



INFOSANTÉ

La revue des professionnels de santé et du médicament



INTERVIEW
PR. J. BELLAKHDAR



CHARDON À GLU



INTERVIEW
M. A. BOURKADI



COUVERTURES
DES JOURNÉES

PHYTOTHÉRAPIE AU MAROC : ENTRE SCIENCE ET CHARLATANISME

Les outils du marketing
en officine

Fiche de synthèse
Grossesse et RGO

Actualités thérapeutiques
de la fibromyalgie



Casablanca, le 01 Septembre 2014

Cher Docteur,
Cher Confrère et Chère Consœur,

Le laboratoire pharmaceutique IBERMA a le plaisir de vous annoncer le lancement de sa nouvelle spécialité pharmaceutique :

Yodocefol[®]

YODOCEFOL[®] est le 1^{er} médicament regroupant **l'iode**, **l'acide folique** et **la vitamine B₁₂**.

YODOCEFOL[®] est indiqué dans la prévention des troubles dus à la carence en iode, acide folique et vitamine B₁₂ chez les femmes enceintes durant le premier trimestre.

YODOCEFOL[®] est indiqué également un mois avant la conception comme prophylaxie contre les défauts du tube neural et prévention des troubles neurologiques chez le fœtus.

YODOCEFOL[®] est disponible sous forme de Boîte de 28 comprimés au prix de **71Dhs**.



Dr Nadia IBNTABET
Pharmacien responsable

A prendre depuis la **préconception** et pendant la **grossesse**



Sommaire

En toute franchise....	05
Actualités....	06
Pharmacovigilance....	10
À vrai dire : Interview de M. A. Bourkadi....	12
Dossier / Phytothérapie au Maroc : entre science et charlatanisme....	15
Actualités thérapeutiques de la fibromyalgie....	28
Fiche de synthèse : grossesse et RGO....	32
Cas de comptoir : Les poux de la tête....	34
Couverture : 1ère Journée scientifique de Management pharmaceutique....	36
Couverture: La pharmacovigilance des pays arabes en question....	38
Les outils du marketing en officine....	42
Remède ou poison : Chardon à glu....	44
Prochains évènements....	46
Arrêt sur une image....	48
La chronique aigüe....	49

COMITÉ DE RÉDACTION

Pharmaciens

M. Abderrahim Derraji
M. Zitouni Imounachen
M. Youssef Khayati
M. Mohamed Meiouet
Mme. Dalal Chraïbi
M. Ali Asdadi
M. Abdelkarim Khattou
M. Mimoun Fredi

Médecins

Prof. Abdelkader Belkouchi
Prof. Mati Nejmi
Prof. Badre Souoûd Benjelloun
Dr. Jamal Mounach



Chardon à glu, Une plante à éviter!

MOT DU COMITÉ

Nous avons le plaisir de vous adresser le 5ème numéro de votre Web magazine Infosanté. Comme d'habitude, notre comité s'est attelé à vous choisir des sujets d'actualités en rapport avec l'environnement dans lequel vous exercez.

Notre dossier a été consacré à l'usage des plantes médicinales au Maroc. Ce dossier contient une interview de l'éminent chercheur et expert en la matière, le Pr. Jamal Bellakhdar, ainsi qu'une interview de M. Hassan Imounachen, pharmacien d'officine à Oujda et un des initiateurs d'une expérience entreprise par un groupe de pharmaciens qui a pour finalité d'aider à court et moyen terme le pharmacien d'officine à mieux connaître les plantes médicinales tout en espérant le doter à long terme d'outils lui permettant de devenir un acteur majeur de la phytothérapie.

Notre équipe a également interviewé M. Abdellah Bourkadi, membre de la commission transitoire qui vient d'être mise sur pied pour organiser les élections des conseils régionaux en les dépouillant au passage de certaines pratiques qui ont terni l'image de marque des instances ordinaires.

Comité de rédaction
contact@Infosante.ma

Le laboratoire IBERMA introduit au Maroc le leader Espagnol des génériques. Des décennies d'expérience avérée, aujourd'hui au service du patient marocain ●



NORMON



EN TOUTE FRANCHISE

Facultés «privées» de médecine : quel enseignement faut-il en tirer ?

La ville de Casablanca et la ville de Rabat verront bientôt l'ouverture d'universités payantes destinées à former des professionnels de santé, notamment des médecins.

Il s'agit de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé qui démarrera ses formations au sein des locaux de l'Université Internationale de Casablanca, et de l'Université Internationale Abulcasis des Sciences de la Santé de Rabat qui est déjà prête à accueillir la promotion 2014-2015.

Le démarrage de ces deux établissements qualifiés par le ministre de l'enseignement "d'établissements publics gérés selon le modèle privé", suscite beaucoup d'inquiétudes auprès du corps enseignant des facultés de médecine existantes, ainsi que chez les étudiants de ces mêmes facultés qui ont organisé plusieurs manifestations à Casablanca.

En plus des 5 universités existantes, les deux facultés non étatiques et le projet de faculté de médecine d'Agadir et de Tanger devraient contribuer à la formation d'un nombre important de médecins et contrecarrer le déficit en la matière. Celui-ci résulte du nombre insuffisant de médecins formés, d'un côté, et de la migration d'un nombre important de ces praticiens vers les pays européens, de l'autre.

Contrairement aux enseignants en médecine, les parents appartenant aux classes « aisées » et à la classe moyenne peuvent accueillir favorablement le lancement de ces deux universités. Auparavant, ils étaient contraints de faire de grands sacrifices pour envoyer leurs enfants dans de lointains pays pour pouvoir les inscrire en médecine. Aujourd'hui, ils pourront les inscrire au Maroc moyennant 110000 à 120000 DH par an. En échange de cette somme, et après avoir été admis au concours d'accès, leurs enfants pourront bénéficier d'un cursus dont le contrôle pédagogique et scientifique devrait être effectué par le ministère de l'enseignement. Cette option leur évitera les difficultés inhérentes à l'apprentissage d'une langue étrangère ainsi que les affres de l'exil.

Bien que la coexistence des deux systèmes puisse dans certaines conditions être à l'origine d'une émulation susceptible de tirer l'enseignement de la médecine au Maroc vers le haut, il n'en reste pas moins que l'État marocain a le devoir de continuer à soutenir comme il se doit les facultés publiques pour ne pas en faire le parent pauvre des études médicales et à la longue les voir s'éclipser et laisser la place à un enseignement privé inaccessible à un large pan de la population marocaine.

Quant aux universités privées, elles n'ont d'autres choix que de faire de la qualité leur priorité. Et ce, pour ne pas hypothéquer l'avenir de leurs lauréats, pour contribuer à combler le manque de médecins dont souffre le Maroc, et pourquoi pas, devenir une destination de choix pour tous les étudiants africains et arabes en quête de formations francophones de qualité.

Abderrahim Derraji





ACTUALITÉS

Les responsables du Ministère de la Santé adoptent la formation continue

Le 23 Septembre 2014, le ministre de la santé, El Houssaine Louardi, a présidé à l'ENSP (École Nationale de Santé publique) en présence de responsables et d'acteurs nationaux et internationaux, la cérémonie de lancement de la première session de formation des responsables du Ministère de la Santé dans les domaines de la gestion stratégique et le développement du leadership.

Cette formation lancée par la Direction des Ressources Humaines, en partenariat avec l'Ecole Nationale de Santé Publique, s'inscrit dans le cadre de la concrétisation des actions de formation continue prévues dans la stratégie sectorielle 2012 – 2016 du Ministère de la Santé,

Le programme qui a démarré le même jour, est dédié à 1475 responsables du Ministère de la Santé, avec 53 sessions de formation, et durera 7 mois. Ce programme comprend les six domaines suivants : la planification et l'évaluation de la performance, la gestion des projets, la communication et le leadership, la gestion et l'évaluation de la performance hospitalière, la gestion de la circonscription sanitaire et des programmes sanitaires, la gestion financière et comptable et la gestion de la maintenance.

Les bénéficiaires de cette formation seront les chefs de division de l'administration centrale, les chefs de service de l'administration centrale, les directeurs régionaux de la santé, les délégués du Ministère de la santé, les directeurs des hôpitaux CHR/CHP/HL, les médecins-chefs des SIAAP, les chefs de service administratifs des délégations et les chefs de service



J.P.I.C 2014 : le monopole et les bonnes pratiques à l'honneur

La Journée Pharmaceutique Internationale de Casablanca (J.P.I.C 2014) de cette année aura lieu le samedi 11 Octobre 2014 à l'Hotel Hyatt Regency de Casablanca.

L'édition de cette année aura pour thèmes principaux : les bonnes pratiques officinales pharmaceutiques et le monopole du pharmacien d'officine. Ces deux thèmes seront abordés par des intervenants marocains et étrangers, notamment le Pr Olivier Bugnon (Enseignant de pharmacie clinique, Universités de Genève et Lausanne) et un représentant de l'ordre des pharmaciens du Canada. Ces derniers enrichiront le débat en rapportant les expériences de leurs pays respectifs et leurs spécificités.

En faisant le choix de thèmes aussi cruciaux, les organisateurs de cet événement ont fait preuve de beaucoup de clairvoyance, car jamais le monopole du pharmacien et les bonnes pratiques officinales n'ont été autant à l'ordre du jour que ces derniers temps.

Plusieurs symposiums auront lieu tout au long de cette journée, notamment concernant la prise en charge de l'asthme, les douleurs neuropathiques et l'alimentation des enfants de 0 à 3 ans.

France : les pharmaciens en grève contre la réforme des professions libérales

Le mardi 30 septembre, les professions libérales sont descendues dans la rue à Paris et dans le reste de la France, pour réclamer l'abandon d'un projet gouvernemental de réforme des professions libérales. Un mouvement qui a conduit à la fermeture de près de 90 % des officines.

Les pharmaciens redoutent la possible ouverture du capital des sociétés d'exercice libéral (SEL) à des investisseurs extérieurs. Mais, ils n'étaient pas les seuls à protester. Les syndicats de médecins, de dentistes mais aussi de notaires et d'avocats, avaient appelé à fermer leurs portes et à descendre dans la rue.

Si Emmanuel Macron, le nouveau ministre de l'Economie, qui porte le projet de loi "croissance et pouvoir d'achat" dans lequel est inscrite la réforme des professions libérales, a jugé le mouvement "légitime", Bercy a renvoyé la raison de la grève à son prédécesseur : "Ces manifestations sont légitimes mais semblent à contretemps. On a l'impression qu'elles sont une réaction aux propos de juillet tenus par Arnaud Montebourg, plutôt qu'à la réalité actuelle des discussions".





ACTUALITÉS

France : 10 mesures "choc" pour la réduction du tabagisme

La ministre de la santé française Marisol Touraine a annoncé le 25 septembre le "*Programme national de réduction du tabagisme*" (PNRT) qui a pour objectif de diminuer de 10 % le nombre de fumeurs en France d'ici 5 ans et de 20 % d'ici 10 ans. L'une des mesures phares de ce programme prévoit de tenter de diminuer l'attrait pour le tabac en mettant en place début 2016 le "**paquet neutre**", mesure expérimentée en Australie depuis fin 2012.

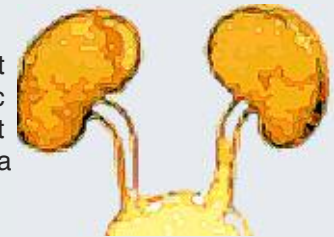


Voici les 9 autres mesures "choc" annoncées par Marisol Touraine :

1. Interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans.
2. Rendre "non fumeurs" les espaces publics de jeux pour enfants.
3. Encadrer la publicité pour les cigarettes électroniques et interdire le vapotage dans certains lieux publics.
4. Diffuser massivement une campagne d'information choc.
5. Impliquer davantage les médecins traitants dans la lutte contre le tabagisme.
6. Améliorer le remboursement du sevrage tabagique.
7. Créer un fond dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (prévention, sevrage, information).
8. Renforcer la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac.
9. Renforcer la lutte contre le commerce illicite de tabac.

NephroCheck : Test de diagnostic rapide de l'IRA

L'Agence Américaine des Produits alimentaires et médicamenteux (FDA) vient d'octroyer une autorisation de mise sur le marché (AMM) au premier test de diagnostic rapide de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) chez les patients hospitalisés en état critique. L'objectif d'un tel test est de les diagnostiquer rapidement afin de prévenir la survenue de lésions rénales irréversibles.



