCIPES MAJEURS

- NPF
- TRAITEMENT NATIONAL
- Exceptions : Santé, Défense, Environnement, Ressources naturelles

LES ACCORDS DE L' OMC

- ACTE FINAL
- ACCORD DE MARRAKECH INSTITUANT L'OMC
- ANNEXES :

ANNEXE 1

ANNEXE 1A : Accords multilatéraux sur le commerce des marchandises (Tarifs douaniers, Agriculture, SPS, Textiles et vêtements, OTC, Investissements liés au commerce, Inspection avant expédition, règles d'origine, Licences d'importation, Mesures compensatoires, sauvegardes.

ANNEXE 1B : AGCS

ANNEXE 1C : ACCORD ADPIC

ANNEXE 2 : MEMORANDUM POUR LE REGLEMENT DES DIFFERENTS

ANNEXE 3 : MECANISME D' EXAMEN DES POLITIQUES COMMERCIALES

ANNEXE 4 : ACCORDS COMMERCIAUX PLURILATERAUX (Commerce des aéronefs civil, les marchés publics, le secteur laitier, la viande bovine)

EN PLUS IL Y A LES DECISIONS ET DECLARATIONS MINISTERIELLES

STRATÉGIE DE NÉGOCIATION

AVANTAGES DE L' ACCES DIRECT

ACCES ISOLE POSE 3 PROBLEMES MAJEURS :

- DISPROPORTION EN MATIERE D'EXPERTISE
- PLACEMENT AU NIVEAU DES EXIGENCES MAXIMA
- RISQUE AU NIVEAU DES DESEQUILIBRES SECTORIEL

INTERFÉRENCES SANTÉ ET COMMERCE

- ACCORD SPS
- ACCORD OTC
- ACCORD ADPIC
- ACCORD AGCS

ACCORD SPS

- CONTIENT LES REGLES SPECIFIQUES
- RECONNAIT LE DROIT SOUVERAIN DES MEMBRES
- FAIT EN SORTE QU'UNE PRESCRIPTION SANITAIRE OU PHYTOSANITAIRE NE CONSTITUE PAS UNE RESTRICTION ARBITRAIRE, SCIENTIFIQUEMENT INJUSTIFIABLE OU DEGUISEE AU COMMERCE INTERNATIONAL

ACCORD SPS

Encadré 1

Identification rapide d'une mesure SPS

Mesures prises :

pour	contre
protéger la vie des personnes ou des animaux	les additifs, contaminants, toxines ou les organismes pathogènes contenus dans les aliments, les boissons ou les aliments pour animaux ;
protéger la vie des personnes	les maladies transmises par les végétaux ou les animaux (zoonoses) ;
protéger la vie des animaux ou, préserver les végétaux protéger un pays	les parasites, les maladies ou les organismes, pathogènes
	les dommages causés par l'entrée, l'établissement ou la propagation de parasites (y compris les espèces envahissantes)

- LES MEMBRES DOIVENT UTILISER DES NORMES ET DIRECTIVES INTERNATIONALES
- LES MEMBRES DOIVENT JUSTIFIER SCIENTIFIQUEMENT LES MESURES DE PROTECTION EN L'ABSENCE DE NORMES INTERNATIONALES
- INTERET DES CODEX EX :CODEX ALIMENTARIUS
- POSSIBILITE D'ADOPTER DES MESURES PROVISOIRES
- MOYENS : INSPECTIONS
CONTROLES
NORMES

ACCORD OTC

- TOUS LES MEMBRES ONT LE DROIT DE RESTREINDRE LE COMMERCE POUR REALISER

DES OBJECTIFS LEGITIMES TEL QUE:

- LA PROTECTION DE LA SANTE
 - LA SECURITE DES PERSONNES
 - LA SANTE ANIMALE
 - LA PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT
 - LA SECURITE NATIONALE
 - LA PREVENTION DES PRATIQUES DE NATURE A INDIUIRE EN ERREUR
- LORSQU'UN MEMBRE ADOPTE UNE MESURE ELLE DOIT S'APPLIQUER AUX PRODUITS NATIONAUX SIMILAIRES
 - LES MESURES DOIVENT CORRESPONDRE AUTANT QUE POSSIBLE A DES NORMES INTERNATIONALES
 - EN PRATIQUE LES MEMBRES PEUVENT ADOPTER TOUTE MESURE MAIS ELLE DOIT ETRE JUSTIFIEE
 - MOYENS :Produits libres ou soumis à
 - CAHIER DE CHARGE
 - CONTRÔLE TECHNIQUE A L'IMPORTATION

ACCORD GÉNÉRAL POUR LE COMMERCE DES SERVICES

MODE 1

FOURNITURE TRANSFRONTALIERE, PAR EXEMPLE : FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC OU DE PROGRAMME DE TRAITEMENT DANS UN PAYS A PAR DES PRESTATAIRES D'UN PAYS B, PAR LE BIAIS DES TELECOMMUNICATIONS ("TELEMEDECINE")

MODE 2

CONSOMMATION A L'ETRANGER, PAR EXEMPLE : LES PATIENTS D'UN PAYS A SE RENDENT DANS UN PAYS B POUR Y SUBIR UN TRAITEMENT

MODE 3

PRESENCE COMMERCIALE, PAR EXEMPLE : CREATION D'UN HOPITAL OU INVESTISSEMENT DANS UN HOPITAL DANS UN PAYS A PAR DES PERSONNES D'UN PAYS B

MODE 4

PRESENCE DE PERSONNES PHYSIQUES, PAR EXEMPLE : FOURNITURE DE SERVICES DANS UN PAYS A PAR DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE QUI SONT DES RESSORTISSANTS DU PAYS B

MODE 1

- DEVELOPPEMENT DES INFRASTRUCTURES DE TELECOMMUNICATION
- CHUTE DES COUTS DE SERVICE : DEMANDES DE

REMBOURSEMENT, TRANSCRIPTION DE DOSSIERS,
TELEMEDECINE ETC

MODE 2

- TOURISME DE SANTE
- SOINS A L'ETRANGER
- PRESTATIONS AUX EXPATRIES
- GENERALEMENT BASES SUR DES COUTS MOINDRES DANS LE PAYS PRESTATAIRE OU SUR L'ABSENCE DE LA TECHNOLOGIE DANS LE PAYS DEMANDEUR

MODE 3

- INVESTISSEMENT DIRECT ETRANGER
- TRANSFERT DE TECHNOLOGIE

MODE 4

- PRESENCE PHYSIQUE
- PROBLEMATIQUE EN MATIERE D'EXERCICE
- PROBLEME DE LIBERTE DE CIRCULATION
- PROBLEME DE FUITE DE CERVEAUX
- INEGALITE DES CHANCES : ORIGINE PD OU PED
- AUCUNE OBLIGATION D'OUVRIR UN SERVICE
- SI OUVERTURE → OBLIGATION AUPRES DE TOUS LES PAYS
- EXCLUSION DES SERVICES GOUVERNEMENTAUX A CONDITON D'ETRE SANS BASE COMMERCIALE ET EN L'ABSENCE D'UNE CONCURRENCE DU SECTEUR PRIVE
- SOUPLESSE DANS L'APPLICATION
- ENGAGEMENT SANS LIMITATION
- ENGAGEMENT AVEC RESTRICTION
- ABSENCE D'ENGAGEMENT (NON CONSOLIDE)

ACCORD GÉNÉRAL POUR LE COMMERCE DES SERVICES TUNISIE

INVESTISSEMENTS : LIBRES

SERVICES PROFESSIONNELS : NON CONSOLIDES

SERVICES HOSPITALIERS : RESTRICTIONS AUX SPECIALITES PARTICULIERES - CARCINOLOGIE (Y COMPRIS LA RADIOTHERAPIE) -NEUROLOGIE(NEUROCHIRURGIE , RADIONEUROCHIRURGIE ET STEREOTAXIE) - OPHTALMOLOGIE (EXPLORATION DE POINTE) - NEONATOLOGIE - CHIRURGIE PEDIATRIQUE .

TRANSPORT SANITAIRE : A L'EXCEPTION DES SERVICES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX DANS LES

AMBULANCES OUVERTURE DE L'INVESTISSEMENT ETRANGER ET DE LA PRESENCE COMMERCIALE MAIS PAS DE PRESENCE PHYSIQUE

ACCORD ADPIC

- Le décret du 26 Décembre 1888 sur les brevets et les inventions
- Le décret du 3 Juin 1889 sur les marques de fabrique et de commerce
- Le décret du 25 Février 1911 sur les dessins et modèles industriels.
- La convention instituant l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle.
- L'arrangement de Madrid concernant la répression des indications de provenance fausse ou fallacieuse sur les produits (1892)
- L'arrangement de la Haye concernant les dépôts des dessins et modèles industriels (1930)
- L'arrangement de Nice concernant la classification internationale des produits et des services aux fins de l'enregistrement des marques (1967)
- L'arrangement de Lisbonne concernant la protection des appellations d'origine et leur enregistrement international (1973)
- L'arrangement de Vienne instituant une classification internationale des éléments figuratifs des marques (1985).

ARTICLE 47 : Les droits conférés par le brevet ne s'étendent pas :

- a) aux actes accomplis dans un cadre privé et à des fins
- b) aux actes accomplis à titre expérimental qui portent sur l'objet de l'invention brevetée ;
- c) à la préparation de médicaments faite extemporanément et par unités dans les officines de pharmacie sur ordonnance médicale, ni aux actes concernant les médicaments ainsi préparés ;
- d) à l'offre, l'importation, la détention ou l'utilisation du produit breveté ou du produit obtenu par un procédé breveté, effectué sur le territoire tunisien, après que ce produit ait été mis de manière licite dans le commerce de n'importe quel pays, par le propriétaire du brevet ou avec son consentement explicite.
- e) Aux actes nécessaires à la fabrication des médicaments génériques. Toutefois, les exploitations des produits nés de ces activités à des fins commerciales ne peuvent être réalisées qu'après expiration de la période de protection du brevet.....

ARTICLE 69 : Toute personne intéressée peut, après l'expiration du délai prévu à l'article de la présente loi, obtenir, à tout moment, une licence obligatoire, dans l'un des cas suivants :

- Lorsque l'invention objet du brevet n'a pas commencé à être exploitée industriellement ou n'a pas fait l'objet de préparatifs effectifs et sérieux en vue de cette exploitation en Tunisie dans le délai prévu à l'article 51 de la présente Loi ;
- Lorsque le produit objet de l'invention n'a pas été commercialisé en quantité suffisante pour satisfaire aux besoins du marché tunisien ;
- Lorsque l'exploitation industrielle ou commerciale de l'invention objet du brevet a été abandonnée depuis plus de trois ans en Tunisie.

ARTICLE 78 : Si l'intérêt de la Santé Publique l'exige, le brevet délivré pour des médicaments, pour des produits nécessaires à l'obtention de ces médicaments ou pour des procédés de fabrication de tels produits peuvent, au cas où ces médicaments ne sont mis à la disposition du public qu'en qualité ou en quantités insuffisantes ou à des prix anormalement élevés, être soumis à la demande du ministre chargé de la Santé Publique, au régime de la licence d'office par arrêté du Ministre chargé de l'industrie.

a – Dynamisation de la recherche et meilleure protection des droits des chercheurs et des promoteurs de programmes de recherche

b – Accroissement des investissements dans les pays signataires en raison des garanties d'investissement et de protection des données non divulguées.

c – Implantation directe des multinationales dans les pays signataires

d – Transfert de technologies en raison de l'obligation d'exploitation des brevets dans les pays où ils ont été déposés

a) Quelles sont les garanties pour que les accords de partenariat ne soient résiliés au profit des bailleurs de licence qui préfèrent couvrir le marché à partir des unités situées dans les pays développées ?

b) Quels sont nos moyens pour éviter le transfert de la prise en charge thérapeutique vers de nouvelles molécules certes plus efficaces ou moins nocives mais monopolisées par les pays du Nord ? En effet, nous assistons de plus en plus à la mise sur le marché de nouveaux produits issus souvent de la biotechnologie et d'un coût fort élevé et sans commune mesure avec leurs prix de revient.

c) Nous sommes persuadés que nous assisterons à une prolifération de nouvelles thérapeutiques avec un monopole de fait des pays du Nord.

d) Face aux risques d'importation parallèles les multinationales réagiront par l'harmonisation de leurs prix internationaux en les alignant bien sûr sur ceux des pays du Nord.

e) La montée en taille des multinationales laisse craindre l'apparition d'une dizaine de géants qui monopoliseraient près de 80 % du marché international et qui pourraient dicter leurs lois aux pays.

RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

- PHASE DE CONSULTATION
- GROUPE SPECIAL
- MISE EN ŒUVRE DES DECISIONS
- COMPENSATIONS EN CAS DE NON APPLICATION
- SINON MESURES DE RETORSIONS

CONCLUSIONS (AVANTAGES)

- DOMAINE TRES VASTE DANS LEQUEL LA SANTE N'EST PAS TOUJOURS ASSOCIEE
- POSSIBILITE POUR LES PED D'AMELIORER LEURS RESSOURCES PAR LES PRESTATIONS AUX ETRANGERS
- POSSIBILITES DE COOPERATIONS VASTES
- ACCES A LA TECHNOLOGIE AMELIORE AINSI QUE SON TRANSFERT
- PRISE EN CHARGE SANITAIRE AMELIOREE

CONCLUSIONS (RISQUES)

- COMMERCIALISATION DE LA SANTE
- AUGMENTATION DES PRIX DES MEDICAMENTS ET BREVETS AVEC UNE DIMINUTION DE L'ACCESSIBILITE
- DISCRIMINATION VIS-À-VIS DES INDIGENTS, LES PERSONNES SOLVABLES DEVIENDRONT PRIORITAIRES (EX : ASSURES SOCIAUX)
- FUITE DE CERVEAUX
- INEGALITE ENTRE LES PAYS QUI PEUVENT DEVELOPPER ET IMPOSER DES NORMES ET LES PED
- CEUX QUI DETIENNENT LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION SONT FAVORISES
- LA PUISSANCE POLITIQUE ET ECONOMIQUE REND LES NEGOCIATIONS INEGALES

LES FORMES GALENIQUES NOUVELLES EN CANCEROLOGIE

Pr. Souad SFAR

INTRODUCTION

- Dès le début du XXème s on a rêvé de trouver un moyen à fin d'acheminer le p.a, d'une manière spécifique jusqu'à son site d'action
- Eviter la distribution anarchique du p.a dans l'organisme
- Diminution des effets secondaires indésirables
- de nombreux p.a présentent des caractéristiques physico-chimiques peu favorables pour traverser les mba biologiques qui sont complexes
- Barrières enzymatiques pour d'autres p.a

INTRODUCTION

- l'obtention de concentrations efficaces au niveau du site d'action ne peut se faire qu'au détriment d'une importante déperdition du p.a vers d'autres sites
- Effets toxiques importants qui peuvent entraîner l'arrêt du traitement
 - Ce rêve est devenu proche de la réalité grâce au développement d'un nouveau concept: la vectorisation ou l'adressage du p.a
 - La recherche galénique s'est appuyée sur de nouveaux concepts physico-chimiques et sur le développement de nouveaux polymères pour mettre au point des systèmes submicroniques d'administration.