Malheureusement, les résultats des tests de laboratoire classiques ne sont souvent disponibles que lorsque la pathologie a déjà progressé à un stade modéré ou sévère. Dans ces conditions, il est trop tard pour prévenir une atteinte rénale permanente ou un décès.

Le NephroCheck dose des marqueurs précoces de l'IRA. Il fournit des résultats en 20 minutes et permet d'établir le risque d'IRA dans les 12 heures à venir. Il détecte et mesure la présence dans l'urine humaine de deux biomarqueurs: l'IGFBP7 (insulin-like growth factor binding protein 7) et le TIMP-2 (tissue inhibitor of metalloproteinases) urinaires, associés à l'IRA. Ces deux biomarqueurs ont été sélectionnés parmi 340 autres parce qu'ils sont spécifiques des lésions néphrologiques qui surviennent précocement au cours de l'IRA.

« Le test est déjà disponible en Europe (marquage CE) mais son intérêt reste à préciser car nous manquons encore d'études cliniques » a commenté le Dr Antoine Dewitte (Réanimateur, CHU de Bordeaux) coordinateur d'une étude clinique intégrant ce nouveau test avec le Pr Christian Combe (Service de Néphrologie Transplantation Dialyse, CHU de Bordeaux). « Cependant, les premières données disponibles semblent montrer une faible spécificité ».

Le taux de faux positif était approximativement de 50% dans les deux essais d'évaluation réalisés par la FDA : soit un patient sur deux diagnostiqué à tort avec une IRA !

ÉBOLA EN CHIFFRES

Pendant trois jours, les autorités ont découvert en Sierra Leone, pas moins de **70** corps, ainsi que **150** nouveaux cas de virus Ebola, qui s'ajoutent aux près de **6.000** cas détectés dans la région depuis le début de l'épidémie.

D'après les dernières données publiées par l'Organisation mondiale de la Santé le 18 septembre, le virus Ebola a fait **2.793** morts pour **5.762** personnes contaminées, ce qui correspond à un taux de mortalité de **48,47%**.

L'OMS table sur **20.000** personnes infectées d'ici la fin de l'année : **16%** en Guinée, **40%** au Liberia et **34%** en Sierra Leone.



Sécurité sanitaire et biologique : lancement d'un partenariat Maroc- Allemagne

Un programme de partenariat en matière de sécurité sanitaire et biologique a été signé entre le Maroc et l'Allemagne, le mercredi 01 octobre.

Ce programme, qui a été conclu entre le Ministère de la Santé et l'Institut Robert Koch, en présence du Ministre de la santé, le Professeur El Houssaine Louardi, de l'Ambassadeur/ Délégué adjoint du gouvernement fédéral d'Allemagne à Rabat et de l'Ambassadeur d'Allemagne à Rabat, s'étendra de 2014 à 2016 et vise à renforcer la prévention des risques sanitaires d'origine biologique, la surveillance épidémiologique et la détection précoce des maladies transmissibles et des risques sanitaires d'origine biologique, la biosécurité, la biosûreté et la riposte contre les risques de santé publique.

À cette occasion, une déclaration de partenariat a été signée entre le Ministère de la Santé, le Centre épidémiologique fédéral de veille, d'alerte, d'action et de recherche opérationnelle sur la lutte contre les épidémies, et la GIZ, l'agence de coopération internationale allemande pour le développement. Ce programme de partenariat mobilisera une enveloppe budgétaire s'élevant à 1 Million d'Euros, et sera fournie par le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne.

Pour rappel, l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) recommande aux ministères de la santé de pays membres de jouer un rôle prépondérant dans tous les domaines de la planification pour faire face aux épidémies naturelles, accidentelles ou provoquées de façon intentionnelle.

En effet, le risque sanitaire d'origine biologique, qu'il soit émergent ou provoqué, constitue un problème majeur de santé publique, impliquant des agents microbiens d'une grande virulence, hautement pathogènes, et dont certains ont été à l'origine d'accidents et d'épidémies sévères.

En outre, le Règlement Sanitaire International (RSI), tel que révisé en 2005, a pour objet d'assurer le maximum de protection contre la propagation internationale des maladies et d'autres risques de santé publique.



Pr. Louardi en compagnie de M. Christoph Eichhorn et M. Michael Witter

Le Maroc intègre la Fédération Internationale des Étudiants en Pharmacie.

Le 60ème Congrès Mondial de la Fédération Internationale des Étudiants en Pharmacie (IPSF), qui a eu lieu cette année à la ville de Porto au Portugal, a connu pour la première fois la participation d'une délégation marocaine composée de deux étudiants du Bureau des Etudiants en Pharmacie de Casablanca (BEPC). À l'issue d'un vote à l'unanimité de l'assemblée générale, en marge de ce congrès, le Maroc est devenu membre de l'IPSF.

Désormais donc, les étudiants en pharmacie marocains auront le droit de bénéficier des différents programmes réalisés par la fédération internationale, notamment le SEP (Student Exchange Program) qui permettra aux étudiants nationaux d'effectuer des stages dans l'un des 64 pays membres de l'IPSF. Nos étudiants pourront participer également aux congrès régionaux et internationaux et aux symposiums organisés chaque année par la fédération à travers le monde.



Photo : João Pedro Rocha



Roche a acquis la totalité d'InterMune

Le 29 septembre, le groupe suisse Roche a acquis la totalité des parts de l'Américain InterMune. En août dernier, il avait lancé une OPA (Offre publique d'achat) colossale d'une valeur de 8,3 milliards de dollars, soit 74 dollars/action.

InterMune est une société basée à Brisbane, en Californie. Elle est spécialisée dans le développement et la commercialisation de nouvelles thérapies dans le domaine pulmonaire et les maladies orphelines. Son portefeuille comprend notamment l'Esbriet (pirfenidone), un nouveau traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique qui est déjà commercialisé en Europe et au Canada et qui devrait être approuvé par la FDA cette année.



Baxter amorce un partenariat avec Merrimack

Baxter, le laboratoire américain a fait une alliance d'envergure avec son compatriote Merrimack Pharmaceuticals dans le domaine de l'oncologie. Le montant total de cette collaboration pourrait avoisiner 1 milliard de dollars.

Les deux groupes ont conclu un accord de collaboration et de licence pour le développement et la commercialisation de l'anticancéreux MM-398 (injection d'irinotécan nanoliposomal) de Merrimack. Baxter aura ainsi les droits exclusifs de commercialisation de ce composé, pour toutes ses indications potentielles, à l'exception des États-Unis et de Taïwan.

Le MM-398 est actuellement en phase III d'essais cliniques chez les patients souffrant d'un cancer du pancréas métastatique qui ont préalablement été traités avec des thérapies à base de gemcitabine. Ce médicament contient de l'irinotécan, un agent anticancéreux déjà mis sur le marché, qui est encapsulé dans une formulation nanoliposomale. Cette nouvelle forme de l'irinotécan permettrait un meilleur dépôt du médicament et prolongerait ses effets cytotoxiques, dans le but d'améliorer ses propriétés anti-cancéreuses.

Cancer du sein agressif : un médicament aux résultats «phénoménaux»

Lors du congrès annuel de la Société européenne pour l'oncologie médicale (ESMO), qui a eu lieu à Madrid du 26 au 30 septembre, les résultats de l'étude de phase III Cleopatra ont été dévoilés.

Lors de cet essai clinique financé par le laboratoire Roche, 808 femmes souffrant d'un cancer du sein métastatique ont été incluses. La moitié d'entre elles ont reçu du Perjeta (pertuzumab) en plus de l'Herceptin et d'une chimiothérapie habituellement délivrés dans ce cadre. Elles ont survécu, en moyenne, 15,7 mois de plus que celles qui avaient eu seulement l'Herceptin et la chimiothérapie.

Selon les auteurs de l'étude, cet allongement de la survie est le plus important jamais observé lors d'un essai médicamenteux pour un cancer du sein métastatique. Herceptin (trastuzumab) et Perjeta (pertuzumab) bloquent tous deux différentes fonctions des protéines HER2. Situées à la surface des cellules cancéreuses, ces protéines sont responsables, lorsqu'elles sont trop nombreuses, d'une agressivité plus grande de la tumeur, qui entraîne davantage de métastases et une plus grande résistance aux thérapies conventionnelles. Cela concerne environ 20 % des cancers du sein.

Le prix Frost & Sullivan 2014 a été remis à Adocia

Le prix Frost & Sullivan 2014 du Leadership en Innovation Technologique pour l'Industrie des Protéines Thérapeutiques a été remis à Adocia. Frost & Sullivan a félicité la société de biotechnologie pour « sa capacité à combiner l'excellence technologique avec une innovation visionnaire, tout en évoluant dans une industrie très compétitive ».

La technologie-clé d'Adocia, BioChaperone®, est un système innovant de délivrance moléculaire de protéines thérapeutiques, inspiré par l'héparine. BioChaperone® a été conçue pour améliorer la sûreté et l'efficacité des protéines thérapeutiques. Frost & Sullivan note en particulier « qu'Adocia a excellé en développant une nouvelle technologie qui peut être personnalisée pour chaque protéine » et que « BioChaperone® contribue de manière remarquable à l'amélioration des hormones, facteurs de croissance et anticorps monoclonaux ».

Pour rappel, Adocia est une société de biotechnologie spécialisée dans le développement de formulations innovantes de protéines thérapeutiques déjà approuvées, avec une forte expertise sur les insulines.

DOMPÉRIDONE : DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS

De nouvelles recommandations pour minimiser les risques cardiaques des médicaments contenant de la dompéridone

Source : ANSM - 1 septembre 2014

Le rapport bénéfice/risque de la dompéridone, principe actif utilisé en France depuis 1980 comme anti-émétique, a été ré-évalué à l'échelle européenne ce qui a poussé l'ANSM (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé*) à publier, à nouveau, des recommandations pour réduire le risque d'effets indésirables liés à l'utilisation de cette molécule.

Selon l'agence française, les spécialités à base de dompéridone peuvent être à l'origine d'effets indésirables graves pouvant affecter le cœur (dont l'allongement de l'intervalle QT). Les AMM de ces spécialités ont été modifiées en 2004 puis en 2007. En 2011, les professionnels de santé ont été sensibilisés sur les risques cardiaques rares mais potentiellement sévères (arythmie ventriculaire et mort subite) associés à l'utilisation de dompéridone.

L'ANSM a déclenché la procédure de réévaluation du bénéfice/risque de la dompéridone suite à l'observation de nouveaux cas d'effets indésirables cardiaques graves associés à l'utilisation de produits à base de dompéridone.

Selon ce même point d'information, cette réévaluation, qui s'est achevée en juillet 2014, a confirmé **le risque d'effets indésirables cardiaques graves associés à l'utilisation de la dompéridone, notamment un allongement de l'intervalle QT, des torsades de pointes, une arythmie ventriculaire grave, voire une mort subite**. Ce risque est accru chez les patients de plus de 60 ans, chez ceux qui reçoivent une dose quotidienne de plus de 30 mg ou en cas de prise concomitante d'autres médicaments qui allongent l'intervalle QT ou d'inhibiteurs du CYP3A4.

De ce fait, de nouvelles mesures permettant de minimiser les risques ont été mises en place:

Restrictions :

Notamment la restriction des indications au seul soulagement des symptômes de type nausées et vomissements.

Doses :

La dose maximale quotidienne est de 30 mg chez l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans, et de 0,75 mg/kg chez le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant (<12 ans) et l'adolescent de moins de 35 kg.

Durée de traitement:

La durée du traitement ne doit généralement pas dépasser une semaine.

Nouvelles contre-indications:

Chez les patients présentant un risque particulièrement élevé ont été ajoutées : insuffisance hépatique modérée ou sévère, affections qui allongent ou pourraient modifier la conduction cardiaque, affections cardiaques sous-jacentes, prise concomitante de certains médicaments (qui allongent l'intervalle QT, inhibiteurs du cytochrome P450 3A4).



Photo - A. Derraji - Droits réservés

NOUVEAUX AU MAROC

BICALUTAMIDE COOPER®

Laboratoires : COOPER PHARMA
Composition : Bicalutamide
Propriété : Antiandrogène non stéroïdien
Présentation : 30 comprimés dosés à 50 mg
PPV : 545 DH
P. Hôp. : 465 DH

INROS®

Laboratoires : COOPER PHARMA
Composition : Acide Alendronique
Propriété : anti-résorptif qui permet de lutter contre la perte osseuse à l'origine de l'ostéoporose.
Présentations :
- Boite de 4 comprimés dosés à 70 mg correspondant à un mois de traitement
PPV : 170 DH
- Boite de 12 comprimés dosés à 70 mg correspondant à trois mois de traitement
PPV : 455 DH

ISPERID®

Laboratoires : COOPER PHARMA
Composition : Rispéridone
Propriétés : Antipsychotique de 2ème génération.
- Boite de 30 comprimés dosés à 1mg de Rispéridone **PPV : 81,90 DH**
- Boite de 60 comprimés dosés à 1mg de Rispéridone **PPV : 141,10 DH**
- Boite de 30 comprimés dosés à 2 mg de Rispéridone. **PPV : 134,30 DH**
- Boite de 60 comprimés dosés à 2mg de Rispéridone . **PPV : 236,00 DH**
- Boite de 30 comprimés dosés à 3 mg de Rispéridone. **PPV : 186,70 DH**
Boite de 30 comprimés dosés à 4 mg de Rispéridone. **PPV : 220,00 DH**

YODOCEFOL®

Laboratoire : IBERMA
Composition : Acide folique, Iode et Vitamine B12
Présentation : Boite de 28 Comprimés.
PPV : 71 DH

OVUSITOL®

Laboratoires : IBERMA
Composition : Inositol et Acide folique
Présentation : Boite de 30 sachets
PPV : 165 DH

LÉTROZOLE®

Laboratoires : ZENITHPHARMA
Composition : Létrizole Zenith 2,5 mg
Classe thérapeutique : cancérologie
Présentation : Boite de 30 comprimés
PPV : 630 DH

NOCTIZEN®

Laboratoires : ZENITHPHARMA
Composition : Zolpidem
Propriétés : Anxiolytiques
Présentations :
- Boite de 10 comprimés dosés à 10 mg de Zolpidem
PPV : 25.20DH
- Boite de 20 comprimés dosés à 10 mg de Zolpidem
PPV : 44.90DH

MELICAM®

Laboratoires : IPHARMA
Composition : Méloxicam
Propriété: AINS
Présentation : Boite de 20 sachets
- MELICAM® 7,5mg
PPV : 51 DH
- MELICAM®15mg
PPV : 83,60 DH

AVIS AUX LABORATOIRES

Pour informer les pharmaciens et les médecins sur les nouvelles spécialités pharmaceutiques commercialisées au Maroc, nous diffusons, **sans contrepartie**, des extraits de mailings les concernant.
Pour nous permettre de diffuser à temps ces informations, nous demandons à tous les laboratoires de nous envoyer les mailings correspondants à leurs nouveaux produits à l'adresse suivante : **contact@infosante.ma**.

À VRAI DIRE

Photo - A. Derraji - Droits réservés

LA RAISON D'ÊTRE DE NOTRE COMMISSION EST L'ORGANISATION D'ÉLECTIONS TRANSPARENTES, LIBRES ET DÉMOCRATIQUES...

Interview de M. ABDELLAH BOURKADI

Pharmacien d'officine et membre de la commission spéciale provisoire

Propos recueillis par Imounachen Zitouni

À la suite de la dissolution des conseils régionaux et de la publication de la liste des membres de la commission transitoire chargée d'organiser les prochaines élections des conseils régionaux, notre rédaction a jugé opportun d'interviewer M. Abdellah Bourkadi, pharmacien titulaire à Guercif et ancien député aux couleurs du parti de l'Istiqlal.

Rédaction Infosanté : Voulez-vous rappeler à nos lecteurs les missions principales de la commission spéciale provisoire dont vous êtes membre ?

Réponse de M. Abdellah Bourkadi :

Notre mission principale est la préparation des élections des conseils régionaux. La raison d'être de notre commission est bien celle-ci.

Nous allons nous atteler à préparer les conditions nécessaires pour l'organisation d'élections démocratiques, libres et transparentes des conseils régionaux nord et sud. Après quoi, on passera le flambeau à ces instances pour qu'elles puissent redorer le blason de notre profession.

En somme, il faut qu'on aille dans le sens de la nouvelle constitution qui prône plus de démocratie et de transparence.

Hormis la préparation des élections, quels sont les autres chantiers prioritaires pour votre commission ?

Il va y avoir une concertation au sein de la commission pour définir et prioriser les actions à mener. Chaque membre va soumettre ses propositions aux autres membres de cette dernière, et on retiendra par consensus les chantiers les plus urgents.

Personnellement, je pense que ce qui pose un grand problème aujourd'hui pour les pharmaciens d'officine, ce sont les horaires de travail et les gardes. Elles ont une incidence directe sur le revenu des pharmaciens ce qui explique leur intérêt pour cette question.

Concernant ces deux problématiques, on ne peut qu'exhorter les officinaux à se comporter comme de vrais pharmaciens respectueux de la déontologie et œuvrant pour préserver la noblesse de notre profession.

La commission va essayer, en concertation avec les autorités locales, de rétablir l'ordre. Cela risque de demander du temps, car on doit se concerter avec les syndicats et les différents acteurs de la profession, et peut être même, qu'on sera amené à descendre sur le terrain pour aller voir les pharmaciens et recueillir leurs doléances et propositions. On va mener une première action dans une ville pilote, probablement une grande ville (Casablanca ou Rabat), et après on fera une translation de l'expérience à travers le royaume.

Est-ce que douze mois sont suffisants pour réaliser vos missions ?

Si j'ai commencé par dire qu'il faut focaliser notre action sur deux ou trois chantiers, c'est justement pour respecter le temps qui nous est imparti. C'est un temps

règlementaire qu'on doit respecter. Et pour cela, on ne doit pas nous attaquer à beaucoup de problématiques à la fois, mais plutôt choisir deux ou trois chantiers et les mener jusqu'au bout.

Y a-t-il un risque de voir la commission provisoire devenir permanente ? (Rire!)

Sincèrement, la loi nous donne une durée de 12 mois pour réaliser nos objectifs, mais des contraintes législatives ne sont pas exclues, notamment si le parlement tarde à voter quelques amendements. Cela pourrait arriver, mais je pense et j'espère que tout se fera dans les temps.

La commission est composée de 10 pharmaciens d'officine et de 11 membres de l'administration. Que pensez-vous de cette répartition ?

C'est la loi ! Et on doit la respecter.

Dans ce cas, que pensez-vous justement de cette loi ?

Il y a certes une domination de l'administration. Mais si l'administration se montre malléable et essaie de comprendre le pharmacien, cette répartition sera un élément très positif. En effet, la commission compte parmi ses membres des gens hautement qualifiés dans différents domaines, et cela va nous faciliter la tâche pour aller plus vite.

Quel était votre sentiment après les premières réunions de la commission ?

En toute sincérité, on sent une volonté de l'administration de faire sortir la profession de son impasse provisoire. Je dis provisoire car si le mode de scrutin était autre que celui par correspondance, on n'aurait pas été dans l'état de déliquescence actuel. L'administration est là pour aider les pharmaciens. C'est le sentiment qui prédomine.

La loi confère à la commission provisoire toutes les prérogatives des conseils déchus, pour ce faire, six membres de cette commission permettront au Conseil National de l'Ordre de former son bureau pour exercer les missions qui lui sont dévolues. Comment seront choisis ces membres ?

Je vous rappelle que la commission provisoire vient de faire sa première réunion, et on n'a pas encore abordé ce sujet. Mais ce qui est sûr c'est que le choix de ces membres se fera très bientôt par consensus.

Vous étiez le président de la mission d'information sur le prix du médicament au Maroc, comment jugez-vous l'évolution de ce dossier depuis la publication de votre rapport en 2009 jusqu'à aujourd'hui ?

Je suis très satisfait d'avoir été un des acteurs de la baisse des prix du médicament. Je suis satisfait parce que les pharmaciens en sont satisfaits.

En êtes-vous vraiment sûre ?

Oui, la majorité des pharmaciens sont satisfaits de l'issue de cette inévitable baisse des prix.

Je vais vous poser une question à mon tour : pensez-vous que nous devons résoudre nos problèmes financiers par une augmentation du prix des médicaments ? La réponse est non.

Le citoyen marocain a un budget annuel fixe réservé aux médicaments, et ma satisfaction est quand je constate que ce dernier arrive à avoir tout son traitement avec ce budget. De plus, on a pu avoir 4% de marge supplémentaire sur la majorité des médicaments.

Je voudrais préciser que le processus de baisse de prix des médicaments ne fait que commencer, et qu'il a indirectement fait une promotion au médicament générique. D'ailleurs, le grand gagnant de cette baisse de prix n'est autre que le générique. Aujourd'hui, il est accepté par les médecins, par les pharmaciens et par les citoyens. Et quand un médicament est moins cher que les autres, le citoyen ne se pose plus de question par rapport à sa qualité, car il sait, désormais, que cette baisse de prix est le résultat d'une volonté politique.

Ne pensez-vous pas que le droit de substitution aurait du accompagner cette baisse de prix?

À titre personnel, je pense que le droit de substitution risque de créer une zizanie incroyable au sein de la profession. Il va léser les petites pharmacies.

Primo, la notion d'unicité du prix du médicament va disparaître, et les patients vont commencer à faire le tour des pharmacies à la recherche des spécialités les moins chères. Secundo, comme le veut la logique commerciale, les laboratoires vont offrir des remises très importantes aux grandes pharmacies. Et on pourra assister à des scénarii ubuesques. Je vais vous donner un exemple : quand une grande pharmacie bénéficie de remises avoisinant les 60% sur tels ou tels médicaments, rien ne

pourrait l'empêcher par la suite de vendre les produits de parapharmacie au prix d'achat, voire à perte puisqu'elle pourra se rattraper sur les volumes de vente des médicaments et leurs fortes marges (grâce aux remises). Cela va favoriser les grandes pharmacies, et à terme signera la mort des petites et moyennes officines.

L'avenir des petites et moyennes pharmacies semble, malheureusement, compromis dans tous les cas, qu'en pensez-vous ?

Il y a une idée que j'avais développée il y a quelques années de cela, et qui est toujours d'actualité.

Si on prend un quartier où il y a 5 petites pharmacies, toutes en souffrance financière ou qui s'en sortent à peine. Au lieu de ne rien faire et se laisser mourir à petit feu, moi, je propose que ces officines fusionnent en une seule grande pharmacie. Ainsi, les pharmaciens pourront travailler à tour de rôle et profiter du temps libre pour exercer d'autres activités en parallèle, dans le respect de la loi. Le citoyen aura à sa disposition un vrai espace de santé très bien achalandé avec plusieurs pharmaciens à son service.

C'est une idée à laquelle il faudra penser sérieusement. Et bien sur, on doit aussi penser à protéger ce genre de fusions en bloquant les créations aux alentours des pharmacies concernées et en les exonérant d'impôts pour plusieurs années.

Ce genre d'organisations permettrait aussi aux politiques des médicaments souhaitées par l'état, de voir le jour sur le terrain et d'être appliquées.

Aujourd'hui, la situation précaire dont souffrent beaucoup de pharmacies ne permet pas l'application des politiques volontaristes voulues par le gouvernement, notamment le tiers-payant.

Si rien n'est fait pour changer les choses, certaines pharmacies de quartier, constitueront un problème pour le pharmacien titulaire, pour le citoyen et pour l'état. Ces officines sont malheureusement des proies aux difficultés financières qui compromettront leur viabilité à moyen terme!



M. Bourkadi, M. Derraji et M. Imounachen

PHYTOTHÉRAPIE AU MAROC : ENTRE SCIENCE ET CHARLATANISME

D'un point de vue étymologique, la phytothérapie est la "thérapie par le végétal ou par le monde végétal", mais aujourd'hui la phytothérapie est davantage considérée comme étant la thérapie par les plantes.

On distingue la pratique traditionnelle de la phytothérapie qui utilise les plantes médicinales en l'état ou séchées, et la phytothérapie moderne qui fait appel à des phytomédicaments fabriqués à partir de principes actifs extraits de ces plantes. L'utilisation de ces derniers est souvent soumise à une réglementation qui peut changer d'un pays à un autre. Généralement, leur commercialisation est conditionnée par l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché.

L'Homme a toujours eu recours aux plantes pour se soigner et lutter contre les maladies. Dans toutes les civilisations anciennes et dans tous les continents, on retrouve des traces de cette utilisation.