LES VECTEURS

Un vecteur est une structure capable de véhiculer une molécule d'intérêt biologique en en modifiant la distribution tissulaire et cellulaire ou l'interaction avec les cibles tant in-vivo qu'ex-vivo.

VECTEURS = MISSILES THERAPEUTIQUES

- Systèmes transporteurs

- Destinés à moduler la distribution d'une substance médicamenteuse au sein d'un organisme

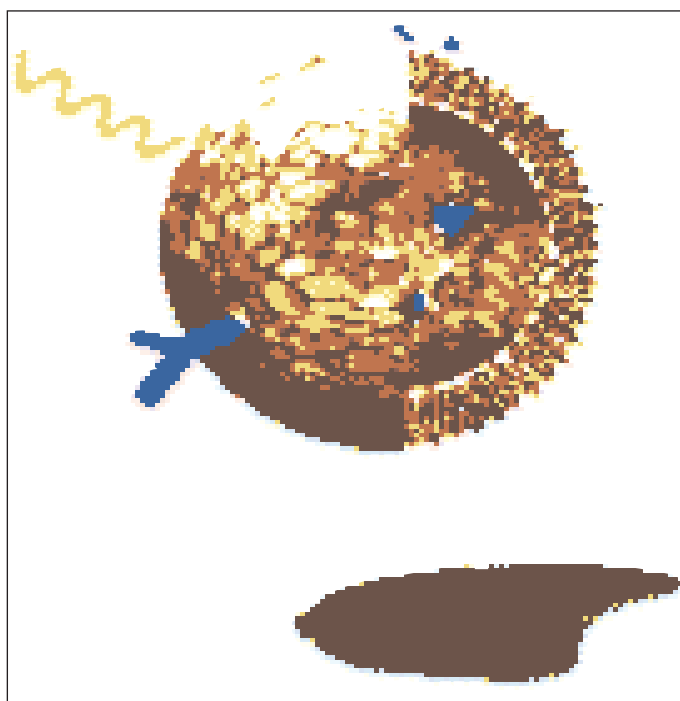
OBJECTIFS DE LA VECTORISATION

- Modifier la solubilité d'un p.a
- Modifier la distribution du p.a
- Diminuer la toxicité
- Augmenter la concentration au niveau du site d'activité

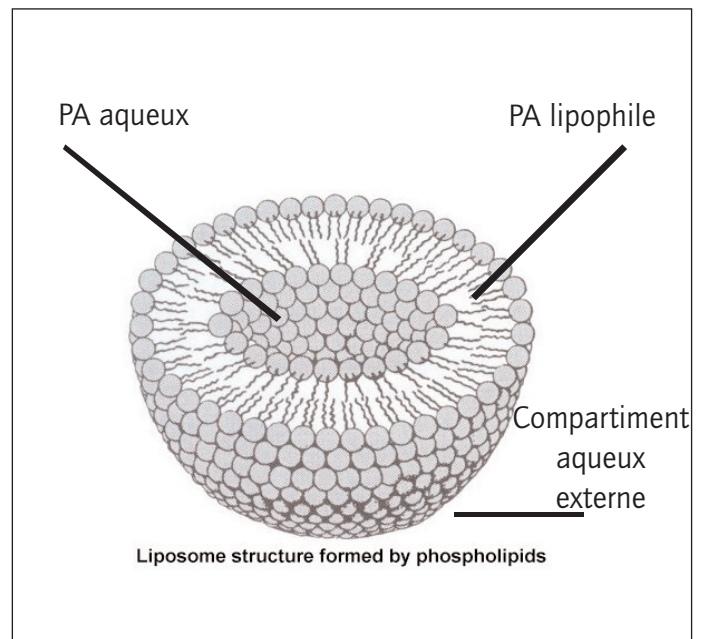
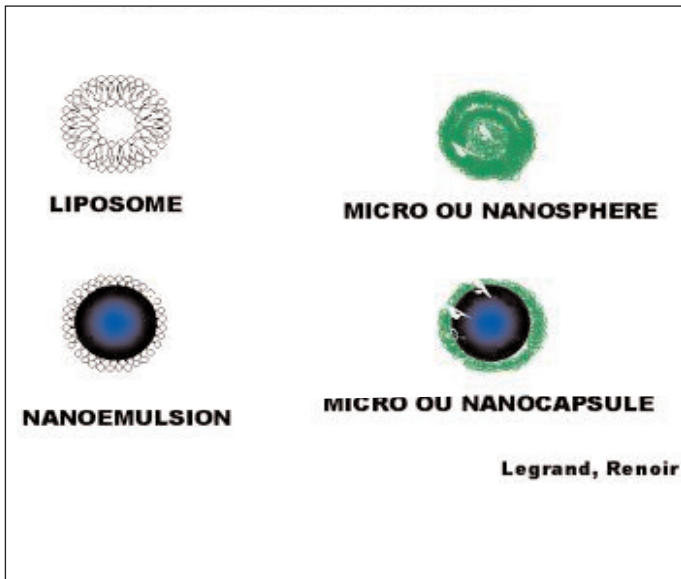
LES VECTEURS

- Entités moléculaires: Ac
- Entités cellulaires: érythrocytes, adénovirus
- Entités particulières: système matriciel (micro et nanosphères) ou vésiculaires (liposomes et micro et nanocapsules),

LES VECTEURS PARTICULAIRES

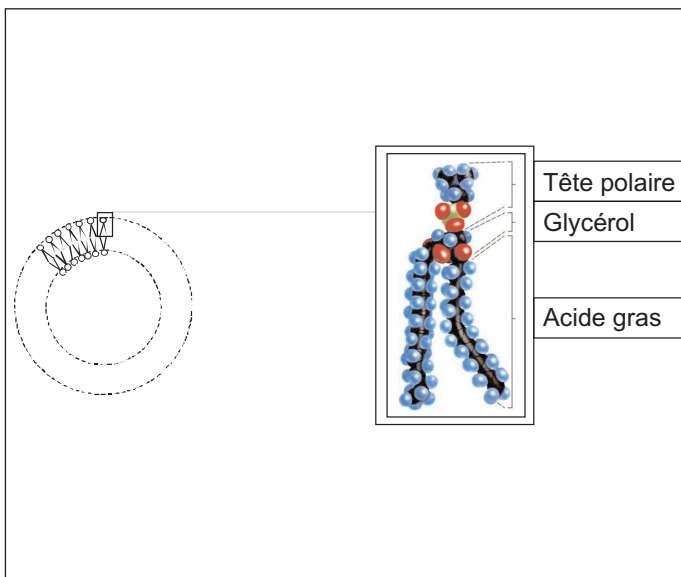


Principaux vecteurs

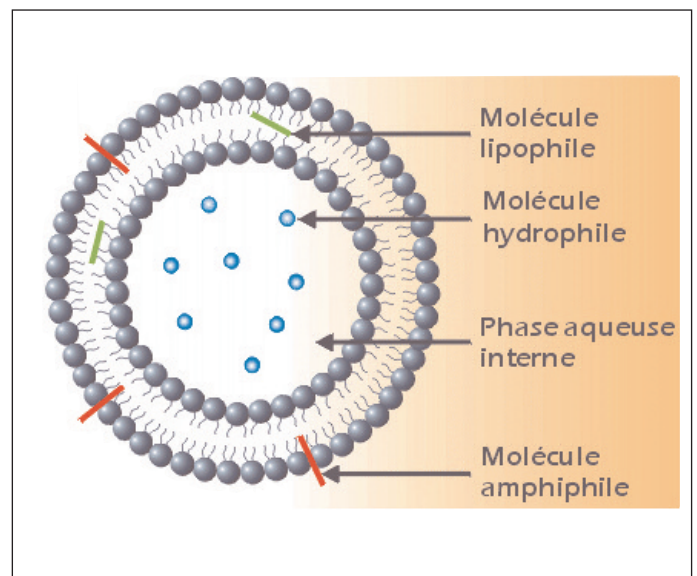


LES LIPOSOMES

- Découverts par Bangham en 1965
- Vésicules sphériques, constituées de molécules amphiphiles, formant une ou plusieurs bicouches phospholipidiques (uni ou multilamellaire)



Les liposomes



- Contiennent une phase aqueuse
- Taille varie de 20 nm à quelques micromètres

STRUCTURES

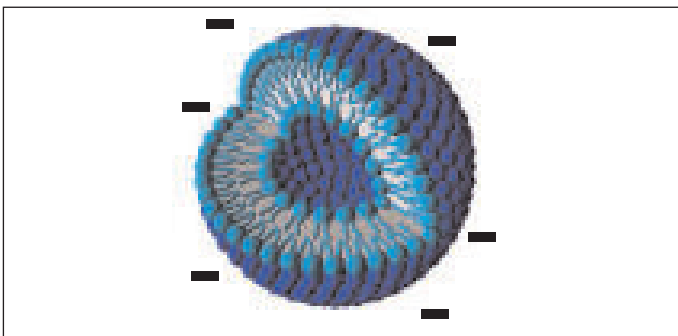
	SUV	LUV	MLV	MVV
Structure	Small Unilamellar Vesicle	Large Unilamellar Vesicle	Multilamellar Large Vesicle	Multi Vesicle Vesicle
Taille	50-80 nm	600-800 nm	Taille très hétérogène	
Capacité	Contient peu de PA	Contient beaucoup de PA	Capacité intermédiaire à celle de SUV et LUV.	
Stabilité	MLV > LUV > SUV La stabilité est maximale entre 80 et 200 nm.			

AVANTAGES DES LIPOSOMES

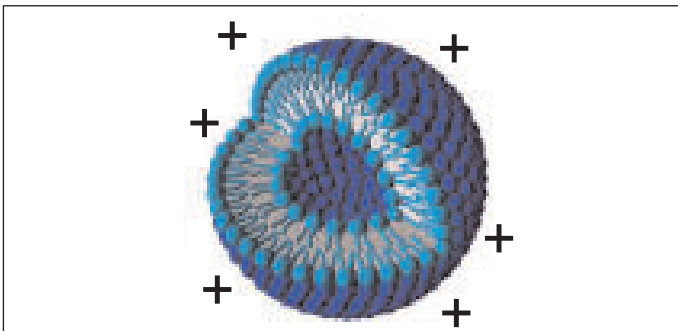
- Proche de la membrane biologique
- Promotion du passage transmembranaire
- Non toxique
- Protège le PA / organisme
- Protège organisme / PA → effets indésirables
- ! Peu stable !

LES DIFFÉRENTS TYPES DE LIPOSOMES

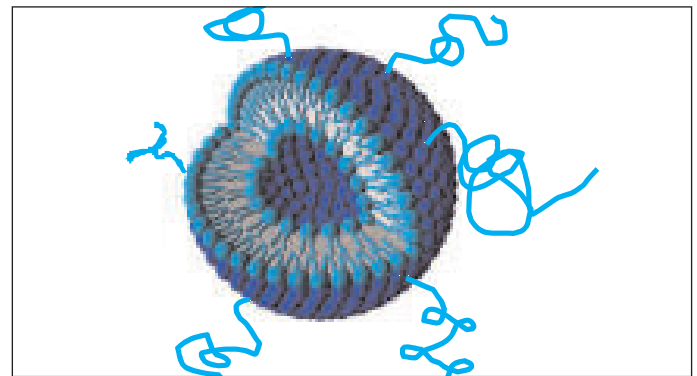
- Conventionnels
 - Chargés négativement



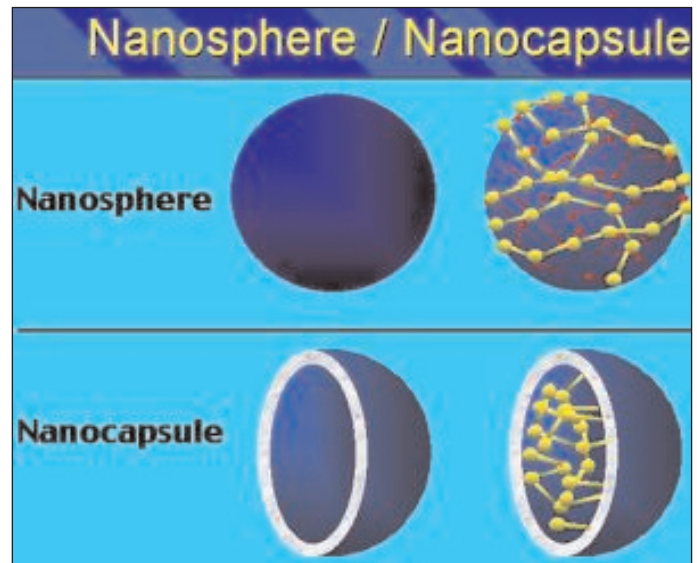
- Cationiques
 - Chargés positivement



- Cationiques
 - A base de DOPE
 - Liposome pH sensible
- → Transfert de gène, libération cytoplasmique
- Furtifs (Stealth), pégylés
 - recouverts de polymère hydrophile : polyéthylène glycol (PEG)



LES NANOPARTICULES POLYMERIQUES



- Systèmes colloïdaux
- Préparés avec des polymères biodégradables: PLA/PLGA, _PCL

LES VOIES D'ADMINISTRATIONS

- IV (<1µm, stérilisables) :



- immunomodulateurs
- Anti-infectieux
- Anticancéreux
- Anti-inflammatoires
- Radio diagnostique ...

- Orale :

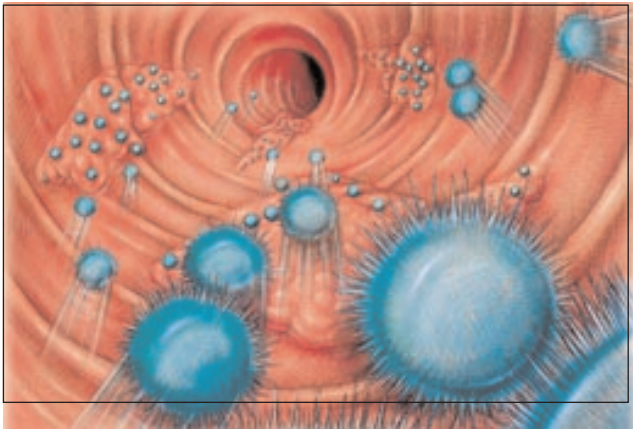
! Variation de pH, sel biliaire, phospholipases !

→ Orasome ®

phospholipases !

(liposomes polymériques)

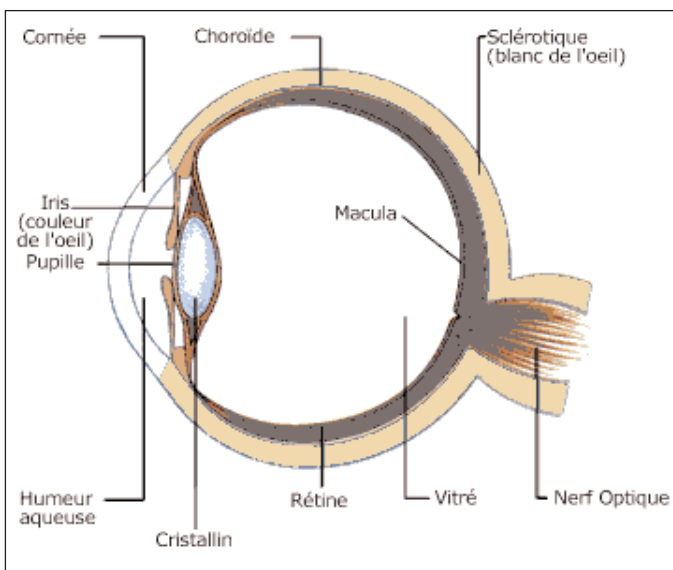
- (Vaccination)



LES VOIES D'ADMINISTRATIONS

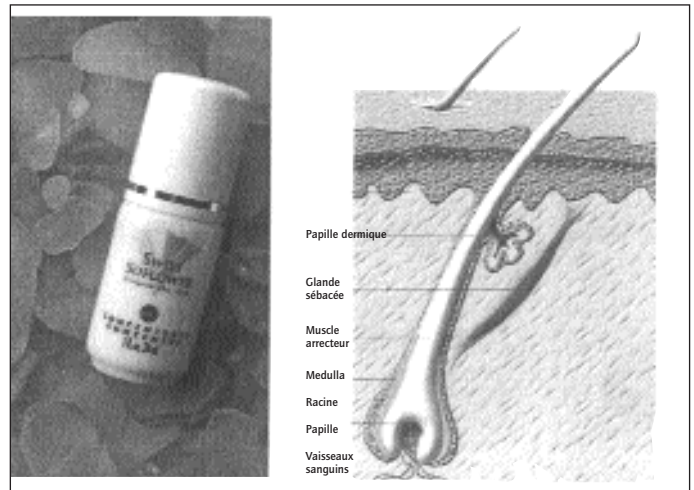
Exemple au niveau de l'œil

- Cornée : collyre
 - Chargés (+) (cornée chargée (-))
 - Associés à un gel mucoadhésif
 - antimicrobiens
 - anti-inflammatoires
 - antagonistes bêta
 - Humeur vitrée : injection (stabilité peu connue)
- Libération contrôlée ((nombre d'injections)
 - Antiviral (CMV), antibiotique
 - Thérapie génique (dégénérescence maculaire)
 - Vitamine A



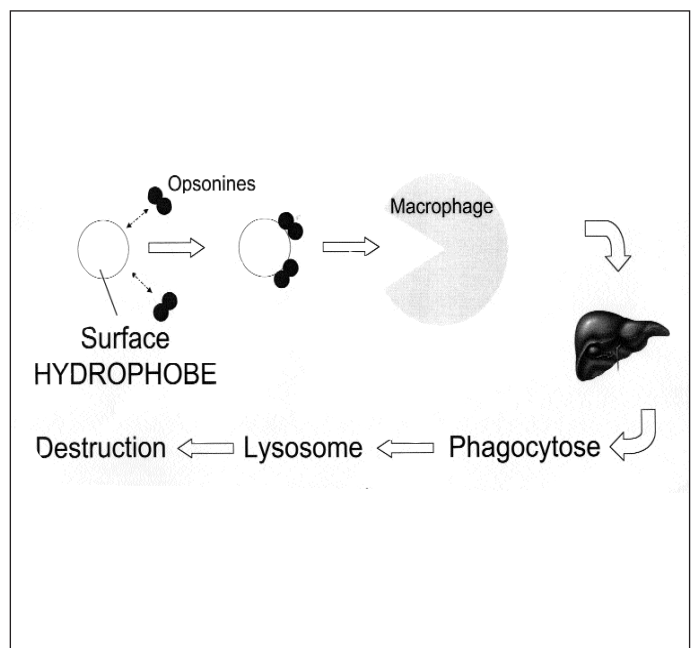
LES VOIES D'ADMINISTRATIONS

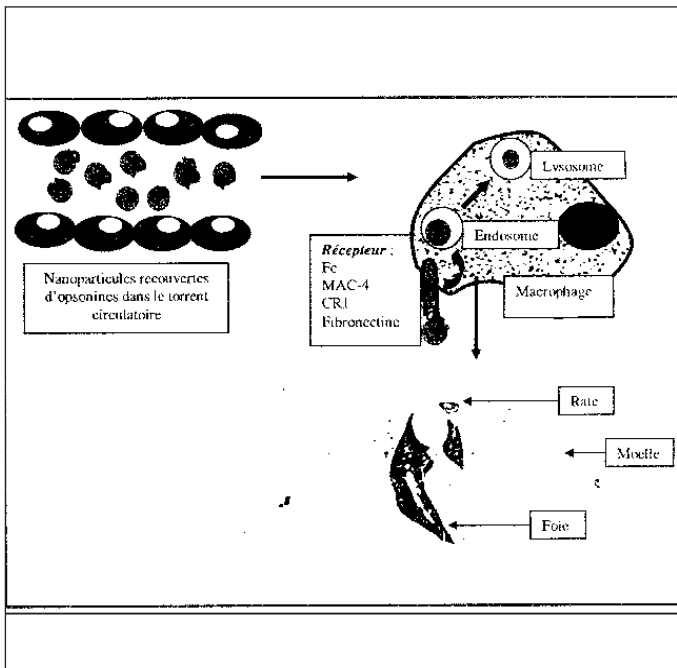
- Intramusculaire / sous cutanée :
 - Anticancéreux
 - Antiviraux
 - Vaccination
 - Imagerie médicale
- Cutanée (~ 15nm, élastiques) :
 - cosmétique ...



DEVENIR DANS L'ORGANISME

- Injection IV $\Rightarrow$ captés par le système des phagocytes mononucléés (SPM) (Foie+++ , Rate++, Moelle osseuse -)





LES NANO SONT RECOUVERTES D'OPSONINES, ENDOCYTEES PAR LES MACROPHAGES ET CONCENTREES DANS LE SPM

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES

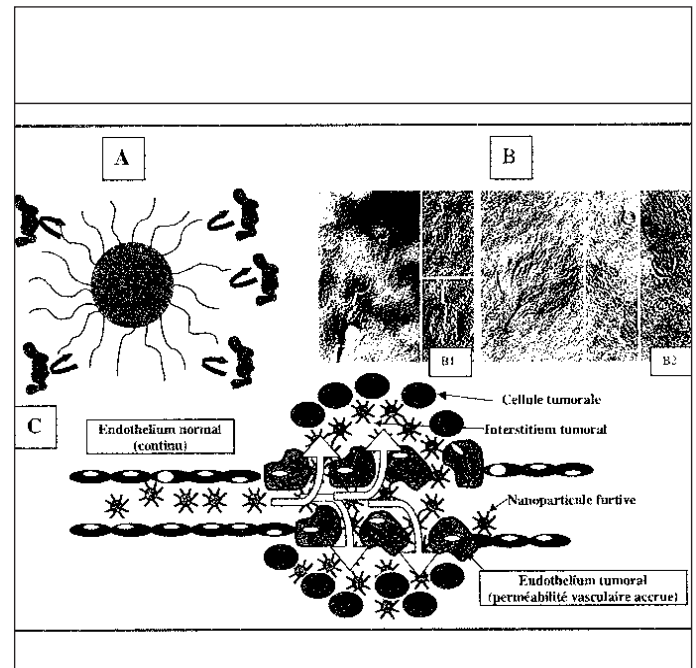
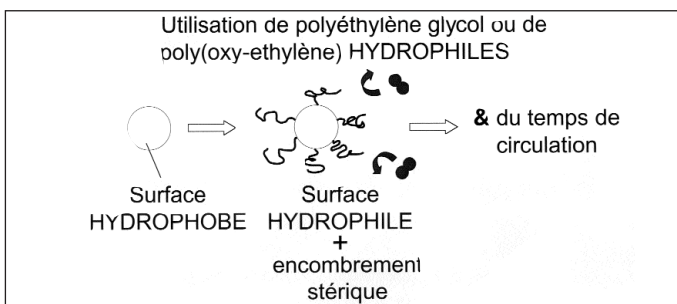
Doxorubicine : diminution de la toxicité cardiaque, traitement de tumeurs métastatiques du foie. Donoxome® (daunorubicine).

VECTEURS DE DEUXIEME GENERATION

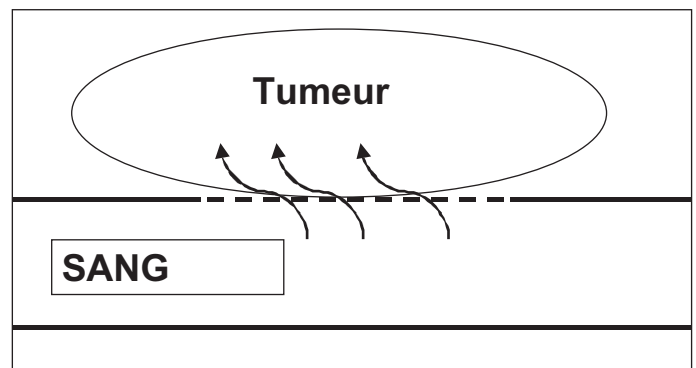
- Les vecteurs de première génération s'accumulent au niveau du foie
- Conception de vecteurs furtifs en les recouvrant de polymères hydrophiles
- Rémanence vasculaire accrue

VECTEURS FURTIFS

- Furtifs (Stealth), peggylés
- Utilisation de polyéthylène glycol ou de poly(oxy-éthylène) HYDROPHILES



Exemples



Extravasation au niveau de l'endothélium cancéreux

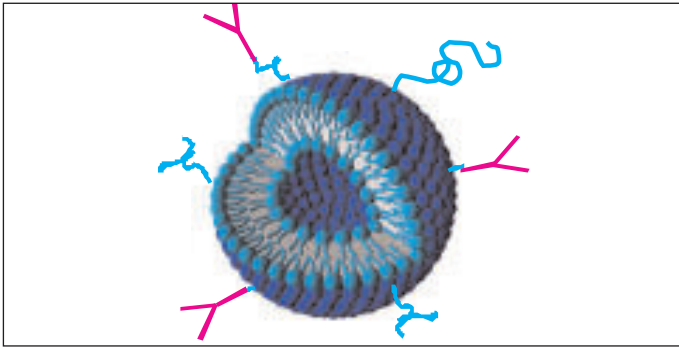
DOXIL® : liposomes de doxorubicine

_ vie ~27 Heures Vs 2 H doxorubicine seule

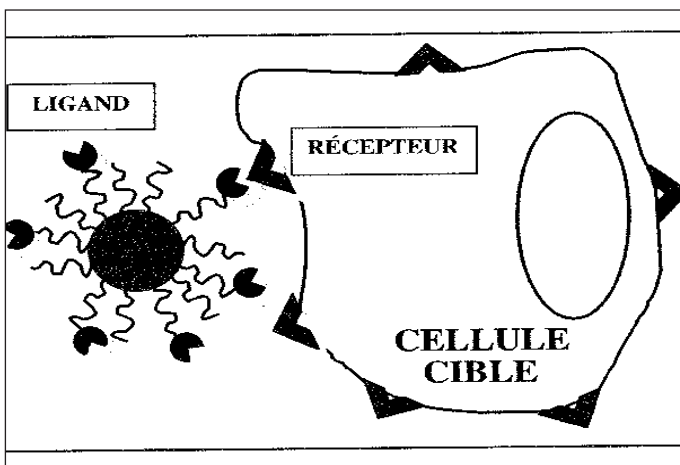
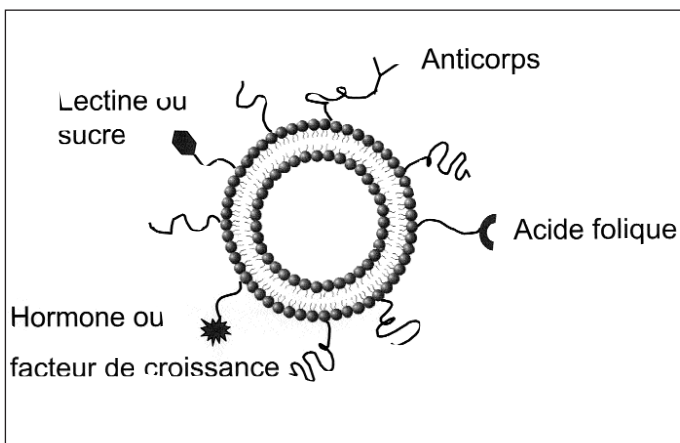
VECTEURS DE 3ÈME GENERATION