Si dans certains pays, la phytothérapie est restée prédominante, c'est notamment le cas en Chine, d'autres pays, en revanche, ont vu l'usage de cette médecine reculer au profit de la médecine moderne. C'est le cas des pays occidentaux où la phytothérapie a été reléguée au rang de médecine alternative. Mais, depuis les années 90, on assiste à un regain d'intérêt pour cette médecine. Les nouveaux adeptes de la phytothérapie pensent souvent que les plantes sont une alternative «douce» aux médicaments allopathiques. Ils ignorent souvent que surdosées, les substances actives des plantes médicinales peuvent être à l'origine d'effets indésirables parfois sévères ; qu'associées entre elles ou avec certains médicaments, elles peuvent être à l'origine d'interactions toxiques et qu'administrées chez des personnes souffrant de certaines maladies, elles pourraient aggraver leur état de santé.

Au Maroc, la médecine traditionnelle dont l'usage des plantes est une des composantes majeures, est millénaire et existait bien avant l'arrivée des Arabes. Elle a atteint son apogée du temps de Avenzoar, Averroès, Ibn Toufail, etc. Elle fut enseignée à l'Université d'El Qarouyine à Fès du VIII au XIII^{ème} siècle.

À l'instar des autres pays, le Maroc connaît aussi un regain d'intérêt pour la phytothérapie. Malheureusement, cet enthousiasme ne se fait pas sans quelques heurts et dépassements et il pose un certain nombre de problématiques.

Tout d'abord, en l'absence d'un circuit de distribution garantissant la qualité de ces produits sensibles et sans l'adoption de normes de qualité, les produits proposés sur le marché marocain ont une qualité très variable. De même, le niveau de connaissance et de compétence des personnes qui vendent ces plantes (Âraga, âchaba et âatara) laisse aujourd'hui à désirer, car quiconque peut ouvrir une boutique et y proposer des produits de phytothérapie.

Un phénomène de société contribue grandement aujourd'hui à cet engouement sans précédent pour les plantes. Il s'agit du foisonnement des émissions radiophoniques très populaires consacrées à la «phytothérapie». Certaines de ces émissions induisent les citoyens en erreur et peuvent être directement ou indirectement à l'origine de graves intoxications. À ce propos, le Centre antipoison et de pharmacovigilance du Maroc (CAPM), dont les experts assistent à une augmentation exponentielle des intoxications par les plantes, considère dans sa revue de «toxicologie» du 4^{ème} trimestre 2013, que ces émissions rentrent dans le cadre de l'exercice illégal de la médecine et mettent la santé des patients en péril. Le ministre de la santé a également saisi la HACA (Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle) dans ce sens.

Au vu de toutes ces problématiques, le pharmacien pourrait jouer un rôle capital en contribuant à une utilisation sécurisée des plantes médicinales. Seulement, celui-ci brille aujourd'hui par sa discrétion, alors qu'il est le plus habilité et le mieux formé pour s'accaparer ce pan de la pharmacie qui doit lui revenir.

Pour essayer de répondre à toutes ces questions, nous avons consacré le 5^{ème} numéro d'Infosanté à la phytothérapie. Nous avons interviewé plusieurs spécialistes dans le domaine, notamment l'une des sommités de la phytothérapie au Maghreb et en Afrique: le Professeur Jamal Bellakhder. Nous avons aussi interviewé M. Hassan Imounachen, pharmacien d'officine et chercheur à la faculté des sciences d'Oujda. L'aspect législatif est abordé par Mohamed Meiouet, pharmacien-juriste et membre de notre



La phytothérapie, un secteur à reconquérir

Interview du Pr. JAMAL BELLAKHDAR

Propos recueillis par Imounachen Zitouni

Rédaction Infosanté : Pouvez-vous nous parler de votre parcours ?

Réponse du Pr. Jamal Bellakhdar

J'ai fait mes études de pharmacie à Toulouse. En 1969, j'ai obtenu mon diplôme de pharmacien. Je suis alors rentré au pays, où j'ai occupé tout de suite la fonction de chef du Laboratoire de Toxicologie et de Recherches Médico-légales à l'Institut National d'Hygiène.

En 1979, j'ai ouvert ma pharmacie à Rabat, en même temps que je continuais d'assurer l'encadrement de recherches et des suivis d'études doctorales à la Faculté des sciences, à la Faculté de médecine et à l'IAV (Institut Agronomique et Vétérinaire).

Je me suis également impliqué dans la création du secteur pharmaceutique coopératif (du moins l'était-il au départ) dont la vocation était d'améliorer la distribution et l'accès au médicament, puisque je suis l'un des membres fondateurs des Sopha et de Promopharm. J'ai aussi participé à la restructuration et aux actions des organismes professionnels de pharmaciens.

Pendant tout ce temps-là, parallèlement à mes activités publiques, j'ai continué, à titre personnel, à mener des recherches sur la pharmacopée traditionnelle marocaine.

En 1992, contraint de m'expatrier pour des raisons personnelles, j'ai rejoint en qualité de chercheur le

Centre des Sciences de l'Environnement et l'Institut Européen d'Écologie à Metz (France), et j'en ai profité pour passer mon doctorat en Ethnobotanique.

En 2007, j'ai choisi de revenir au Maroc pour y reprendre mes

activités professionnelles et scientifiques.

Je travaille actuellement sur différents projets en rapport avec le monde végétal, l'écologie et le développement durable, notamment un grand projet de l'Agence du Sud portant sur la valorisation le patrimoine Ouest Saharien. Ce travail se concrétisera par la publication d'un livre sur les ressources naturelles et patrimoniales du Maroc ouest-saharien. Cet ouvrage sera édité en 4 tomes : Géographie/ Histoire/ Économie et Sociologie/ Anthropologie, à paraître durant le premier semestre 2015.

Où est ce que l'usage des plantes médicinales trouve t-il son origine au Maroc ?

C'est difficile d'en parler en quelques minutes, tellement il y a de choses à dire sur le sujet. Pour faire court, je dirais que la médecine traditionnelle marocaine trouve ses racines dans la médecine arabe classique, à laquelle se sont ajoutés des innovations produites localement par les populations. On peut dire que c'est sur cette base que la médecine traditionnelle s'est constituée au Maroc.

Et l'apport berbère ?

Bien sûr qu'il y a eu un apport berbère ! Même si son fond doctrinaire est arabe, la médecine traditionnelle marocaine est bien entendu organiquement

arabo-berbère dans sa constitution. Les 2 ethnies ont contribué à l'égalité à l'émergence du savoir thérapeutique maghrébin, avec également une contribution africaine, juive et andalouse.

Qu'en est-il aujourd'hui de cette médecine traditionnelle ? Que devons-nous en faire ?

La médecine traditionnelle marocaine a précédé la médecine moderne. Elle est plus ancienne qu'elle et ce statut d'antériorité lui donne une légitimité et le droit de continuer d'exister. Je rappelle cela parce qu'une grande question se pose avec insistance aujourd'hui : pourquoi ne réglementerait-on pas la médecine traditionnelle ?

À cette question, je réponds ceci : d'abord cette médecine a le droit d'exister en tant qu'héritière de la médecine arabe ancienne ; ensuite, cette médecine assure encore des prestations, notamment dans les zones rurales là où l'offre actuelle en soins ne répond pas à tous les besoins. Elle n'est donc la concurrente de personne et le discours selon lequel ces herboristes sont inutiles, voire même nuisibles, au prétexte que nous avons aujourd'hui assez de médecins et de pharmaciens, ne tient pas la route. Toutes les enquêtes montrent que toute une frange de la population continue d'avoir recours à la pharmacopée traditionnelle pour des

raisons économiques ou culturelles.

D'autre part, cette médecine traditionnelle, elle même, peut évoluer. Dans beaucoup de pays de tradition médicale arabo-islamique, le secteur de l'herboristerie traditionnelle

“ Le discours selon lequel ces herboristes sont inutiles, voire même nuisibles, au prétexte que nous avons aujourd'hui assez de médecins et de pharmaciens, ne tient pas la route...” ”

s'est modernisé. C'est le cas de l'Indonésie, de la Malaisie et de l'Égypte, de la Syrie où les officines d'herboristerie sont tenues désormais par des pharmaciens diplômés. Le secteur moderne étant saturé, beaucoup de pharmaciens se sont reconvertis dans le segment traditionnel du médicament. Leur arrivée dans ce secteur, a permis de rationaliser cette pratique.

L'évolution que suivra le Maroc sera, sans doute, identique. D'ailleurs, on voit déjà des pharmaciens se spécialiser dans les domaines de la parapharmacie, de la diététique, du bien-être, etc.

Pour résumer, je dirais qu'au lieu d'interdire et de légiférer, sans autre résultat que de créer un vaste champ de non-droit qui ne sera pas déserté pour autant par les gens, il vaut mieux laisser les choses évoluer naturellement.

Comment jugez-vous l'évolution de l'usage des plantes médicinales au Maroc ?

La médecine traditionnelle au Maroc connaît deux types d'évolution : La première évolution est positive. En effet, les vrais herboristes de métier ont, pour la plupart, arrêté d'eux-mêmes de vendre certains produits toxiques, comme les dérivés de l'arsenic ou le chardon à glu (*Atractylis gummifera*, addad), et ceux qui continuent à vendre ce dernier, attirent l'attention des acheteurs sur son usage strictement externe en raison de sa toxicité.

La seconde évolution, négative, est la grande pression qui commence à s'exercer sur certaines plantes. En effet, autrefois, quand l'herboriste avait besoin d'une plante, il allait la récolter lui même, puis la séchait et la conditionnait avant de l'écouler dans son échoppe. De plus, il ne pouvait se rendre partout et ne pouvait ramener chaque fois que des quantités réduites.

Ce travail fastidieux était en soi un facteur limitant qui régionalisait l'utilisation des plantes et permettait en même temps de réduire les dommages apportés à la biodiversité. Aujourd'hui, l'herboriste ne fait plus ce travail. C'est le grossiste qui procède aux récoltes et les lui livre dans son échoppe. Il suffit aujourd'hui de payer pour avoir tout ce qu'on veut. Cette marchandisation de la plante médicinale porte une atteinte à la biodiversité, mais aussi à la transmission du savoir, car la facilité de ravitaillement facilite le travail aux charlatans et ouvre la porte à toutes les dérives commerciales.

Pouvez-vous nous dire un peu plus sur l'atteinte à la biodiversité au niveau mondial ?

La phytothérapie moderne fait appel pour une grande part à des plantes cultivées car elle a besoin d'une qualité reproductible, ce que l'on n'a pas avec les plantes sauvages. Ce n'est donc pas elle qui représente le plus grand danger pour la biodiversité.

À travers le monde, certaines médecines traditionnelles exercent une pression très forte sur de nombreuses espèces, qui se sont aujourd'hui raréfiées. Pour illustrer ce point, je citerai l'exemple de la médecine traditionnelle chinoise qui a recours à beaucoup de produits provenant d'espèces rares : cornes de rhinocéros, nids d'hirondelle, etc. Le préjudice de cette médecine était limité quand la population chinoise ne dépassait pas 120 millions d'habitants, ce qui était le cas au XVe siècle, à l'époque où cette médecine a achevé de se constituer. Maintenant qu'ils sont plus d'un milliard et qu'en plus leur médecine s'exporte, cette pression sur les espèces rares chinoises est devenue tellement forte que même des associations chinoises confucianistes, autrement dit traditionalistes, se sont élevées contre le maintien de l'usage de ces espèces rares.

On peut citer aussi le phénomène des nouveaux riches qui ont les moyens de tout acheter. Ces nouveaux milliardaires des pays émergents dont beaucoup sont restés attachés à leurs traditions, ont la possibilité d'acheter, à n'importe quel prix, des remèdes provenant d'espèces animales ou végétales protégées dont le commerce est mondialement prohibé : musc chevrotain, hippocampes, verge de tigre, etc. De ce fait, ils participent grandement à entretenir un marché clandestin de ces produits.

On a longtemps pensé que la société industrielle seule détruisait la biodiversité, mais les sociétés traditionnelles participent de plus en plus à cette destruction.

Au Maroc, qu'en est-il de la qualité des produits de phytothérapie?

Par le passé, le savoir se transmettait de maître à apprenti, alors qu'aujourd'hui n'importe qui peut ouvrir une échoppe de plantes médicinales. La conséquence en fût le développement du charlatanisme. Même quand il s'agit de produits qui ont toute l'allure de la phytothérapie moderne. À titre d'exemple, ce que vendent les herboristes sous le nom d'huile de jojoba, huile de nigelle ou d'huile de bourrache ne sont en réalité que de mauvais oléats (1) qui ne contiennent que les quantités infimes de l'huile indiquée sur l'étiquette. C'est le cas aussi très souvent de « l'huile d'avocat » qui n'est pas une huile pure, mais une huile alimentaire avec quelques gouttes d'huile d'avocat.

Beaucoup d'autres huiles essentielles retrouvées dans le commerce sont synthétiques. Ce qui est vendu comme l'huile essentielle de rose par exemple, c'est une H.E. artificielle (un mélange de géraniol-citronellol-linalol synthétiques) ou de l'huile essentielle de Geranium rosat, qui tiennent lieu d'H.E. de rose bon marché.

Au final, la marchandisation tous azimuts, que connaît la phytothérapie a provoqué une multiplication des dérapages réduisant l'offre à des produits de mauvaise qualité.



Mentha pulegium

(1) Un oléat est une macération d'une plante dans une huile ou la dissolution d'une substance (huile grasse coûteuse, huile essentielle, produit chimique) dans une huile (Extraction par l'huile).

Comment expliquez-vous l'engouement actuel pour la phytothérapie?

Je voudrais rappeler que pour la population rurale, on ne peut pas parler d'engouement mais de nécessité.

Pour le reste, cet engouement est une réaction à la chimiothérapie débridée et à la société de consommation. Ce phénomène, qui a commencé en Europe, s'inscrit dans le cadre de l'essor que connaît aujourd'hui la pensée écologique qui se présente avec de multiples facettes : Manger sainement, respecter la nature, économiser l'énergie, pratiquer le sport, voyager de manière éthique, réduire le volume des déchets et les recycler, etc. Ce qui est plutôt une bonne chose.

Le pharmacien marocain joue-t-il le rôle qu'il devrait vis à vis de la phytothérapie ?

Les pharmaciens ont le bagage intellectuel pour pouvoir conseiller les plantes.

À la fin de leur cursus, ils devraient connaître très bien une liste de 100 à 150 plantes de base. En revanche, ce qu'on peut constater c'est que le pharmacien marocain n'a qu'une formation théorique en phytothérapie. Généralement, il ne connaît pas la plante sur le terrain ! Et là, il serait souhaitable qu'il s'y mette en suivant des formations de manière autodidactique.

Qu'en est-il du circuit de distribution des plantes médicinales au Maroc?

Il faut absolument le revoir ! Il n'est pas organisé sur des bases scientifiques. Quelqu'un qui voudrait se lancer honnêtement dans ce domaine sera obligé d'importer ses plantes de France. Car, en France, quand on lui vend du thym, celui-ci sera botaniquement bien identifié et il saura s'il a acheté *Thymus vulgaris*, ou *Thymus serpyllum*. Au Maroc on vous dira c'est du zaater, de la zitra ou du tazukennit, or nous avons au moins trente espèces de thym, d'origan et de sarriettes qui portent ces noms de manière permutable ! et pas seulement du thym ! On va même aujourd'hui plus loin dans la précision en aromathérapie : on ne se contente pas du nom du genre et du nom d'espèce, mais on donne aussi le chimiotype principal.

La rigueur est exigée de plus en plus dans la phytothérapie. Si on prend le cas du romarin par exemple, les différentes espèces ne sont pas toutes actives dans les mêmes indications : il y a des romarins à cinéol et des romarins à verbénone dont le champ d'activité n'est pas le même.

Nous devons suivre de très près cette évolution pour répondre convenablement à la demande et exercer le métier de manière très professionnelle.

Comment faire alors?

Honnêtement, c'est aux pharmaciens de prendre l'initiative.

Aujourd'hui, la situation économique des pharmaciens est un peu délicate et la phytothérapie représente un marché à prendre. La récolte des plantes médicinales, la distillation des huiles essentielles et la vente des plantes médicinales sont l'affaire des pharmaciens.

Avec eux, les produits seraient mieux conditionnés, les effets secondaires mieux maîtrisés et les risques d'intoxication évités.

“ ...La récolte des plantes médicinales, la distillation des huiles essentielles et la vente des plantes médicinales sont l'affaire des pharmaciens. Avec eux, les produits seraient mieux conditionnés, les effets indésirables mieux maîtrisés et les risques d'intoxication évités...”

”

Peut-on dire sans sombrer dans le

chauvinisme que la flore marocaine est une vraie richesse nationale?

On peut le dire haut et fort, car c'est un fait !

Le Maroc est un carrefour géographique où coexistent tous les types de climats : méditerranéen, saharien, alpin montagnard et aride, on y trouve aussi des niveaux de pluviométrie très variables, tout cela étant favorable bien entendu au développement d'une flore diversifiée avec un taux d'endémisme végétal régional élevé.

Le climat tempéré qui règne chez nous a aussi permis l'acclimatation de très nombreuses plantes étrangères.



Préparation artisanale de l'huile d'argan dans la région d'Agadir

Photo - A. Derraji - Droits réservés

De plus, le Maroc a toujours été un carrefour humain qui a accueilli des populations d'origine diverses venues avec leurs traditions et leurs savoirs ethnobotaniques. Aujourd'hui, on compte environ 4200 espèces et sous-espèces végétales au Maroc. Ce qui représente un patrimoine naturel important.

Que pensez-vous des émissions radio qui traitent de la phytothérapie et dont certaines dérapent ?

On se braque beaucoup sur la radio, mais il y a aussi la presse écrite qui aborde la phytothérapie avec plus ou moins de succès et souvent de manière superficielle ou sensationnaliste (vertus "miraculeuses" des plantes, guérisons surprenantes) ou l'on mélange sans distinction le scientifique, le sacré, le magique Et la simple rumeur « il paraît que telle plante ... » suffit pour que les malades se ruent sur elle.

Concernant la radio, ces émissions sont tellement populaires qu'on a laissé parler tout le monde, en pensant bien faire. Pourquoi pas si les personnes qui conseillent sont compétentes! Au fait, la vraie question qu'on doit se poser est la suivante : pourquoi les pharmaciens n'iraient pas à la radio au lieu de laisser les autres faire ?

Je trouve, en effet, qu'on ne nous utilise pas assez, vu nos compétences. En Tunisie par exemple, les pharmaciens sont sollicités pour donner des cours de sciences naturelles dans les collèges, pour participer à des campagnes de sensibilisation et de vulgarisation, etc. Cela valorise la profession.

Au Maroc, il y a de bonnes volontés individuelles mais il faut qu'elles s'organisent.

Le pharmacien marocain traîne une mauvaise image, non justifiée. On a servi de bouc émissaire et on doit tout faire pour corriger cette injustice.

Que faire pour prévenir les intoxications dont le nombre ne cesse d'augmenter?

Je voudrais rappeler à ce sujet que le Centre Antipoison Marocain (CAPM) publie déjà une revue qui informe sur les plantes toxiques.

Aujourd'hui, il suffit qu'un «charlatan» lance une rumeur par rapport à une plante pour que les gens se jettent dessus. C'est notamment vraie pour les malades qui ont des pathologies chroniques ou incurables, qui sont donc sensibles à tout espoir de guérison ou de rémission de leur mal et qui, en désespoir de cause, peuvent avoir tendance à tout essayer, en se disant : on ne sait jamais

Les pouvoirs publics doivent veiller à sensibiliser les gens aux dangers du mésusage de certaines plantes. Ils doivent par exemple, placarder des affiches dans les centres de santé, les écoles, les caïdats, les mairies, avec les photos des plantes toxiques et des messages de mise en garde.

Il faut aussi que les pharmaciens prennent l'initiative d'entrer en contact avec les responsables de programmation des différentes chaînes de radio et télévision pour leur expliquer que les pharmaciens ont la compétence pour animer ce genre d'émissions et le faire sur des bases sérieuses.



Nerium oleander

QUESTIONS INATTENDUES

Vous êtes un fin connaisseur des plantes et vous côtoyez le monde végétal de très près depuis toujours, comment percevez-vous les plantes?

D'abord, les plantes sont des êtres vivants. Elles nous accompagnent dans notre existence. Elles nous aident à nous nourrir et à nous soigner. Les animaux dont nous tirons profit se nourrissent aussi des plantes.

Les plantes nous permettent de préserver un environnement sans lequel il n'y aura pas de vie sur terre. Le végétal doit, donc, être préservé autant que l'animal.

Le problème est que les humains n'ont pas la même sensibilité vis-à-vis des plantes que vis-à-vis des animaux. On a plus tendance à vouloir préserver un panda, un ours blanc ou un dauphin parce qu'ils nous renvoient à des images glamour, une aura que n'ont malheureusement pas les plantes dans l'opinion publique, car elles ne font pas l'objet de la même médiatisation.

C'est peut être tout simplement parce que les animaux nous ressemblent un peu plus ?

Oui, c'est vrai que nous percevons un peu les animaux comme nos cousins. Mais pas tous. La preuve est que personne ne se préoccupe du sort des vers de terre ou des cafards (rires). On s'émeut souvent pour des animaux mignons. D'ailleurs, avez-vous déjà entendu parler d'une association de protection des cafards ? Évidemment que non (rires).

De plus, les plantes menacées de disparition ne sont pas forcément les plus belles. Qui s'émouvra pour un petit chardon menacé de disparition ?

À t-on la preuve que Socrate est mort empoisonné par la ciguë ?

Il n'y a pas de doute là dessus. Les symptômes décrits dans la littérature correspondent bien à une intoxication par la ciguë. Socrate a choisi cette plante parce qu'elle permet de rester conscient jusqu'au bout.

Les plantes qui sont des remèdes peuvent donc être des poisons, un petit mot là dessus ?

Ce que je peux dire sur le sujet est que chaque peuple a son propre poison. Au Maroc, on utilisait le chardon à glu, les Ottomans, les dérivés de l'Arsenic, en Amérique du sud on se servait de plantes à curares, à Rome on utilisait la ciguë et l'hellebore et en Afrique des plantes à alcaloïdes, *Acokanthera* ou *Strophantus*.

Rappelons à propos de poisons et de toxiques, que

Moulay Idriss 1er est mort empoisonné sur ordre du khalife Haroun Er-Rachid qui voyait en lui un concurrent potentiel en raison de la légitimité que lui conférait sa qualité de descendant du Prophète. Il chargea de cette besogne l'un de ses agents qui répondait au nom de Chammakh. Arrivé au Maroc, ce dernier parvint à acquérir la confiance d'Idriss 1er et resta dans son entourage en attendant le moment favorable pour mettre son projet à exécution. Cette occasion lui fut donnée un jour qu'Idriss 1er fut sujet à une violente rage de dents. Chammakh lui proposa alors un masticatoire (siwak) spécial, soi-disant infaillible, dans lequel il avait incorporé une substance vénéneuse.

Les khalifes Abbassides avaient en effet à leur service des empoisonneurs attirés, et avaient l'habitude de se servir du poison comme d'une arme politique.

Tout laisse à croire que le poison utilisé était l'aconit car les symptômes de l'empoisonnement tels qu'ils nous ont été rapportés par les chroniqueurs arabes s'accordent avec le tableau clinique de l'intoxication par l'aconitine.

On attribue à la graine de nigelle (*Al habba assouda*) beaucoup de propriétés, qu'en est-il au juste ?

Scientifiquement parlant, elle est dangereuse, car elle est vésicante. Quand j'étais à l'institut d'hygiène, on recevait beaucoup de cas d'intoxications végétales. L'une des plus fréquentes était l'intoxication avec la nigelle. Pour confirmer cette toxicité on a étalé des graines de nigelle sur une peau de lapin soigneusement rasée, et on a constaté la formation d'une énorme vésicule sur cette peau.

Aujourd'hui, les graines de nigelle sont utilisées, à tort, pour soigner toutes les pathologies, mais la seule propriété qu'on lui reconnaît à ce jour est qu'elle est digestive. À côté de cela, elle est néphrotique! et peut avoir beaucoup d'effets néfastes.

Toutefois, utilisée à petites doses, comme quelques graines dans le pain, elle n'est pas dangereuse. Le problème est que les gens ont tendance à trop en prendre.

Une anecdote pour finir ?

Lors d'une enquête à laquelle j'ai participé au début de ma carrière dans le Gharb, où le paludisme était autrefois répandu, j'ai rencontré un fqih qui s'était spécialisé dans le traitement de cette maladie.