- Fixation de ligands sur les vecteurs (anticorps, peptides, sucres, acide folique)
- Ces vecteurs sont capables de reconnaître de manière sélective des antigènes ou des récepteurs hyperexprimés à la surface des cellules cibles (cellules cancéreuses, cellules infectées)

- Ciblage : PEG + élément de reconnaissance (IgG, Lectine, Acide folique...)
- & du temps de circulation et ciblage spécifique



- Adressage moléculaire, ciblage cellulaire

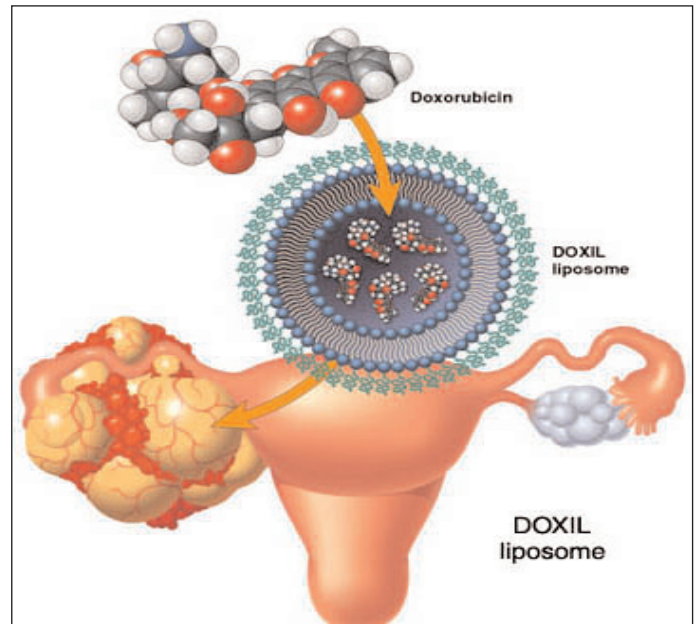


Ciblage des nanoparticules

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES

- Nanoparticules peggylées couplées à l'acide folique: le récepteur de l'acide folique est surexprimé d'une manière sélective à la surface de certaines cellules cancéreuses(carcinomes ovariens)

Exemples



DES MICROSPHERES DE 5-FU POUR TUMEURS GLIALES

Les tumeurs gliales malignes sont des tumeurs primitives du SNC dont le traitement est limité par trois facteurs :

- la BHE ne laisse passer que les petites molécules lipophiles, les autres ne parviennent au SNC que lorsqu'elles sont utilisées à forte dose : effets indésirables
- caractère infiltrant de ces tumeurs avec l'impossibilité de réaliser une chirurgie large : récurrence dans 90% des cas dans les 2 cm du site tumoral initial,
- marge thérapeutique étroite des traitements : destruction des cellules tumorales et des cellules nerveuses saines

- Des microsphères à base d'un polymère biodégradable (PLAGA) et renfermant du 5 -FU ont été synthétisées,
- Leur taille est comprise entre 20 et 50 µm:possibilité de les implanter à travers une aiguille
- Après exérèse et cicatrisation, les microsphères sont implantées par méthodologie stéréotaxique
- Le 5-FU a vu son activité augmentée
- Augmentation de la durée de libération qui couvre la durée du cycle cellulaire du glioblastome (3 à 7 jours) **Rémission des patients**

PERSPECTIVES

- Des nanosphères peggylées chargées d'anticancéreux ont pu franchir la BHE chez des animaux de laboratoire porteurs de tumeur
- Traitement de tumeurs cérébrales (gliome)
- Passage possible des nano au travers de la BHE chez des animaux sains: perspectives prometteuses.

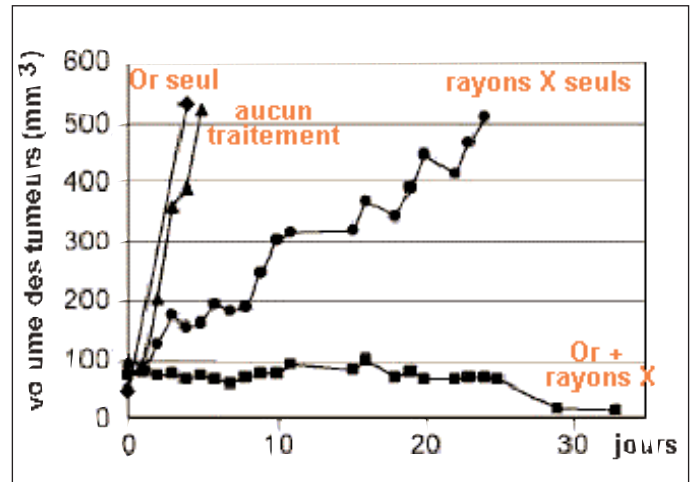
NANOPARTICULES ET CIBLAGE DES TUMEURS

Des nanoparticules d'or ont été injectées à une souris porteuse d'une tumeur, deux min après, la souris est soumise à des rayons X de haute intensité

PERSPECTIVES

Utilisation des vecteurs nanoparticulaires en thérapie génique

- Plasmides
- Oligonucléotides antisenses
- Avantages par rapport aux vecteurs viraux (pas d'immunogénécité)

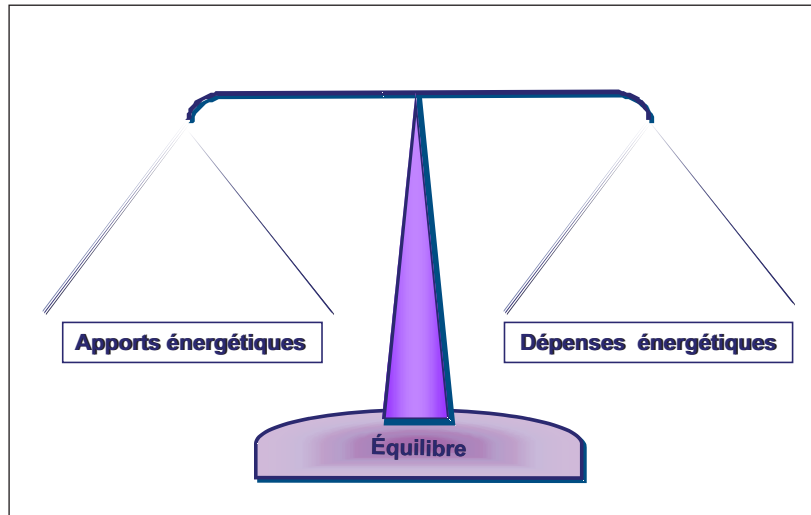


M. Moncef Zmerli : Directeur de la revue Essaydali de Tunisie recevrant la médaille du mérite pharmaceutique des mains de M. Le Ministre de la Santé Publique en présence de M. Radhi Jazi, CD, fondateur de la revue.

LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'OBESEITE

Pr. BLOUZA-CHABCHOUB Samira

Service Diabétologie Nutrition et Maladies Métaboliques



"Il est aussi valable de tendre à l'équilibre qu'à la perfection car c'est une perfection de garder l'équilibre"

Jean Monnier, Philosophe

INTRODUCTION

- Un thème populaire fortement médiatisé et démedicalisé
- Un état pathologique chronique médicalement mal géré
- Un problème objectif et majeur de santé publique

PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE ?

* FREQUENCE : "Véritable explosion épidémique" OMS

- Projections alarmantes pour les prochaines décennies
- Pays développés et en voie de développement

GRAVITE : Multiplicité et interactions des co-morbidités

COUT : 5-10 % du budget de la santé dans les pays développés

IMPERATIF d'une prise en charge synthétique, multidisciplinaire et cohérente.

BILAN CLINIQUE DE L' OBESE

- Interrogatoire
 - Antécédents familiaux d'obésité, de maladies métaboliques et ou cardiovasculaires.
 - Histoire pondérale
- Mesures anthropométriques (poids, taille, BMI, MG)
- Evaluation de l'activité physique
- Evaluation des activités sédentaires
- Examen somatique complet
- Enquête alimentaire informatisée (Troubles du comportement alimentaire)
- Une évaluation psychologique.
- Analyse des motivations

BILAN BIOLOGIQUE DE L'OBESE

- Dépistage des anomalies métaboliques

- Dosages de la glycémie à jeun et post charge
- Profil lipidique : CT, TG – HDL-C- LDL-C, non HDL-C
- Dosages de la créatinine et de l'acide urique
- Hemogramme
- Dosages hormonaux (FT4, TSH, cortisol...) orientés par le contexte clinique.

Bilan de retentissement orienté par le contexte clinique

- Radio du thorax
- ECG , Epreuve d 'effort, holter d 'effort, coronarographie
- Echo-doppler artériel et veineux
- Echographie abdominale
- Epreuves fonctionnelles respiratoires, gaz du sang
- Polysomnographie
- Radiographies des articulations : rachis et genoux

PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

" Les grands efforts sont rares et si l'on veut être suivi il ne faut proposer à l'homme que ce qui est facile et, quand on le peut, ce qui lui est agréable."

Brillat-Savarin

Plusieurs acteurs et différentes approches thérapeutiques complémentaires.

OBJECTIFS I

Objectifs pondéraux réalistes, adaptés aux situations individuelles et gradués

- Arrêt de la prise pondérale
- Réduction de 5 à 15 % du poids initial et maintien à long terme : bénéfices réels pour la santé
- Réduction >20 % (respect de l'équilibre nutritionnel, somatique, psychologique et social).

Réduction pondérale de 10 %

(Rapport des experts écossais)

- Diminution de 10 mmHg de la PAS
20 mmHg de la PAD

- Réduction de la glycémie à jeun de 50 %
- Réduction :
 - du cholestérol total de 10 %
 - des triglycérides de 30 %
 - du LDL-cholestérol de 15 %
- Augmentation du HDL-cholestérol de 8 %

OBJECTIFS II

- Traitement des troubles du comportement alimentaire
- Traitement des complications
- Qualité de vie et confort psychologique

MOYENS THERAPEUTIQUES

- Diététique
- Activité physique
- Psychothérapie
- Pharmacothérapie
- Chirurgie
- Autres...

DIETETIQUE "HYGIENE ALIMENTAIRE"

"On ne se débarrasse pas d'une habitude en la flanquant par la fenêtre ; il faut lui faire descendre l'escalier marche par marche "

Mark Twain

"HYGIENE ALIMENTAIRE"

Pilier de la prise en charge de l'obèse

- Personnalisée
- Conditionnée par le bilan nutritionnel spontané
- Négociée avec le patient en respectant ses goûts, sa liberté de choix, ses habitudes...
- Adaptée au contexte socio-professionnel et culturel
- Préservant le plaisir procuré par les aliments et la convivialité des repas.

ENQUETE ALIMENTAIRE

" Derrière le manger, il y a ce que devient l'homme qui mange qui lui importe encore plus".

J. Tremolières

- Préalable indispensable à toute prescription diététique.
- Support aux conseils diététiques personnalisés.
- Une estimation des apports quantitatifs et qualitatifs.
- Habitudes, goûts, préférences, vécu familial.
- Rythmes, horaires, lieux des repas, mode de cuisson...

MESURES QUANTITATIVES

Restriction calorique

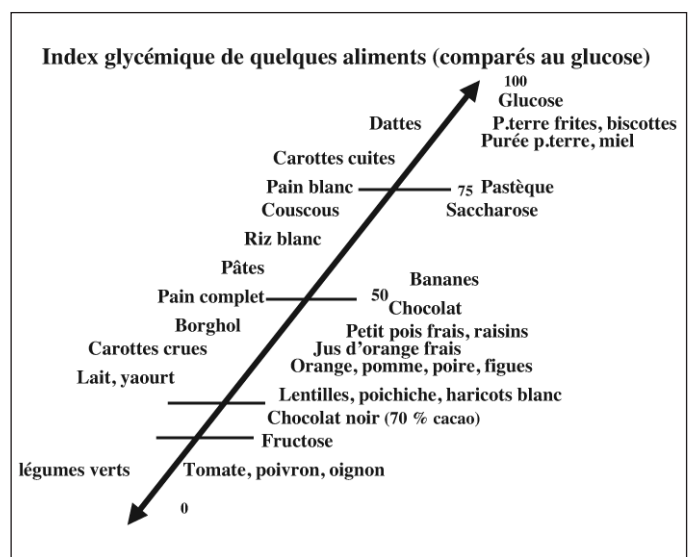
- Modulée par la ration calorique spontanée
- Réduction du tiers ou du quart des apports spontanés
- Pas de régimes très restrictifs : mal supportés, rapidement abandonnés et sources fréquentes de carences nutritionnelles.
- Apport minimum recommandé : **1200 cal** par jour
- Urgence à la réduction pondérale (intervention chirurgicale)
- Courte durée : ne dépassant pas 4 à 8 semaines
- Supplémentation minérale et vitaminique.