Son remède consistait à écrire un verset coranique sur les parois d'un bol qu'il donnait aux malades en leur demandant d'y rajouter de l'eau, de laver l'écriture avec cette eau et de la boire ensuite. Le plus étonnant dans cette affaire, c'est que cette potion faisait du bien aux malades. L'enquête a permis d'établir que l'encre utilisée par le Fqih contenait tout simplement de la nivaquine!

Herboristerie : une pratique bien enracinée et un cadre juridique en mal d'application!

Mohamed Meiouet, Docteur en pharmacie

La profession d'herboriste existe depuis les temps les plus reculés, elle constitue un démembrement de la profession de pharmacien. Son existence par le passé pouvait s'expliquer, surtout au début du XXème siècle, par le faible nombre de pharmacies qui ne répondait pas aux besoins de la population. Les pharmacies ouvertes à cette époque ne couvraient pas l'ensemble du territoire national. De plus, la nécessité sociale de l'époque matérialisée par l'état de précarité et de pauvreté, faisait de cette profession un véritable relais à la pharmacie moderne. Cependant, l'herboristerie sous sa forme traditionnelle correspond actuellement à une médecine dépassée voire précaire.

Au Maroc, au début du siècle dernier, à l'instar de la profession pharmaceutique, l'exercice de la profession d'herboriste n'était soumis à aucune restriction d'ordre réglementaire. À cette époque, le pays ne disposait en effet d'aucun texte assujettissant un tel exercice à des règles de droit. La vente des herbes médicinales aussi bien que les médicaments n'était soumise à aucune réglementation.

Le souci d'aligner la législation du protectorat sur la législation française a entraîné la mise en place dès le 19 septembre 1913 de tout un arsenal législatif et réglementaire en vue d'encadrer l'exercice de la pharmacie. Par la suite, il y a eu l'insertion dans le dahir du 12 avril 1916 relatif à l'exercice des professions médicales en général et de la pharmacie en particulier, d'une disposition prévoyant et réglementant l'existence et l'exercice de la profession d'herboriste. Depuis, cette réglementation a connu au fil des années plusieurs modifications substantielles.

Au Maroc, bien que la vente des plantes médicinales relève du monopole du pharmacien d'officine, dès lors qu'il s'agit de plantes inscrites sur les tableaux des substances vénéneuses, il n'en reste pas moins que leur distribution reste partagée entre deux circuits. Le premier est un circuit archaïque et informel, regroupant de simples vendeurs de drogues et de produits souvent toxiques, déambulant généralement de ville en ville et d'un souk hebdomadaire à un autre. Tandis que le second secteur, qui est constitué d'herboristeries modernes, a l'avantage d'être réglementé par le dahir 1-59-367 du 19 février 1960. Ce texte a régi pendant de longues années l'exercice des professions de médecin, pharmacien, chirurgien dentiste, herboriste et sage-femme. Il demeure pour l'heure actuelle, applicable pour certaines de ses dispositions aux professions de chirurgien dentiste et celle d'herboriste.

À la lecture des dispositions de ce texte, on peut retenir que les herboristes, au même titre que les pharmaciens, sont soumis aux conditions générales d'aptitude fixées par l'article premier du dahir du 19 février 1960 tel qu'il a

été modifié, et qui assujettit l'exercice de la profession d'herboriste à l'obtention d'une autorisation administrative délivrée par le secrétariat général du gouvernement aux personnes titulaires du diplôme d'herboriste valable pour l'exercice dans le pays où il a été obtenu (1). Ces praticiens sont autorisés à exercer leur profession dans des magasins soumis au contrôle de l'inspection de la pharmacie. Ils peuvent se livrer à la détention et à la vente de toutes les plantes ou parties de plantes médicinales, fraîches ou sèches, à l'exception des plantes classées aux différents tableaux des substances vénéneuses prévus par le dahir du 12 Rebia II 1341 (2 décembre 1922). Il leur est par ailleurs interdit de constituer un dépôt de médicaments dans leur officine, de détenir ou de mettre en vente tout mélange de plantes, toute préparation et spécialité pharmaceutique, tout produit toxique d'origine végétale ou non et en particulier toute substance vénéneuse inscrite aux tableaux prévus par le dahir du 12 Rebia II 1341 (2 décembre 1922). (2).



Calicotome spinosa

À l'examen des dispositions relatives au cadre juridique de l'herboristerie, nous pouvons d'ores et déjà émettre plusieurs interrogations quant aux conditions de son exercice au Maroc.

Les herboristeries existantes, ont-elles une autorisation délivrée en bonne et due forme par le Secrétariat Général du Gouvernement? Les professionnels exerçant au niveau de ces magasins sont-ils détenteurs d'un diplôme d'herboriste? Enfin, ces praticiens se livrent-ils à la seule détention et à la seule vente des plantes ou parties de plantes médicinales autorisées par

le Dahir* ?

En l'absence de données officielles, il est difficile de répondre aux deux premières questions et d'affirmer toutes les allégations sur la pratique de l'herboristerie moderne au Maroc. Ce que nous pouvons affirmer cependant, c'est l'absence sur le plan national d'une formation académique sanctionnée par l'obtention du diplôme d'herboriste. Ce qui laisse à supposer que les herboristes titulaires d'un titre en la matière sont en général formés à l'étranger et il est difficile de connaître les cursus suivis et la qualité de la formation au sein des pays formateurs, sachant qu'en France par exemple, sous le gouvernement de Vichy, la loi du 11 septembre 1941 avait supprimé la profession d'herboriste ainsi que l'enseignement public de celle-ci. **(3)**

S'agissant de la dernière interrogation, en revanche, la réponse est à rechercher au sein même de ces structures qui, pour la plupart, se livrent à la commercialisation de mélanges et de compositions présentées comme étant une pure production du règne végétal et présentant des vertus thérapeutiques contre des affections bien déterminées. Plus que cela, dans certaines herboristeries aménagées comme de véritables officines de pharmacie, on trouve de multiples spécialités présentées sous différentes formes galéniques, pour la plupart sous les dénominations du codex, avec une composition détaillée du poids des substances qui les composent, avec des indications thérapeutiques et une posologie bien énoncées. **(voir photo 1)**

La reprise de la définition du médicament telle que prévue par l'article premier de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie et sa confrontation avec la situation précitée, nous renvoie à l'application des dispositions du code pour ces produits et donc une application stricte des règles relatives à l'AMM, à la fabrication, à la détention, à la dispensation et par conséquent réserver le monopole sur ces présentations aux seuls pharmaciens.

En effet, la loi 17-04 définit le médicament comme étant: « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales... ». La présentation de propriétés curatives ou préventives d'un produit peuvent résulter d'indications portées sur le conditionnement de ce dernier, quand bien même ses indications peuvent être vagues. Il suffit qu'il en résulte l'annonce même discrète des propriétés curatives.

La simple indication de posologie donnant au produit « l'allure » d'un médicament, constitue en elle même un indice de la présentation de propriétés curatives ou préventives, qui accompagnée d'autres éléments permet de le qualifier de médicament. **(4)**

Les juges français inspirés de l'arrêt Van Bennekom, **(5)** se montrent de plus en plus sensibles au vocabulaire pharmaceutique employé par le fabricant, dans la mesure où la terminologie utilisée est de nature à influencer le consommateur moyen en lui laissant croire qu'il se rend acquéreur d'un produit ayant un effet curatif ou préventif à l'égard des maladies.

Cette notion de présentation, doit être généralement et dans un souci de sécurité sanitaire, liée à l'utilisation du

produit, interprétée de façon extensive, lorsqu'il s'agit d'affirmations explicites du fabricant, mais, également lorsqu'il s'agit d'une présentation implicite suggérée par l'apparence du produit lorsqu'on se trouve devant un faisceau d'indices concordants renvoyant à la notion de médicament par présentation.

Suite aux différents scandales qui ont éclaboussé la scène pharmaceutique ces dernières années, mettant en cause l'innocuité de certains médicaments, on assiste à une utilisation massive des plantes médicinales et des produits de phytothérapie. Cependant, force est de reconnaître que même quand ils sont issus uniquement de plantes naturelles, ces produits peuvent présenter une toxicité parfois plus grave et plus dangereuse que celle des substances issues de la synthèse chimique. Les risques liés à l'utilisation des plantes médicinales et des produits de phytothérapie sont amplifiés chaque fois que leur préparation, leur détention et leur dispensation ne sont pas exécutées par un professionnel de santé, diplômé, autorisé à exercer et soumis aux différents contrôles de l'inspection de la pharmacie.



Photo - A. Derraji - Droits réservés

(1) Article 1 de la loi 34-99 modifiant et complétant l'article premier du dahir 1-59-367 du 19 février 1960 portant réglementation de l'exercice des professions de médecin, pharmacien, chirurgien dentiste.

(2) Article 17 du dahir 1-59-367 précité

(3) Une proposition de loi a été déposée le 12 juillet 2011 par un groupe de sénateur visant à réhabiliter l'enseignement et la pratique de l'herboristerie. Cf proposition N°750 rectifiée d'herboriste. Sénat France.

(4) Tribunal de grande instance Grasse, 8 novembre 1972, Doc. Pharm. N° 1809

(5) Cour de Justice de la Communauté Européenne, 30 novembre 1983, Van Bennekom, Aff 227/82, Rec p 3883, conclusions. S Rozes.

PHYTOTHÉRAPIE : QUAND LES PHARMACIENS SE MOBILISENT!

Au cours de la préparation de notre dossier, nous avons eu l'honneur de nous entretenir avec plusieurs pharmaciens qui s'intéressent à la phytothérapie. Tous s'accordent à dire qu'il est désormais temps que les pharmaciens d'officine passent à l'action et prennent enfin l'initiative. Pour ces érudits, la phytothérapie devrait revenir aux pharmaciens de droit, car ils sont les plus qualifiés et les mieux outillés pour éviter les dérives et les dérapages auxquels on assiste aujourd'hui. De la distribution à la délivrance, en passant par la préparation des plantes, le conseil et la communication, le pharmacien a un rôle crucial à jouer dans ce domaine. Seulement, s'il ne prend pas ses responsabilités, d'autres, moins qualifiés, le feraient à sa place, car la nature a horreur du vide.

Parmi les initiatives louables et très pertinentes prises par les pharmaciens marocains, il y en a une qui a particulièrement attiré notre attention. À Oujda, six pharmaciens ont pris l'initiative de créer le Groupe de Recherche Ethnopharmacologie-Phytothérapie(GREP). Pour en savoir plus sur ce groupe, nous nous sommes entretenus avec son coordinateur, M. Imounachen Hassan, pharmacien et chercheur au laboratoire d'Ethnopharmacologie, à la Faculté des Sciences d'Oujda.



Photo - A. Derraji - Droits réservés

M. Hassan Imounachen

A PROPOS DU GREP :

Groupe de recherche ethnopharmacologie-phytothérapie, constitué en septembre 2013.

Membres :

Dr. Rachida Bahi , Hassan Imounachen, Rachid Imounachen, Nisrine Karzazi , Omar Mahmoudi , Oussama Nouar.

Avec la collaboration de : Pr. Benyouness Haloui (écologiste) et Mr. Bouayad

Coordinateur : Hassan Imounachen, pharmacien, chercheur au laboratoire d'ethnopharmacologie à la Faculté des Sciences Oujda

Rédaction Infosanté: Pourriez-vous nous présenter votre équipe et les actions que vous menez dans le cadre du GREP?

M. Hassan Imounachen

Nous sommes une équipe de six pharmaciens d'officine, tous passionnés par les disciplines scientifiques qui s'intéressent aux plantes médicinales, notamment l'ethnopharmacologie.

Notre action est purement scientifique. Elle consiste à réaliser des travaux de recherche sur les plantes médicinales, particulièrement :

- Des enquêtes sur le terrain, surtout en milieu rural où la plus grande partie du savoir traditionnel est encore conservée, mais qui se perd, malheureusement, avec la disparition de chaque personne âgée ;
- des revues bibliographiques ;
- des tests au laboratoire pour essayer de vérifier les informations collectées sur le terrain ;
- des actions pour promouvoir l'implication des pharmaciens et des médecins dans la prescription et la dispensation des plantes médicinales.

Quelles sont les raisons qui vous ont poussés à vous lancer dans l'ethno pharmacologie ?

Nous sentons tous un regain d'intérêt pour les médications naturelles, et ce pour différentes raisons. Pour les uns, le retour aux produits naturels est dénué de risques pour leur santé, ce qui est faux ! Quant aux couches défavorisées, ils ont recours à la médecine traditionnelle pour des raisons purement économiques. Dans les deux situations, on peut relever des pratiques dont le but est purement commercial et les informations données au public ne se basent sur aucune donnée scientifique. Les risques se sont multipliés ces dernières années avec l'implication des médias dans ce domaine (chaînes radio nationales ou de télévision satellitaires). Ces émissions sont parfois animées par des « praticiens » qui ont une formation très superficielle avec des connaissances médiocres ou nulles en pathologie, et qui n'hésitent pas à prétendre traiter des maladies incurables en direct.

Les pharmaciens reçoivent plusieurs patients désorientés par ce genre d'émissions, et ils fournissent beaucoup d'efforts pour renforcer leur adhésion aux traitements, surtout quand il s'agit des maladies chroniques ou graves. Ceci nous a interpellé dans la commission scientifique du Syndicat Régional des Pharmaciens d'Officine d'Oujda et notre réflexion a abouti au fait que les pharmaciens et les médecins devaient s'impliquer davantage dans la prescription et la dispensation des plantes médicinales. Nous nous sommes fixés comme mission de contribuer à la rationalisation de l'utilisation des plantes médicinales dans notre société, surtout que les pharmaciens ont une formation de base solide en la matière avec les modules de botanique, de pharmacognosie et de phytochimie. Dans notre ville, nous avons un environnement très favorable dans la faculté des sciences d'Oujda avec une équipe d'ethnopharmacologie très productive en matière de publication. Nous travaillons en étroite collaboration avec cette équipe et avec un laboratoire de pharmacognosie en Belgique lié au laboratoire d'Oujda

par des conventions de collaboration institutionnelles. Sans oublier que la région orientale a une flore très diversifiée qui est attribuée au fait qu'elle comporte quatre bioclimats différents selon la classification d'Emberger, car elle s'étale de la mer au désert : on y retrouve un bioclimat sub-humide, semi-aride, aride et saharien tout au sud. Avec une biodiversité particulière, riche dans les montagnes de Béni Snassen. D'ailleurs, c'est ce qui a motivé mon choix de mémoire de DESA (*Diplôme des Etudes Supérieures Approfondies*) sur les plantes médicinales du site d'intérêt biologique et écologique des Béni Snassen en 2005-2006.

En quoi consiste l'ethnopharmacologie ?

C'est une science qui se situe au carrefour des sciences expérimentales (botanique, pharmacologie ...) et des sciences humaines (ethnologie, sociologie, histoire ...). Elle consiste à inventorier les substances utilisées dans un but thérapeutique de manière traditionnelle et d'en évaluer les effets de manière scientifique; c'est à dire tester leur activité pharmacologique au laboratoire.

Vous avez présenté votre premier projet lors des journées pharmaceutiques d'Oujda en mai 2014, qui consiste, dans un premier temps, à l'élaboration d'une base de données des plantes médicinales de l'Oriental, où en êtes-vous?

C'est actuellement notre projet principal. Il consiste à réaliser la monographie d'une centaine de plantes médicinales de la région, et chaque monographie comporte les rubriques suivantes : des photos de la plante qui permettent sa reconnaissance pour éviter des confusions qui peuvent être à l'origine d'intoxications, ses noms scientifiques et vernaculaires, son habitat, sa phytochimie, ses activités biologiques prouvées au laboratoire, ses activités traditionnelles connues de la population et enfin sa toxicité. Le tout est présenté dans une application informatique facilement manipulable et qui permet surtout des mises à jour rapide. C'est le principal avantage de cette base de données parce que la mise à jour des documents papiers (livres) n'est pas pratique et ne peut se faire qu'après des années.

Que pensez-vous de la place qu'occupe la phytothérapie dans l'exercice officinal?

Au Maroc, je trouve que nous ne donnons pas assez d'importance à la dispensation des plantes médicinales dans nos officines. Nous nous limitons à la constatation des dérapages des praticiens non qualifiés, et dans le meilleur des cas à la dispensation de produits importés qui coûtent très chers et dont l'activité reste à démontrer vu qu'ils sont enregistrés sous forme de compléments alimentaires, alors qu'ils se proclament avoir des activités pharmacologiques. Un certain nombre de projets dans le cadre du Maroc vert commence à produire des plantes médicinales.

Plusieurs coopératives mises en place dans le cadre de l'initiative nationale du développement humain (INDH) commencent à produire des huiles essentielles ou des plantes séchées conditionnées. Si les pharmaciens ne

se préparent pas à accueillir ces produits et de les dispenser dans leurs officines dans les règles de l'art, elle seront vendues n'importe où, avec tous les risques que cela comporte pour la santé des citoyens.

Avez-vous l'intention d'exporter votre expérience dans d'autres régions du Royaume?

Nous l'avons annoncé lors du concours de la recherche et des sciences pharmaceutiques d'Oujda où nous avons reçu le premier prix. Notre projet est ambitieux et nous ne comptons pas nous limiter aux plantes de la région orientale. Notre objectif est d'élargir la base de données à toutes les plantes médicinales du pays et nous sommes conscients dans le GREP que c'est une lourde tâche. Nous sommes ouverts à toute forme de collaboration avec les professionnels de santé ou les chercheurs dans le domaine, surtout pour la mise à jour car des centaines d'articles sont publiés tous les mois et nous comptons éditer deux mises à jour par an. Cette expérience est parfaitement exportable, et nous serons heureux si d'autres groupes de pharmaciens se forment, cela réduirait considérablement la durée de la réalisation de la base de données des plantes de tout le pays.

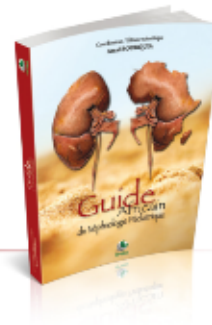
Pensez-vous que le pharmacien d'officine pourrait contribuer à éviter les mésusages des plantes médicinales?

Grâce aux connaissances en phytothérapie acquises lors de sa formation initiale et des formations continues, que je suggère aux instances ordinales d'organiser, le pharmacien d'officine est le mieux placé pour faire profiter les citoyens des bienfaits de la phytothérapie, surtout que nous avons dans notre pays une flore médicinale très riche avec laquelle les citoyens entretiennent encore une relation très forte parce que bien ancrée dans notre histoire.



Marrubium vulgare

Photo - GREP - Droits réservés



Communiqué de presse

«Guide Africain de Néphrologie Pédiatrique»

Un document pionnier dans la coopération médicale et scientifique africaine

La **néphrologie pédiatrique**, qui a fait d'énormes progrès, reste cependant à un stade embryonnaire, voire même absente dans la grande majorité des **pays africains**. Cette spécialité s'est imposée ces dernières années pour les soins des enfants atteints d'une pathologie rénale.

La prise en charge des pathologies rénales est couteuse, particulièrement aux stades avancés. Ce **lourd poids financier** s'impose comme l'un des premiers obstacles au développement de la néphrologie pédiatrique en Afrique, qui est aussi handicapé par les traditions et cultures encore très pesantes dans notre continent. Le plus grand défi dans le continent africain serait de fournir aux enfants atteints de maladie rénale l'accès à une prise en charge spécialisée par des **néphrologues pédiatriques ayant une bonne formation**, ainsi que la possibilité d'avoir un accès abordable aux techniques modernes, aux médicaments efficaces et à des stratégies de prévention.

L'idée de pousser les néphrologues pédiatres africains à œuvrer ensemble a germé et a encouragé le Pr Amal Bourquia à puiser dans le fin fond du continent pour faire bouger les choses et améliorer la situation, à travers un ouvrage commun, en vue de vulgariser un peu plus la discipline et de mettre en lumière les données spécifiques de notre continent dans ce domaine.

Sur la base d'un diagnostic effectué **lors des diverses manifestations internationales**, la spécialiste marocaine a fait le douloureux constat, non seulement de la faible présence et de la maigre participation de l'Afrique, mais surtout de la quasi-absence de sa moitié francophone.

Une mission loin d'être une simple sinécure. Face aux manques d'informations, quatre longues années ont été consacrées à la collecte des données. Une tâche ardue mais exaltante, estime la Pr Bourquia, qui n'a ainsi jamais baissé les bras pour mener à terme ce projet lui tenant à cœur. Au final, ce sont les spécialistes de pays africains, très divers, qui auront contribué pour la première fois à donner naissance à cet ouvrage de 30 chapitres avec un contenu à la fois pratique et **adapté à des particularités locales et à des ressources limitées**, estime la Pr Bourquia. Un ouvrage unique de coopération africaine dans le domaine médical et scientifique.

Pour vulgariser et partager toutes ces compilations de données et synthèses et atteindre un lectorat le plus large possible, l'ouvrage sera, grâce au **soutien de l'Association Internationale de néphrologie pédiatrique (IPNA)**, édité en **français et anglais et distribué gratuitement**.

La Pr Bourquia ne cherche pas à s'arrêter en si bon chemin, mais plaide pour la pérennisation de cette collaboration entre professionnels interafricains pour donner naissance à d'autres projets à même de permettre d'aborder et de traiter, plus efficacement, les atteintes rénales et d'en réduire les répercussions sur la santé de nos enfants.

LABORATOIRES

KLORANE

INNOVATION ANTICHUTE

FREINER LA CHUTE ET FORTIFIER VOS CHEVEUX

Cure de force antichute
au complexe actif **quinine-caféine**

BREVET DÉPOSÉ — EFFICACITÉ VISIBLE DÈS 6 SEMAINES

- . Chute freinée : 80%*
- . Cheveux fortifiés : 84%**

BREVET DÉPOSÉ

Quinquina
Cinchona pubescens Vahl.

LABORATOIRES
KLORANE

Cure de force antichute
au complexe actif
quinine-caféine
STRESS, FATIGUE,
POST-ACCROUÈMENT,
chute réactionnelle,
cheveux fatigués

Anti-hair loss
strengthening serum
with active quinine-caffeine complex
STRESS, FATIGUE, FOLLOWING PROGRESSIVE
reactional hair loss, and hair

125 ml e PARIS 4.22 fl.oz.

Quinquina
(Cinchona pubescens Vahl.)

Pierre Fabre

www.laboratoires-klorane.com

* Évaluation clinique sous contrôle dermatologique sur 30 sujets après 6 semaines de traitement.

** Pourcentage de satisfaction après 12 semaines de traitement.

ACTUALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE LA FIBROMYALGIE

Professeur Mati Nejmi

Unité de Traitement de la Douleur et de Médecine Palliative. Clinique Al Farabi - Casablanca

La fibromyalgie fait actuellement l'objet de nombreuses recherches. Cette pathologie « à la mode » semble de plus en plus intéresser les cliniciens, les chercheurs et l'industrie pharmaceutique. Elle reste une pathologie dont la physiopathologie est mal connue et le traitement particulièrement difficile. De nombreuses molécules (antidépresseurs, antiépileptiques...) sont à l'étude quant à leur efficacité. Enfin, les approches non médicamenteuses «explosent» : thérapies comportementales et cognitives, acupuncture, éducation des patients, exercice physique, etc.

Le syndrome fibromyalgique se caractérise par des douleurs diffuses persistantes touchant essentiellement les insertions tendineuses et les muscles qui affectent les capacités fonctionnelles des patients de manière variable selon les personnes et dans le temps. La douleur chronique, favorisée par des mécanismes centraux et périphériques, en est le symptôme principal. À ces douleurs diffuses sont associées de manière quasi-constante des troubles du sommeil, une fatigue générale et une fatigabilité musculaire à l'effort. D'autres symptômes dits mineurs mais à fort retentissement sur la qualité de vie (perturbations des émotions, de la cognition mais aussi du système nerveux autonome et des voies neuroendocriniennes) sont également observés. Différentes hypothèses sont évoquées (troubles hormonaux du sommeil, anomalies de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien...) pour expliquer cette pathologie.

Aucune anomalie biologique ou radiologique n'est associée aux signes fonctionnels décrits par le patient. Il s'agirait d'une pathologie plurifactorielle ayant pour origine un ou plusieurs événements stressants, traumatisme psychologique, infections (virales ou bactériennes), survenant chez des patients ayant une vulnérabilité au stress acquise et/ou génétiquement déterminée.