MESURES QUALITATIVES

- Rythme alimentaire régulier
 - Trois repas principaux et 2 à 3 collations protidiques
- Répartition équilibrée des principaux nutriments
 - HC : 55 % - 60 %
 - Lipides : 30% - 25 %
 - Protides : 15-20 %
- Choix des aliments
 - Valeur nutritionnelle
 - Densité calorique
 - Facilité de stockage

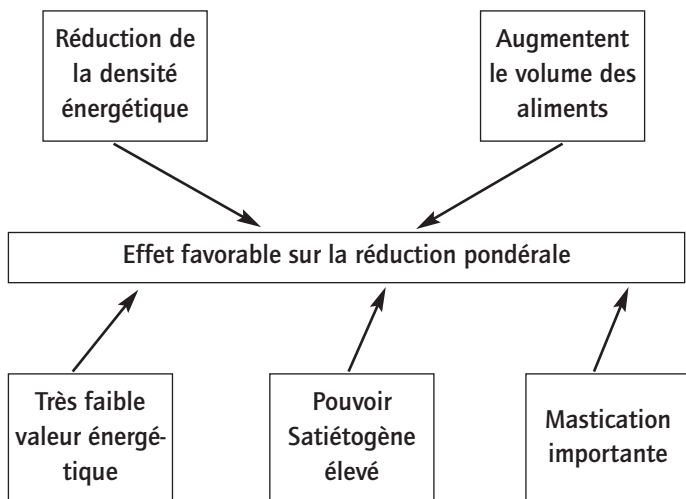
CHOIX DES ALIMENTS I

- Réduction des aliments riches en lipides
 - Forte densité énergétique
 - Faible pouvoir satiétogène
 - Thermogénèse post prandiale réduite
- Privilégier les aliments glucidiques à index glycémique élevé
 - Pouvoir de rassasiement élevé
 - Thermogénèse post prandiale élevée
 - Faible capacité de stockage
 - Apport parfaitement bien régulé par la boucle glucides-serotonine.



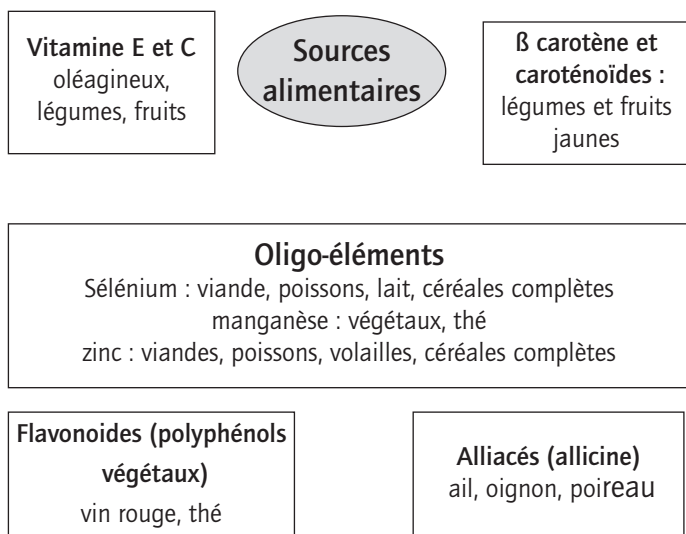
CHOIX DES ALIMENTS II

- Apport suffisant en fibres alimentaires : 30 g/j.
- Fibres solubles : cellulose, hémicellulose pectine.
- Principales sources : céréales, légumineuses, légumes frais et fruits.
- Vertus multiples :
 - Améliore le profil glucidique et lipidique de l'obèse
 - Propriétés antioxydantes.
 - Effet favorable sur la réduction pondérale



ANTI-OXYDANTS NATURELS

- Réduction de la peroxydation des LDL
- Protection contre les radicaux libres oxygénés



BOISSONS

- Restriction hydrique injustifiée et déconseillée
- 1,5 – 2 l/j.
 - Eau, Infusions, Tisanes non sucrées
 - Proscription des boissons gazeuses
 - Eaux minérales (teneur en sel à préciser).

EDULCORANTS : UTILES OU DANGEREUX ?

- Edulcorants de synthèse ou "Intenses"
 - Saccharine
 - Acesulfate de potassium
 - Aspartam

Utiles ?

- Observance du régime
- Confort psychologique

Dangereux ?

- Absence de toxicité et d'accumulation
- Pas d'effet insulino-décréteur (SYLVESTRE)
- Pas d'effet délétère cardiaque
- Prudence : femme enceinte et allaitante

PRODUITS DIETETIQUES

- Abstention souhaitable
- Onéreux
- Riches en graisses (chocolat, "chamia" light)
- Composition souvent imprécise
- Fausse sécurité et abus

PRUDENCE !!

DIETES HYPERPROTEIQUES VERY, LOW CALORIC DIET (VLCD)

- Substituts protéiques des repas
- Indiquées dans les obésités massives ou compliquées.
- Urgence à la réduction pondérale (intervention orthopédique ou cardio-vasculaire).
- Initiation d'une perte de poids avec réintroduction progressive selon un programme équilibré.
- Milieu hospitalier
- Courte durée : 4 semaines

REGIMES ABERRANTS, ANARCHIQUES !

- Régimes dissociés
- Cure d'un seul aliment
- Soupe de choux, vinaigre de pomme...

Dangereux !!

- Carences nutritionnelles sévères
- Effet éphémère sur la réduction pondérale

" La dernière mode, c'est le régime aux bananes et la noix de coco ; vous ne perdez pas un gramme mais au bout de deux semaines, vous pouvez grimper dans n'importe quel arbre d'amérique".

Diner's Club Magazine

L'EDUCATION NUTRITIONNELLE

" C'est la maladie qui tue les hommes, l'ignorance qui accroît les dangers, l'éducation qui peut les sauver."

Pr.Bosh Marin

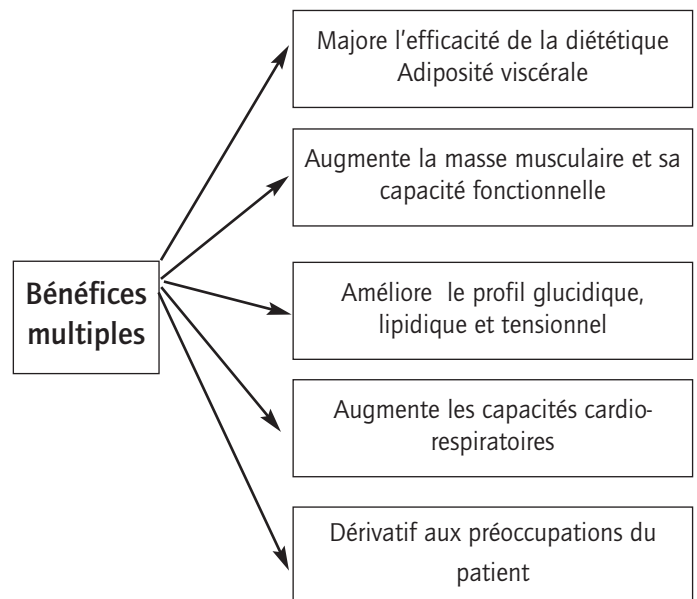
CAPITALE, CONDITIONNE L'EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS DIETETIQUES

- Interactive : groupes homogènes
- Acquisition d'un savoir, d'un savoir faire et changements de comportements.
- Messages simplifiés, pertinents, ciblés...
 - Equilibres alimentaires
 - Densité et valeurs énergétiques des aliments
 - Equivalences alimentaires
 - Modes de cuisson sains
- Démonstrations pratiques : confections avec participation active du patient de menus personnalisés, équilibrés, variés...

ACTIVITE PHYSIQUE

- Couplée à la diététique et adaptée au goût, disponibilité du patient...
- Activités "à la carte"
- Programme d'activité physique structuré : marche, natation, cyclisme...
- Réductions des activités sédentaires

ACTIVITE PHYSIQUE II



RECOMMANDATIONS PRATIQUES (OMS)

Insister sur une activité modérée quotidienne : un minimum de 30 mn de marche par jour.

- Recommandations pratiques favorisant l'activité physique :
 - Limiter le temps passé devant la télévision, l'ordinateur et les jeux vidéo (enfants).
 - Privilégier les déplacements à pied
 - Eviter de rester assis pendant longues périodes.
 - Eviter l'ascenseur au profit des escaliers sur les lieux de travail.
 - Garer la voiture à 10-15 mn du lieu du travail ou du rendez-vous.
 - Déambuler en attendant le transport en commun.
 - Privilégier le jardinage pendant les jours de repos.

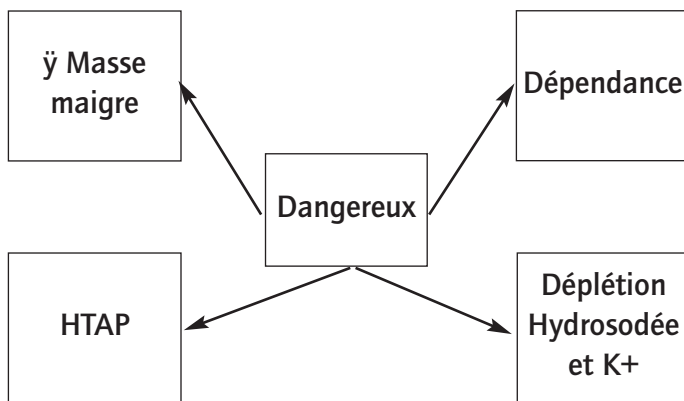
PSYCHOTHERAPIE

"Je ne te demande pas quelle est ta race, ta nationalité ou ta religion, mais quelle est ta souffrance".

- Soutien indéniable dans le vécu et le quotidien des obèses
- Thérapie comportementale en groupe ou en famille => rééducation du comportement alimentaire.
- Thérapie cognitive (positiver, relativiser)
- Relaxation.
- Psychanalyse.

PHARMACOTHERAPIE ?

- Option controversée
- Echec de la combinaison diététique – activité physique
- Efficacité limitée : reprise pondérale à l'arrêt du traitement
- Effets secondaires parfois dangereux
- Prescription et surveillance médicale strictes
 - Amphétanines
 - Hormones thyroïdiennes
 - Diurétique et laxatifs
 - dexfenfluramine



PHARMACOTHERAPIE II NOUVEAUX MEDICAMENTS

- ✓ **ORLISTAT "XENICAL"**
 - Inhibition sélective des lipases gastrointestinales
 - Réduction de 30 % l'absorption des lipides alimentaires
 - Essais cliniques multiples : 120 mg en 3 prises (1-3 ans)
 - Réduction pondérale (6 - 12 %),
 - Amélioration des paramètres lipidiques (↘ LDL-C, ↗ HDL-C)
 - Amélioration de la tolérance glucidique (**XEN-DOS STUDY**)

NOUVEAUX MEDICAMENTS II

- ✓ Inhibiteurs de l'α-glucosidase "Glucor" efficacité discutée
- ✓ Sibutramine : "Sibutral" : sérotoninergique et α1 adrénergique : ↗ satiété, ↘ prise alimentaire.
- ✓ **ETUDE STORM (2000)** → Réduction pondérale de 5 % à 6 mois chez 94 % des patients.

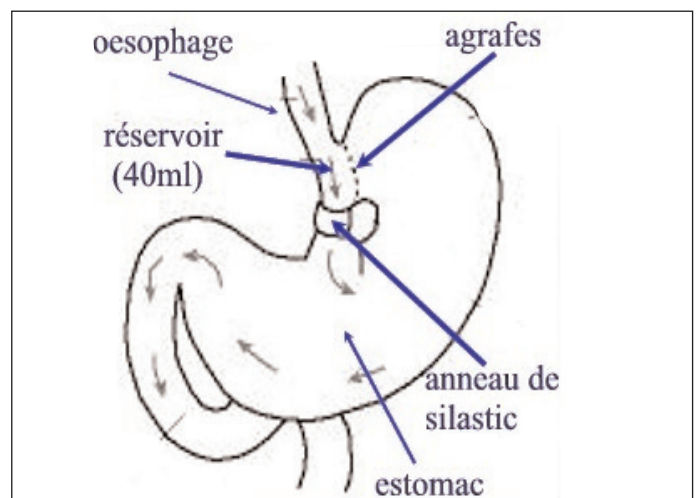
PHARMACOTHERAPIE III MEDICAMENTS DU FUTUR

- **LEPTINE** : Résultats prometteurs (Expérimentation animale)
 - Essais cliniques en cours : efficacité prouvée mais limitée aux déficits génétiques en Leptine.
- **GLP1** : Réduction de la prise alimentaire et de la thermogénèse post prandiale
- **BLOQUEURS SELECTIFS DES CB1 (cannabinoïdes) RECEPTEURS : "RIMONABANT"**
 - Réduction pondérale (adiposité viscérale)
 - Amélioration des anomalies métaboliques
 - Réduction du risque cardio-vasculaire.
- **AXOKINE** : diminue la leptino-résistance
- **CLA (acide linoléique conjugué)** : diminue la MG viscérale

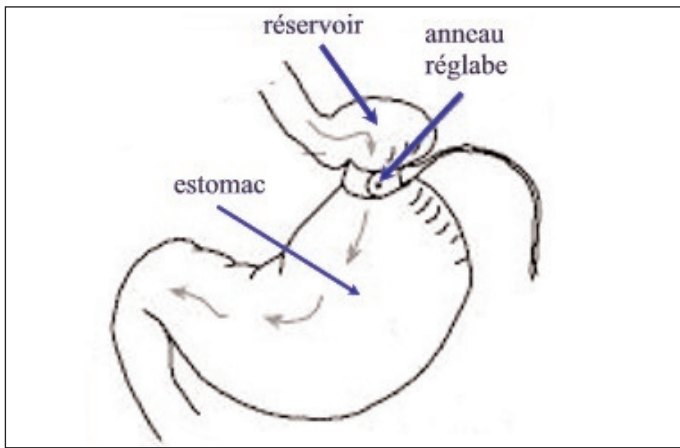
CHIRURGIE BARIATRIQUE I

TECHNIQUES

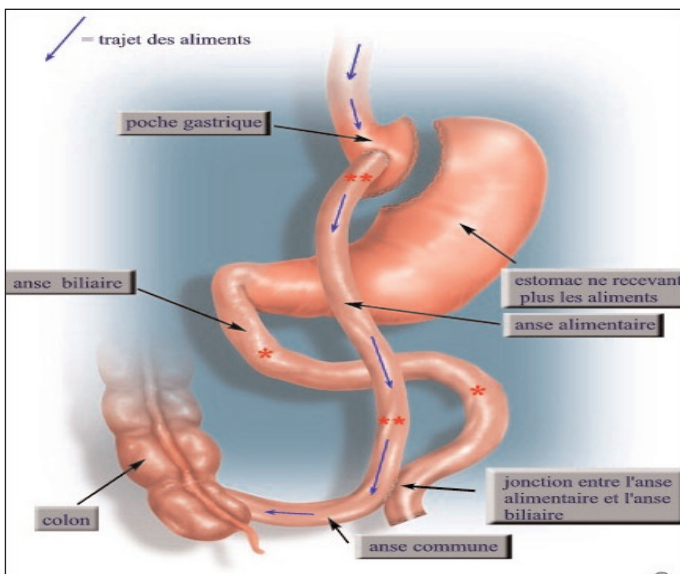
- **Interventions restrictives**
 - Gastroplastie verticale calibrée
 - Anneaux gastriques ajustables
 - "Sleeve Gastrectomy "
- "bay pass" ou court-circuit gastrique
 - réalisée par Laparoscopie, moins invasive mais définitive
 - défaut d'absorption intestinale
- **Interventions mixtes : anneaux et "bypass"**



La gastroplastie par agrafage vertical



La gastroplastie par anneau ajustable



Le bypass gastrique

CHIRURGIE BARIATRIQUE II

INDICATIONS - CONTRINDICATIONS

- Ultime recours
- Limitée aux obésités morbides : $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ + co-morbidités sévères
- Echec d'une prise en charge synthétique et multidisciplinaire (1 an)
- Indications bien pesées : évaluation des risques et bénéfices
- Respect des contre indications (âge, déficit intellectuel, dépression sévère, troubles du comportement alimentaire, pathologie grave évolutive...)
- Bilan préopératoire exhaustif : clinique, nutritionnel, psychiatrique, risque anesthésique...
- Équipe expérimentée
- Suivi et surveillance postopératoire

Efficacité prouvée sur la réduction pondérale (20 - 30 kg) durable (2 ans) - SWEEDSH OBESITY STUDY (SOS).

Chirurgie Plastique

- Lipectomie
- Liposuction

Ballonnet intragastrique

- Technique non invasive (Réduction du volume gastrique).
- Solution transitoire (6 mois)
- Résultats intéressants sur la réduction pondérale (10-12 kg).
- Indiquée en cas d'urgence à la réduction pondérale (interventions chirurgicales programmées).

AUTRES MESURES THÉRAPEUTIQUES

- Acupuncture } Efficacité controversée
- Phyto-thérapie } Fausse sécurité
- Cures thermales (Initiation ou relance d'une perte de poids)
- massages (Relaxation)
- Kinésithérapie —> complications ostéo-articulaires

PREVENTION

IMPERATIVE : peu coûteuse et efficacité incontestable

* Individuelle

Surveillance du poids

- Enfance - vie intra-utérine
- Episodes de la vie génitale

Adoption d'une alimentation saine et équilibrée

Activité physique - activités sportives

* Générale : Action planifiée

Identification des priorités, des niveaux et structures d'intervention

Programme national ou régional

Implication de médecins de première ligne.

CONCLUSION

- Acte médical complexe
 - Des approches thérapeutiques synthétiques cohérentes et multidisciplinaires
 - Couple diétothérapie - Activité physique
 - "Accompagnement" médical, familial et social
- Meilleure garantie de l'efficacité de cette prise en charge.
- Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas.

Mais parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles."

Meque

OBÉSITÉ ET DÉSORDRES ENDOCRINIENS

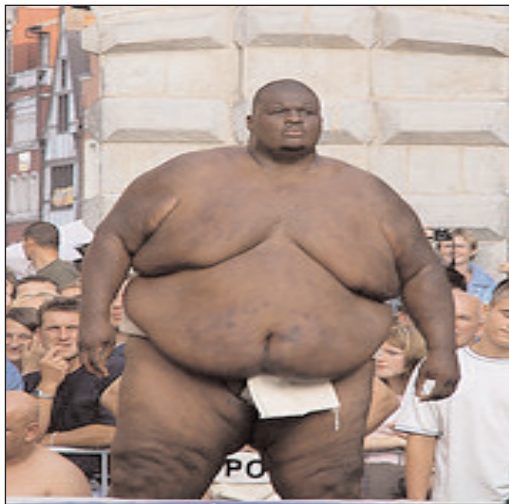
Professeur François TRIVIN

Biologiste des Hôpitaux (Paris)

Université François Rabelais (Tours)

OBÉSITÉ ET MONDE SOCIO-MÉDICO-ÉCONOMIQUE

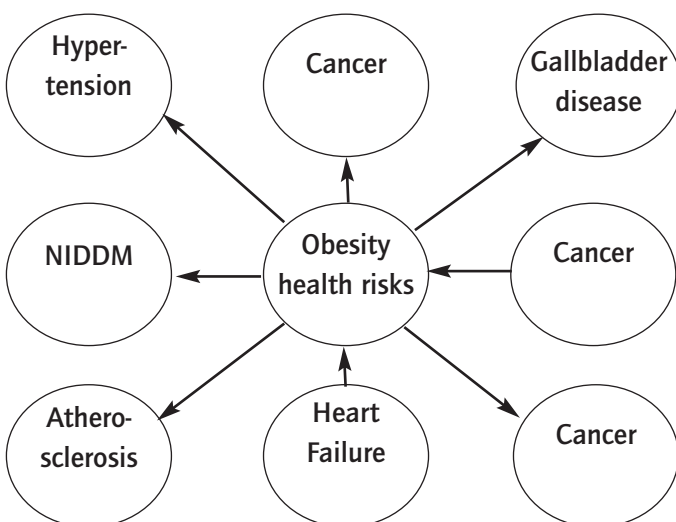
- Le monde social traite des aspects comportementaux, environnementaux, culturel et... esthétique de l'obésité : elle n'est pas socialement "correcte"...



OBÉSITÉ ET MONDE SOCIO-MÉDICO-ÉCONOMIQUE

- Pour le monde médical : l'obésité est un facteur de risque de très nombreuses pathologies.

MORBIDITÉS SECONDAIRES À L'OBÉSITÉ



- Économique : les produits de l'industrie agroalimentaire et ses aliments à haute teneur
 - en hydrates de carbone et à IG élevés
 - en lipides pas souvent de type oméga 3...
 - en calories
- Médico-pharmaceutique : Les dépenses de santé des obèses vont en augmentant....

EPIDÉMIOLOGIE DE L'OBÉSITÉ

Elle affecte tous les continents, toutes les ethnies et plus largement les populations défavorisées des zones sub-urbaines.

Chez l'adulte sa fréquence est en nette progression

Chez l'enfant, au niveau mondial, 39 millions (5 à 17 ans) sont diagnostiqués obèses (2,5 % de la population de cette tranche d'âge) ; aux USA 25 % des enfants sont en surpoids et 11 % sont obèses.

Les filles sont plus atteintes que les garçons.

DÉFINITION DE L'OBÉSITÉ

- OBÉSITÉ = pathologie de système avec hypertrophie du tissu adipeux et augmentation du rapport [masse grasse] / [masse maigre]. Elle s'installe en plusieurs étapes : prise de poids, stabilisation, chronicisation, résistance aux actions de réduction de poids puis morbidités associées.

- N.B.:

- Chez la femme le rapport [mg]/[mm] est normalement de $23,5 \pm 1,5$ % ; chez l'homme il est de $16,5 \pm 1,5$ %.

- Pour la femme obèse, il est ≥ 32 % ; pour l'homme il est ≥ 25 %.

- Le consensus clinique pour définir l'obésité est l'indice de Quetelet ou IMC (poids (Kg)/[hauteur en m]²) ≥ 30 kg/m².

- N.B.: le surpoids est défini par un IMC de 25 à 29 kg/m²

- Il existe aussi d'autres pratiques :

- la mesure de la circonférence à la ceinture abdominale.

- la mesure de l'épaisseur de la peau à différentes parties du corps.

RÉPARTITION DU POIDS DU CORPS

Localisation des graisses	Localisation des graisses :
• Zone fessier-cuisse	Sous-cutanée et viscérale abdominale
Femme mince :	Homme mince :
• Fluides : 60% • Organes : 22% • Tissu Adipeux : 18%	• Fluides : 70% • Organes : 26% • Tissu Adipeux : 4%
Femme obèse :	Homme obèse :
• Fluides : 42% (- 30%) • Organes : 16% (- 27,3%) • Tissu Adipeux : 42% (+ 133%)	• Fluides : 50% (- 28%) • Organes : 18% (-30%) • Tissu Adipeux : 32% (+650%)
OBÉSITÉ DE TYPE GYNOÏDE	OBÉSITÉ DE TYPE ANDROÏDE

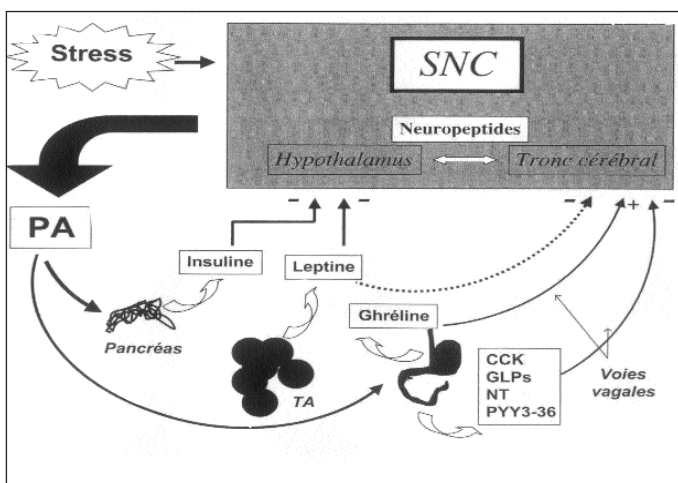
ÉTIOLOGIES DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

- Étiologie génétique : elle peut être monogénique ; si elle est polygénique, elle induit chez l'enfant une susceptibilité .
- Étiologie médicale : l'obésité peut être liée à : , déficit en GH, syndrome de Cushing ou à l'effet secondaire d'un traitement (cortisol).
- Étiologie comportementale : déséquilibre nutritionnel et/ou inactivité physique.

OBÉSITÉ ET APPÉTIT

- Le degré relativement constant de l'adiposité est maintenu par la balance [ingestion / dépense] de molécules énergétiques.
- Le balance est équilibrée par des peptides qui stimule l'appétit (oréxigènes) ou qui marquent la satiété (anoréxigènes).

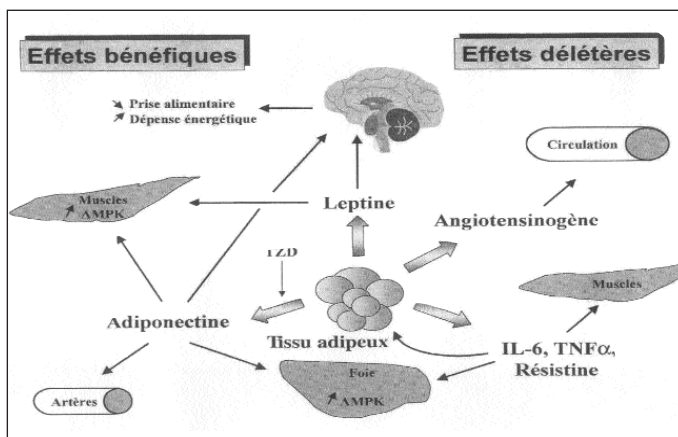
RÉGULATION DE L'APPÉTIT



LIPOLYSE ADIPOCYTAIRE

- Le tissu adipeux ajuste la biodisponibilité en AGNE circulant pour la nutrition de tissus :
 - Cœur
 - Muscle squelettique au repos
 - Cortex rénal
 - Foie
- La gestion du flux des AGNE est contrôlé par des hormones :
 - catécholamines
 - insuline
 - peptides natriurétiques...

SÉCRÉTIONS ENDOCRINES DES ADIPOCYTES



LIPOLYSE ADIPOCYTAIRE

- La gestion du flux des AGNE est contrôlé par... des peptides natriurétiques :
- Ces peptides de sécrétion cardiaque exercent un effet lipolytique sur les adipocytes en activant la lipase hormono-sensible.
- Lors des I.C. il y a stimulation de la dégradation oxydative des lipides du tissu adipeux.

- Chez le sujet obèse : corrélation négative entre le taux de PN et celui de l'IMC... : il y a abondance de récepteurs PNR-C chez les obèses.

- DNP>ANP>BNP≥CNP

INSULINE ET OBÉSITÉ (1)

Physiologiquement l'insuline agit sur le métabolisme des triglycérides adipocytaires par :

- Diminution de l'expression des récepteurs b3- adr-énergiques du TAB et de leurs effets lipolytiques.

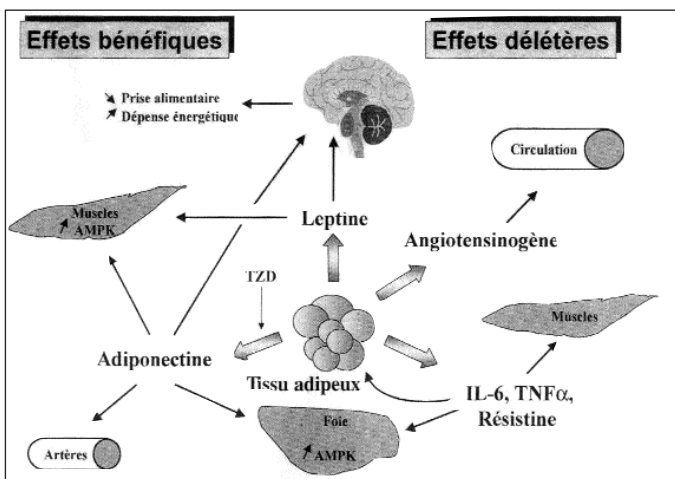
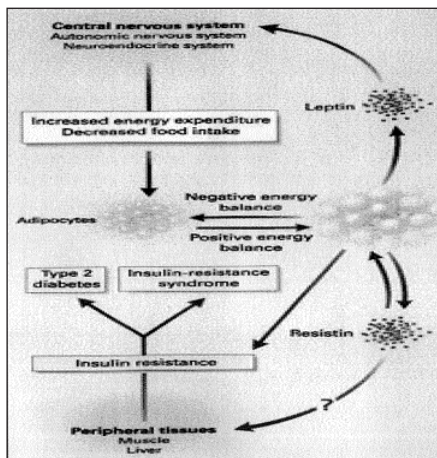
- Inhibition de la lipoprotéine-lipase adipocytaire.

- La Résistine, sécrétée par les adipocytes pour contrecarrer les effets de l'hyperinsulinisme renforce l'adiposité.

- L'insulino-résistance s'installe tandis que l'adiposité se développe. Elle est positivement corrélée au taux de l'insuline circulante.

- Le taux basal de l'insuline peut être un marqueur efficace de la résistance à l'insuline de l'obèse et même de la "diabésité".

N. Eng. J Med ; 2004, 345 (18) : 1345,1346



LEPTINE ET OBÉSITÉ (1)

- Leptine est plus sécrétée par les adipocytes du TAB sous-cutané que ceux du TAB viscéral.

La leptine diminue l'appétit et augmente les dépenses énergétiques.

- Excepté des situations exceptionnelles de déficit congénitaux en leptine ou de celui des récepteurs à la leptine, l'intérêt de ce biomarqueur n'est pas encore reconnu.

DÉPISTAGE DE L'OBÉSITÉ

- Enquête familial et psychosocial : obésité, faible statut économique, dépression.

- Enquête médical : pathologie génétique ou hormonale.

- Statut physiopathologique : HTA, cholécystite, hypothyroïdisme, DST-2,

- Enquête statut nutritionnel et activité physique : alimentations et boissons, activité physique régulière et occupations

- Données :

- Médicales : IMC, TA, aspect morphologique

- Biologiques : bilans glucidique et lipidique à risques.

FACTEURS DE RISQUE DE L'OBÉSITÉ

- Maternels et péri-nataux : DSG, macrosomie, pas d'allaitement maternel.

- Environnementaux : faible statut socio-économique ...

- Héréditaires : Obésité des 2 parents : risque de 70% ; obésité d'un seul parent : risque de 50 % . Si aucun parent : risque de 10 %.

- Pathologie Endocrine :

- Congénitale : syndromes de Prader-Willy, d'Alström, de Turner, de Laurence-Moon, de Carpenter.

- Acquises : syndrome de Cushing, déficience thyroïdienne ou en hormone de croissance

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

- Si une étiologie primaire médicale est identifiée, celle-ci est traitée spécifiquement avec de plus :

- Des recommandations nutritionnelles : modifications alimentaires avec diminution des apports en lipides et en aliments à haut index glycémique, consommation de légumes et de fruits.

- Une activité Physique quotidienne :

- Une pharmacothérapie de soutien : sibutramine, olistrat, et d'autres en développement...

PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ DE L'ENFANT

- Recommandations nutritionnelles

- Recommandations d'exercice physique

- Recommandations comportementales

UNE NOUVELLE PISTE...

- Les voies qui régulent l'homéostasie lipido-glucidiques du tissu adipeux sont multiples
- Récemment, les récepteurs aux endocannabinoïdes (CB1) ont été identifiés au niveau de nombreux tissus, dont le tissu adipeux blanc
- L'activation de ce signal cannabinoïde induit une obésité...
- Une approche pharmacothérapeutique de blocage de ces récepteurs a été étudiée grâce à un bloqueur spécifique des récepteurs CB1.
- Cette molécule, le Rimonabant produit :
 - D'une part une diminution de la masse grasse, du poids et de l'IMC avec baisse des graisses viscérales
 - D'autre part, elle stimule la sécrétion d'adiponectine
- Un traitement avec 20 mg/j sur un an a pour effet :
 - Améliorer les biomarqueurs du DST-2
 - Améliorer les facteurs de risque lipidiques des MCV (HDL, LDL)
 - Améliorer l'hypertension artérielle
- Permet de mieux comprendre la physiopathologie de l'obésité et de ses morbidités associées (MCV, DST-2, cancer...)

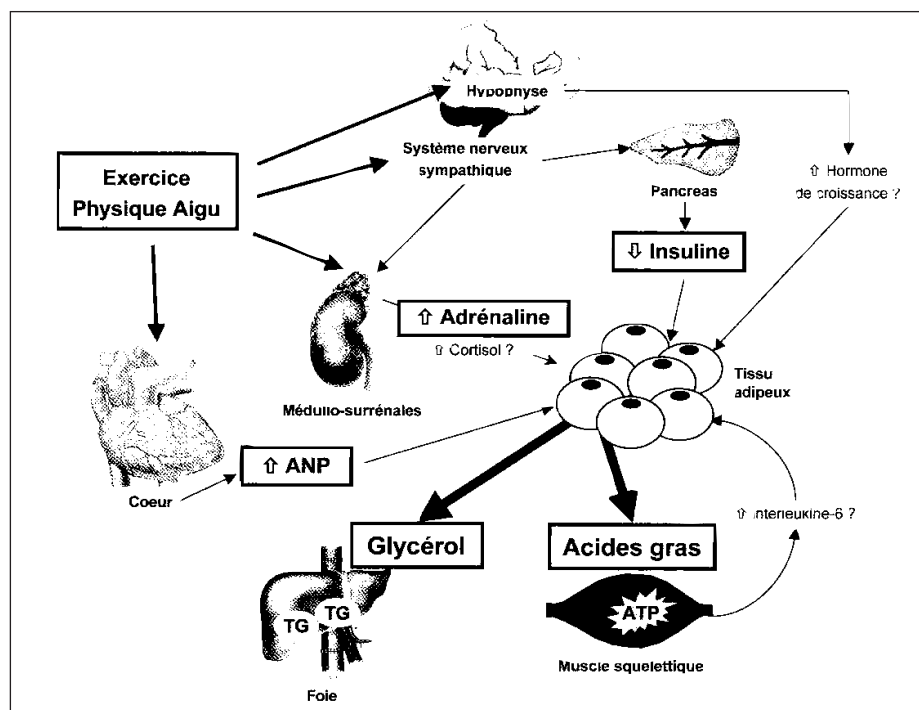
• *N. Engl. J. Med.* 2005 - 353 ; 20 : 2121-34

CONCLUSIONS (1)

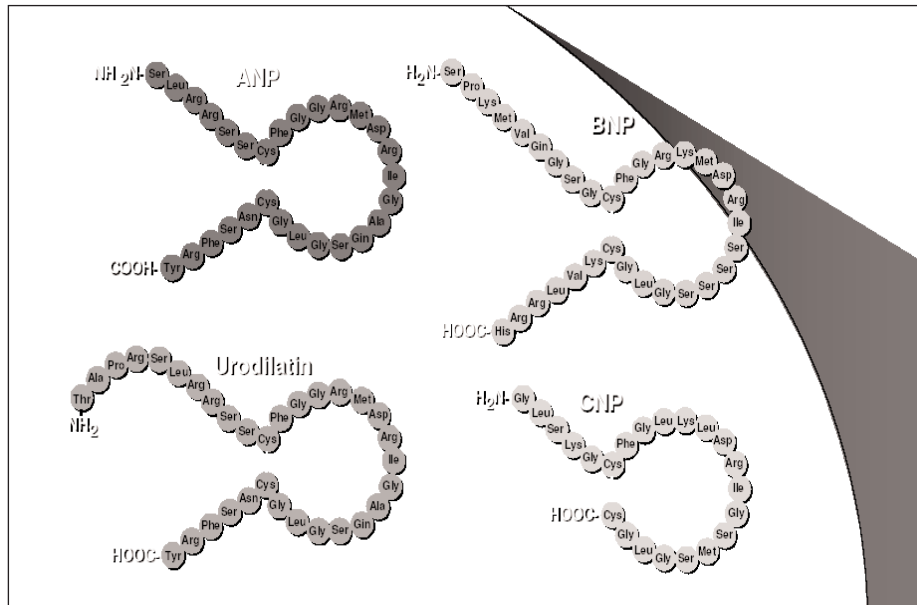
- L'obèse est le plus souvent un sujet malnutri et inactif.
- L'obésité tient d'une hyperplasie et d'une hypertrophie du TAB par stockage d'un apport excessif de molécules énergétiques (hydrate de carbone > lipides).
- Il s'agit d'une maladie de système qui se complique de pathologies associées par mécanismes hormonaux adverses et un processus inflammatoire intense.
- Elle nécessite une détection précoce grâce à des campagnes de dépistage de masse pour recommander les mesures nutritionnelles et comportementales appropriées
- Chacun dans son domaine de compétence (médical, biologique, pharmaceutique) se doit de prendre en charge ce défi et cette épidémie.
- Les parents ne sauraient être méconnus pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant notamment en le sensibilisant aux risques pour l'avenir de leur enfant

DÉFINITION DE L'OBÉSITÉ

- Le tissu adipeux est composé d'adipocytes issus de la maturité



Peptides natriurétiques



CONTRÔLE HORMONAL DE L'ADIPOGÉNÈSE

• Stimulateurs:	• Inhibiteurs:
• Cortisol	• GH
• IGF-1	• Cytokines:
• Insuline	– TNFa
• Angiotensine II	– IL-1b
• PGI ₂	– IL-11
	– INFg
	– PGF2a

HYPOTHÈSE DU GLUCOADIPOSTAT.

- Un équilibre associe les métabolismes lipidiques et glucidiques au niveau de dépense et de prise alimentaire en molécules énergétiques.
- Il conditionne le poids et le ratio masse [maigre]/[gras] du sujet.
- Il est dénommé : le mécanisme glucoadiopostat.

OUTILS D'ÉVALUATION DE L'OBÉSITÉ

L'obésité s'accompagne d'une augmentation du poids
Sa mesure doit être spécifique, sensible et pratique.

Des mesures candidates à la procédure de référence :

- impédance de tissu représentatif du couple tissu maigre/tissu gras
- IRM

Des mesures en recherche :

- Diffusion du potassium isotope stable
- Absorptiométrie différentielle aux rayons X

ÉTIOLOGIES DE L'OBÉSITÉ

- L'obésité s'installe lorsque l'apport en molécules énergétiques excède leur dépense.
- Il est impératif de différencier une obésité par excès de nourriture de celle d'une étiologie médicale. Une diagnostic est indispensable pour un traitement spécifique et un suivi pertinent

OBÉSITÉ ET HYPERPLASIE ADIPOCYTAIRE

- La maturation des pré-adipocytes (adipoblastes) produit par un phénomène irréversible un nombre d'adipocytes du tissu adipeux blanc (TAB).

CONGRES PHARMACEUTIQUE NATIONAL

Moncef Zmerli

Le Conseil National de L'Ordre des Pharmaciens, la Société des Sciences Pharmaceutiques et la Faculté de Pharmacie de Monastir ont organisé en commun le 1er Congrès Pharmaceutique National pour fêter le 30ème anniversaire de la création de la Faculté de Pharmacie. Ce fut une brillante manifestation pharmaceutique avec la participation record de plus de 500 pharmaciens de toutes les branches d'activité avec cependant une très nette prédominance des officinaux, alléchés par les thèmes professionnels proposés : la CNAM et l'assistantat en pharmacie.

L'hôtel Skanes Beatch El Mouradi de Monastir a donc abrité ce congrès les 24 et 25 Novembre 2006. Le comité d'organisation présidé par le Pr. Kamel Boukef et composé des représentants des 3 organismes a essayé de rendre le séjour des participants le plus agréable que possible et préparé un programme ambitieux avec la participation d'intervenants aussi bien tunisiens qu'étrangers.

La première matinée a débuté par les allocutions de bienvenue des co-organisateurs, Ali Naas pour le CNOP, Amor Toumi pour la SSP et Rached Azaiez pour la Faculté. Par la suite on est passé au vif du sujet et M. Naceur Gharbi, PDG de la CNAM, a présenté le "Projet tunisien de la CNAM". Il a particulièrement insisté sur l'esprit de collaboration et de recherche de solutions négociées avec les professionnels pour faire aboutir ce projet. Les discussions sont encore en cours pour faire démarrer la CNAM en Janvier 2007. Elle concernera au début les maladies chroniques et les grossesses et l'accouchement. La 2ème année verra la dispensation des ordonnances des autres classes d'affiliés sans tiers payant. Au bout de 2 années toutes les autres catégories seront concernées par le tiers payant. M. Gharbi a insisté sur les délais de règlement qui seront de 15 jours. Il a essayé de lever les appréhensions et la méfiance des pharmaciens quant à la réussite du système.

En deuxième conférence M. Lotfi Benbahmed, vice président du Conseil National des Pharmaciens d'Algérie et président du Conseil Régional d'Alger nous a présenté "l'expérience algérienne en matière d'assurance maladie". Le système ayant démarré chez eux depuis 4 ans, il nous a relaté les diverses étapes franchies ainsi que les difficultés rencontrées au démarrage et les solutions trouvées pour y remédier, pour en arriver enfin à la carte individuelle genre carte Vitale en France. Il a su nous rapporter les problèmes qui se sont posés en Algérie et qui pourraient être évités chez nous. Nous avons remarqué d'après les chiffres donnés une augmentation des chiffres d'affaire des pharmaciens conventionnés à la caisse. Cette conférence a intéressé un grand nombre de pharmaciens tunisiens vu les similitudes d'exercice tout en tenant compte des particularités régionales. Ce fut un élément déterminant dans la discussion qui s'engagea par la suite et qui fut passionnée. Elle a attiré l'attention des autorités sur les difficultés des pharmaciens à changer leurs méthodes de travail pour s'adapter à la nouvelle situation. Les réticences des confrères étaient nettes pour certains points de la convention.

Dans ses réponses, M. Gharbi a tenté de rassurer, et a insisté sur les précautions et l'accord préalable de toutes les parties pour assurer la réussite du projet.

L'après midi a débuté par la cérémonie officielle d'ouverture du congrès et a vu les allocutions de M. Kamel Boukef, président du comité d'organisation et de M. Ridha Kechrid, Ministre de la Santé Publique. Il a annoncé que l'arrêté sur la substitution sera très bientôt promulgué. Une cérémonie de décoration a eu lieu et M. le ministre a remis des Médailles du Mérite Pharmaceutique décernées par le Conseil de l'Ordre au Syndicat des Biologistes de Libre Pratique (remise à M. Bahri Chérif, secrétaire général), au Centre National de Transfusion Sanguine (remise à M. Kamel Boukef, directeur), à la faculté de Pharmacie de Monastir

(remise à M. Rached Azaiez, doyen) et à la revue Essaydali de Tunisie (remise à M. Moncef Zmerli, directeur fondateur de la revue). D'autres médailles ont été décernées par la Faculté de Monastir aux anciens doyens : Feu Mahmoud Yacoub, M.M. Moncef Jeddi, Abdelhedi Miled et Mohamed Kallel, ainsi que des enseignants de la première heure : K. Boukef, M. Hellal, R. Jazi et les missionnaires français parmi lesquels nous citerons les professeurs Ambroise Thomas, Timon David, M.P. Lefrancq, et Balansard...

Une visite de l'exposition pharmaceutique a terminé cette cérémonie protocolaire.

La deuxième séance de l'après midi a été consacrée à l'assistantat en pharmacie.

M. Ali Naas, président du CNOP a présenté un projet de texte instaurant l'assistantat en pharmacie d'officine. Le recrutement d'un pharmacien assistant deviendrait obligatoire à partir d'un CA de 450 MD. Cette clause ne toucherait que 8% des pharmacies existantes. De son côté, M. Serge Cailler, de la section D de l'Ordre National des Pharmaciens de France nous a parlé de l'expérience française d'instauration du pharmacien assistant. Il ressort de cet exposé que l'assistantat existe et est obligatoire pour toutes les branches d'activité pharmaceutiques, à tel point que le nombre d'assistants inscrits au tableau de l'ordre français dépasse celui des titulaires en officine (près de 29.000 assistants). L'assistant devient obligatoire pour chaque tranche de 1100.000 euro ! Aucune comparaison avec la Tunisie.

Ce fut ensuite le tour de M. Hédi Jamoussi, comptable, de nous parler des avantages fiscaux liés au recrutement du pharmacien assistant. Son exposé, présenté malheureusement sans planches ou diapos, a cependant donné le contexte réglementaire et présenté une étude estimative des coûts de revient d'un phar-

macien adjoint. Il en ressort que le pharmacien qui recrute un pharmacien assistant voit sa quote part d'impôts diminuée mais aussi son revenu net abaissé de 25 à 33% du montant du salaire global annuel de l'assistant. Les débats qui ont suivi ont vu des avis différents sur l'opportunité de mettre en place la structure d'assistantat obligatoire. En effet, si tout le monde est d'accord sur le principe – qui avait été adopté en A.G. depuis une vingtaine d'années- de nombreuses voies proposent d'attendre une revalorisation de la situation matérielle du pharmacien pour mettre en pratique cette décision.

Pour terminer cette journée un cocktail dînatoire fut offert aux participants conjointement par la PCT et la SIPHAT ;

La deuxième journée destinée à la formation continue a débuté par la conférence magistrale donnée par M. Amor Toumi sur " Santé et mondialisation ", en remplacement du Pr. Jean Cros qui n'a pu se déplacer à Tunis.

Ce fut ensuite le tour Du Pr. S. Sfar de nous présenter " les formes galéniques nouvelles dans le domaine de la cancérologie ".

La deuxième séance de la matinée fut consacrée à un sujet en pleine évolution dans tous les pays du monde et objet de nombreuses maladies : l'obésité. Tour à tour le Pr. F. Trivin de Tours et le Pr. S. Blousa ont parlé de " l'obésité et des désordres endocriniens " et de la " prise en charge du sujet obèse "

Les discussions qui suivirent les conférences ont permis de faire le point sur cette maladie.

Ainsi aura vécu une manifestation unique en son genre par sa forme d'organisation et qui a permis à un nombre imposant de pharmaciens de participer au 30ème anniversaire de la création de la Faculté de Monastir.

ordre-pharmaciens.org.tn

وفي هذا السياق بالذات، تضافرت جهود وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة العمومية لتطوير المناهج الدراسية والمهنية في هذا الاختصاص وساهمت النصوص والأحكام الصادرة خلال السنتين الأخيرتين في إثراء ميدان الصيدلة.

وقد نتج عن هذا الإصلاح تعميم مهنة الصيدلي المختص على جميع الشعب، وفتح آفاق جديدة للصيادلة العاملين بالمستشفيات وتجسيم انفتاح الكلية عن المستشفى، مما تتطلب مراجعة وتطوير النصوص الخاصة بالإقامة وبمهام المساعدين، والأساتذة المساعدين والأساتذة في الشعب الصيدلانية الأساسية.

وقد تحقق هذا الإنجاز الهام بفضل المكانة المرموقة التي تحتلها كلية الصيدلة بالمنستير ضمن المنظومة التعليمية الوطنية ونظراً لإشعاعها على المستوى العالمي.

—أيها السادة،

—أيها السيدات،

لقد أدرجتكم في جدول أعمالكم لهذه التظاهرة، زيادة على الخوض مع عمادة الصيادلة في مواضيع مهنية كالتّي تتعلّق بموضوع المساعدين الصيادلة، مائدة مستديرة حول النظام الجديد للتأمين على المرض.

وما من شك في أنّ الخوض في هذا الموضوع من شأنه أن يوفر لمثل هذه النخبة فرصة ثمينة لحوار ثري معمق سيساعد بكل تأكيد على مزيد الإحاطة بمختلف جوانب هذه المنظومة الرائدة التي أذن بها سيادة الرئيس زين العابدين بن علي.

ويمكن أن نقول اليوم إنّه من بين الركائز الأساسية التي من شأنها أن تساهم في إنجاح هذه المنظومة هو الانصهار في تطوير استعمال الأدوية الجينية ويمكنني

التأكيد أنّ وزارة الصحة العمومية عاقدة العزم على انتهاز هذا المنهج علماً وأن هياكل الدولة ساعية بدورها لضمان حق التعويض (Le droit de substitution) بواسطة الأدوية الجينية مع إقرار إجراءات تحفيزية للغرض.

— أيها السادة، أيها السيدات،

من المواضيع التي اختارت الجمعية التونسية للعلوم الصيدلانية أن تتناولوها بالدرس في مؤتمرهم العلمي الموحد تلك التي تتصل بالإبداع العلاجي (L'innovation thérapeutique) وبالإحاطة بمرض السمنة (L'obésité).

ويمكن أن نقول إن هذه المقاربة تمثل خير حافز لمزيد النهوض بدور الصيدلي المتعدد الاختصاصات حتى يبقى منفثاً على محيطه، على بينة بما يجد من تقدم ومن تحديات، آخذاً بعين الاعتبار الواقع الصحي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي في البلاد ليواصل الاضطلاع بدور المربي الصحي النصح.

— سيداتي،

— سادتي،

ارتأيت، بمناسبة إشرافي على افتتاح هذه الأيام العلمية، أن أسوق هذه الخواطر السريعة عساها أن تكون مساهمة مني في أشغالكم التي أتمنى لها كل النجاح.

وكلمة الختام هي أن أجدد شكري لمنظمي هذه التظاهرة وكل المشاركين فيها، وترحيبي بكافة ضيوفها وتنويعي بالمواضيع المدرجة في جدول أعمالها.

حظاً سعيداً وكان الله في عونكم،

والسلام

كلمة الدكتور محمد رضا كشريد

وزير الصحة العمومية

باسم الله الرحمان الرحيم

— أيها السادة، أيها السيدات،

إنه لمن دواعي غبطتي وسروري أن أشرف على افتتاح أشغال المؤتمر الصيدلاني الموحد الأول الذي يشترك في تنظيمه كل من عمادة الصيادلة والجمعية التونسية للعلوم الصيدلانية وكلية الصيدلة بالمنستير.

ويطيب لي بهذه المناسبة أن أشيد بهذا اللقاء البهيج، وأن أشكر لمنظميه مبادرتهم المتمثلة في توحيد جهودهم لعقد هذه التظاهرة العلمية المتزامنة مع الاحتفال بالذكرى الثلاثين لبعث كلية الصيدلة بالمنستير.

ولا شك عندي في أن لقاءكم هذا سيسمح لكم بالإحاطة بوضعية مهن الصيدلة من جميع جوانبها وسيساعدكم على تعميق أفكاركم حول واقع الصيدلة في بلادنا و حول هذه المهنة الصيدلانية النبيلة وما تفتحها لأصحابها من آفاق بفضل ما تتميز به من اختصاصات متعددة.

— أيها السادة، أيها السيدات،

لكلية الصيدلة بالمنستير الفضل الكبير في تحقيق مختلف الأهداف الوطنية في قطاع الصيدلة والدواء، وأسهمت بدور هام في التحسن الذي ما انفكت تسجله مؤشراتنا الصحية.

فمعظم مستشفياتنا يتوفر لديها اليوم إدارات صيدلانية تخرجوا من هذه الكلية.

وبفضل التخصص في البيولوجيا في مستوى الإقامة، أمكن أن نستجيب لحاجياتنا في اختصاصات التحاليل الطبية، وذلك سواء بالنسبة إلى القطاع العمومي أو بالنسبة للقطاع الخاص.

ثم إن التحسن الحاصل في مستوى التوزيع الجغرافي لصيديات البيع بالتفصيل ساعد، إلى حد كبير، على تقريب الدواء من المواطن في كامل أنحاء البلاد.

ويجدر في هذا الصدد التذكير بأن وزارة الصحة العمومية، سعياً منها إلى التخفيف من حدة المشكل الذي تطرحه ظاهرة الصيادلة العاطلين عن العمل، قامت في عدة مناسبات، بتعديل القاعدة المسماة «Numerus Clausus» بالنسبة إلى صيديات الليل والنهار على حد السواء، مما جعل العدد الجملي لصيديات الخواص يرتفع إلى 1900 صيدلية.

وكذلك الشأن بالنسبة إلى الصناعة الدوائية الوطنية، فهي أيضاً تستفيد من الكفاءات التي تخرجت من هذه الكلية.

إلا أنه لا يغيب عنا أن الصيادلة، سواء كانوا يعملون في القطاع العمومي أو ينتمون إلى القطاع الخاص، يواجهون اليوم نفس الرهان.

إنه رهان يتعين عليهم جميعاً أن يكسبوه، رهان يتمثل في التوظيف الأمثل لكفاءاتهم التي لا تحتمل الشك من أجل تدعيم دورهم في قطاع الصيدلة، هذا القطاع الذي ندرك جميعاً أهميته الاستراتيجية الكبرى.

الصيدلانية

التونسية

مجلة تصدرها كل ثلاثة أشهر الجمعية التونسية للعلوم الصيدلانية

المدير المسؤول : محمد المنصف الزمرلي

عدد 101

ديسمبر 2006

الفهرس

- كلمة السيد وزير الصحة العمومية 63
- كلمة الأستاذ كمال بوكاف في حفل إفتتاح المؤتمر 3
- التأمين على المرض في تونس 5
- الناصر الغربي
- الاصلاحات والضمان الإجتماعي : التجربة الجزائرية 9
- لطفي بن بحد
- التنظيم الفرنسي للصيادلة المساعدين بالصيدليات الخاصة 23
- د. سارج كأيبي
- فهرست مجلة الصيدلي التونسي، من العدد 87 (جوان 2003) 31
- إلى العدد 100 (سبتمبر 2006)
- الصحة والعولمة 35
- أ. عمر التوموي
- الأشكال الصيدلانية الجديدة لمعالجة السرطان 39
- أ. سعاد صفر
- معالجة السمّة 47
- أ. سميرة بلوزة شبشوب
- السمّة واضطرابات الغُد الصمّاء 54
- أ. فرنسوا تريفيين
- أخبار المؤتمر الصيدلي الوطني 60
- المنصف الزمرلي

الهيئة الإدارية للجمعية التونسية للعلوم الصيدلانية

الرئاسة الشرفية

الراضي الجازي
محمد المنصف الزمرلي
كمال بوكاف

الرئيس

عمر التومي

نائب الرئيس

الراضي درغوث

الأمين العام

شاذلية فندري

أمين عام مساعد

نبيل شوشان

أمين مال

مختار بالعاية

أمين مال مساعد

زينب كريشان

أعضاء

لطيفة بنزرتي شبيّاتة
نادية منقعي فنيّة

هيئة التحرير

ن. شوشان

ك. بوكاف

م. الزمرلي

ر. الجازي

ب. اللواتي

ف. العسلي

العنوان

دار الصيدلي

56، نهج ابن شرف - 1002 تونس - البلفيدير

الهاتف : 71 795 722 / الفاكس : 71 790 847

مطبوعة

علامات للطباعة والنشر

13، نهج 8612 الشرقية 1 - تونس

الهاتف : 71 797 072 / الفاكس : 71 771 133

جميع الحقوق محفوظة

الهيئة العلمية

س. عبّيد، ر. عزيز، ف. بيّا، خ. بن عبد الله، م. أ. بن عمر، ن. ف. بن عريبيّا، س. بن ريان، ك. بوكاف، ن. بوجعفر، أ. بوسلامة، أ. شاكر، ر. شملي، ن. شوشان، ش. فندري، ح. أ. هيلة، ف. هيلة، ر. جازي، ف. جنحاني، ن. كعباشي، ع. هذيلي، م. قلال، م. قروي، ح. خصايري، ر. خوجة الخيل، م. كرتاس، ع. ميلاد، ت. مسعود، م. ف. نجار، ف. صفطة، م. ر. سلامي، م. ف. صفار، س. صفار، س. صفار، سليم، ع. تومي، ن. ف. تومي، م. زريبي، ك. معروف، م. زيلي.