Le traitement des patients fibromyalgiques est particulièrement difficile, l'évolution de la fibromyalgie étant chronique, et modérément sensible aux mesures mises en œuvre pour la combattre. Il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement spécifique de la fibromyalgie. De nombreux médicaments sont proposés mais peu nombreux sont ceux ayant fait l'objet d'une évaluation méthodique.

Le syndrome fibromyalgique est donc multi-factoriel, ce qui explique la nécessité d'une prise en charge globale souvent multidisciplinaire reposant sur un traitement à la fois non pharmacologique et pharmacologique. La priorité étant donnée récemment à la prise en charge non pharmacologique selon les recommandations de l'Eular (*Ligue Européenne de Lutte contre le Rhumatisme*), d'autant que les traitements médicamenteux sont limités par leurs effets antalgiques et leurs inconvénients.

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

Les premières consultations

Une douleur chronique, peu importe son origine, a inévitablement un retentissement à la fois physique, psychologique, comportemental, familial, conjugal donc relationnel. La reconnaissance avec la patiente de ces retentissements se fera le plus souvent au fur et à mesure des consultations dont le bon déroulement permettra d'obtenir une prise en charge thérapeutique optimale.

Écouter, rassurer, poser un diagnostic mais aussi apporter quelques clarifications physiopathologiques ont déjà leurs propres effets thérapeutiques. L'écoute et les premiers échanges avec la patiente créent une relation de confiance. Cette empathie va permettre une meilleure compréhension de la douleur et de ses retentissements, et avoir un effet thérapeutique incontournable. Rassurer la patiente consiste à lui rappeler, notamment grâce à un examen clinique complet, que l'appareil locomoteur n'est pas en soi pathologique. Il s'agit d'un argument essentiel permettant d'encourager l'individu souffrant à entreprendre des activités physiques régulières, donc reprendre confiance en lui, véritable objectif thérapeutique.

Les explications d'ordre physiopathologique proposées se résumeront au fait que ses troubles sont très probablement la conséquence d'un dysfonctionnement des centres de la douleur au niveau du cerveau comme en témoignent les études en imagerie, avec des anomalies de la réponse au stress, du contrôle inhibiteur de la douleur où les troubles du sommeil jouent également un rôle. La conséquence de ces perturbations entraîne une baisse du seuil douloureux et explique que, le fait que quelque soit le type d'activité, la patiente puisse avoir une douleur spontanée sans toujours de facteur déclenchant. Cette clarification évite aussi de coller aux patientes certaines étiquettes comme celle de psychosomatique. Terme considéré par celles-ci comme insultant car sous-entendant que leurs douleurs ne relèvent que de l'imagination. Nous parlons bien de patientes et non de patients puisque le syndrome fibromyalgique est une quasi-exclusivité féminine due entre autres raisons à un seuil de la douleur plus bas chez la femme que chez l'homme. Les hormones estrogènes semblent bien jouer un rôle de nocicepteurs contrairement à la testostérone, d'autant qu'il existe une sécrétion hormonale d'estrogènes par les neurones.

L'activité physique régulière

Il s'agit d'un point fondamental de la prise en charge de la douleur dans la fibromyalgie. Il faut expliquer à la patiente que l'activité physique régulière est un élément incontournable du traitement en lui expliquant qu'il s'agit d'une véritable thérapeutique antalgique ayant effectivement une action centrale, moyen incontournable

pour reprendre confiance en soi et éviter sinon lutter contre la kinésiophobie. Un travail récent a démontré qu'en commençant progressivement la première semaine par cinq minutes et en augmentant de cinq minutes de plus chaque jour, au bout de deux mois les patients avaient bénéficié d'une meilleure endurance, d'une diminution de 35% de la perception de la douleur.

La kinésithérapie

Le kinésithérapeute joue un rôle essentiel dans la mesure où il pourra induire le reconditionnement à l'activité. Il est cependant conseillé d'éviter les massages trop appuyés chez ces patientes souffrant déjà d'allodynie diffuse. Par la suite, il est indispensable que le kinésithérapeute donne des instructions à la patiente pour qu'elle puisse poursuivre chez elle un programme d'exercices adaptés. Ajoutons que la balnéothérapie en eau tiède est recommandée par l'Eular chez les patientes fibromyalgiques.

Les cures thermales

Elles font partie désormais de la prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie. Elles jouent un rôle fondamental dans la prise en charge thermale l'unité de temps, de lieu et d'action ainsi que les facteurs d'environnement et psycho-sociaux propres à la cure comme le repos physique et psychique, l'éloignement du cadre de vie habituel, dynamique de groupe, la confrontation à l'expérience d'autres malades, l'écoute, les contacts réguliers avec les thérapeutes, mais aussi l'investissement personnel et financier de la patiente.

La Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC)

La TCC est une technique en continuité avec l'approche multidisciplinaire de la douleur. Les résultats sont en faveur d'une amélioration de la qualité de vie, de la fonction et de la satisfaction du patient à moyen terme. La principale difficulté est de faire changer les habitudes, d'introduire une nouvelle façon de penser et d'agir. La motivation est essentielle, les bons résultats dépendent de l'attente des patients, des croyances du patient et du médecin. De manière générale, l'amélioration se fait plus sur la qualité de vie que sur l'intensité de la douleur ou sur les symptômes anxio-dépressifs. Organiser la vie malgré la douleur (coping) est donc un élément clé de la prise en charge thérapeutique. Certains auteurs préconisent pour faciliter cette tâche l'organisation de groupe de parole.

Stimulation magnétique transcrâniale et électrostimulation corticale non invasive

Partant du principe de l'existence d'un dysfonctionnement des centres de la douleur au niveau cérébral, un premier travail scientifique avait conclu en 2005 en faveur d'un effet significatif. Les études en cours sont encourageantes.

À propos de l'électrostimulation corticale non invasive, on retiendra la démonstration d'une amélioration significative sur la douleur se poursuivant jusqu'à deux ans avec une diminution de la consommation médicamenteuse et du nombre de consultations.

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Les antalgiques, AINS et Opiïdes

Les antalgiques, opioïdes faibles et AINS sont largement utilisés pourtant peu efficaces. Encore que récemment il ait été démontré une action non seulement périphérique mais aussi centrale du paracétamol y compris sur les circuits inhibiteurs.

Le tramadol est le seul antalgique ayant apporté la preuve d'un effet positif dans la fibromyalgie. Il agit par un effet agoniste sur les récepteurs opioïdes mu et sur l'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine au niveau synaptique à la posologie de 50 à 100 mg toutes les six heures. Il faut cependant rappeler les effets indésirables, même à faible posologie, que sont, non seulement addiction et dépendance, mais aussi les nausées, les vomissements, la sédation, les malaises avec parfois chutes et aggravation d'une dépression.

Pour diminuer ces inconvénients, l'association tramadol-paracétamol est préférée. Certaines études n'ont pas montré d'effet antalgique des morphiniques dans la fibromyalgie, probablement en raison d'une certaine saturation des récepteurs morphiniques. Ces derniers ne doivent donc pas être prescrits dans cette indication.

Les myorelaxants

Rappelons qu'aucun traitement dit myorelaxant n'a apporté jusqu'à présent, à partir d'un travail de qualité scientifique, une quelconque preuve d'un effet décontracturant musculaire, ni d'effet antalgique. Pour certains, les benzodiazépines auraient même un effet nocif et plutôt favorisant la douleur en raison des perturbations qu'ils provoquent sur le sommeil.

Les co-analgésiques antidépresseurs

Les antidépresseurs font partie de l'arsenal thérapeutique de la fibromyalgie. Pour certains, une composante neuropathique ferait partie des mécanismes de la douleur chez la fibromyalgique justifiant ainsi ce type de prescription.

Les imipraminiques ont été proposés en raison de leur effet bénéfique sur les troubles du sommeil liés à des anomalies de la neurotransmission sérotoninergique au niveau central. Jusqu'à présent, l'amitryptiline était reconnue pour avoir des effets bénéfiques sur la douleur, le dérouillage, l'anxiété, effets qui seraient donc dus à une action inhibitrice de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine sachant qu'à la posologie moyenne de 25 à 50 mg/j, le bénéfice tend à s'épuiser avec le temps. Les effets indésirables sont la sédation, les effets anticholinergiques, la prise de poids et l'allongement du QT. Il est par conséquent recommandé de la prescrire à 25 mg/j pendant seulement une courte période, à savoir huit semaines.

Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Trois molécules ont été étudiées dans la fibromyalgie : fluoxétine, citalopram et paroxétine.

Globalement, la majorité des études n'ont pas apporté d'effets positifs dans la fibromyalgie. Pour certains auteurs, cette classe d'antidépresseurs apporterait

finalement moins de bénéfices sur le traitement de la douleur que les imipraminiques.

Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine

Ces molécules se distinguent par une plus grande affinité avec les neurorécepteurs que les précédentes et une meilleure tolérance que les imipraminiques. Le milnacipran et la duloxétine sont les deux molécules actuellement les mieux étudiées.

En pratique, les posologies sont fonction de la tolérance des médicaments et des habitudes du prescripteur puisqu'il n'existe pas de véritable consensus en la matière. On retiendra donc par exemple imipramine ou clomipramine : doses progressives de semaine en semaine en commençant par 25 mg jusqu'à environ 75 mg/j. Amitryptiline : débiter par cinq gouttes le soir pendant cinq à huit jours puis passer à 10 voire 15 gouttes le soir.

Minalcipran : 50 mg le soir la première semaine, puis 50 mg matin et soir la deuxième semaine voire 50 mg le matin et 100 mg le soir à partir de la troisième semaine. Afin d'éviter les effets indésirables chez les personnes sensibles à ces traitements, il est conseillé de débiter aux posologies de 25 mg.

Duloxétine : débiter, au milieu du repas principal, par 30 mg la première semaine, puis 30 mg à chacun des deux principaux repas la deuxième semaine. On augmentera ainsi progressivement jusqu'à 90 à 120 mg/j. De plus, traiter la dépression de la patiente fibromyalgique est indispensable.

Les co-antalgiques anti-épileptiques

Les anti-épileptiques classiques n'ont pas apporté la preuve d'une efficacité quelconque dans la fibromyalgie. Rappelons à ce sujet que le clonazepam appartient à cette catégorie. Il n'est donc pas indiqué dans cette affection d'autant que, comme benzodiazépine, il perturbe le sommeil, donc peut aggraver la symptomatologie en plus des autres inconvénients que sont l'accoutumance et la dépendance.

Parmi la famille des anti-épileptiques de deuxième génération, deux molécules ont été étudiées dans la fibromyalgie :

La gabapentine, entre 100 et 600 mg/j, maximum 1800 mg/j, a pour indication le traitement de la douleur neuropathique. Cependant, elle a été prescrite dans la fibromyalgie et a montré un effet significatif sur la douleur. Les effets indésirables sont céphalées, malaise, sédation, nausées, somnolence, œdème et éblouissement.

La prégabaline, autre molécule bénéficiant de l'indication fibromyalgie par la FDA en 2007, agit au niveau synaptique par les canaux calciques. L'étude princeps a signalé des effets bénéfiques aux posologies de 450mg/j. D'autres publications confirment cet effet favorable à 300, 450 et maximum 600 mg/j. Signalons encore non seulement des résultats positifs sur la douleur mais aussi sur la qualité du sommeil.

Le traitement du sommeil

Les troubles du sommeil sont quasi constants au cours de la fibromyalgie. Nous avons vu plus haut ce qu'il fallait

penser des benzodiazépines. Cependant, pour certains, il est préférable de traiter les troubles du sommeil par les hypnotiques type zolpidem et zopiclone aux effets sédatifs brefs.

Autres traitements en cours d'évaluation

La Kétamine

La kétamine est un produit utilisé en anesthésie mais aussi pour ses propriétés analgésiques en particulier grâce au blocage des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) impliqués dans les phénomènes de sensibilisation des voies nociceptives, à un effet agoniste des récepteurs opioïdes et dopaminergiques et exerce une inhibition du recaptage neuronal des catécholamines.

Plusieurs publications dans le traitement de la fibromyalgie sont parues. Le problème soulevé par ces publications est souvent le trop petit nombre de patients inclus, l'absence de protocole défini et de niveau de preuve suffisant. Sans oublier les effets indésirables, touchant plus de la moitié des patients traités, comme la somnolence, les céphalées, les troubles psychodysléptiques et le risque de dépendance et atteintes hépatiques.

La dopamine

Nous avons évoqué dans les mécanismes physiopathologiques le lien entre stress et douleur dont un des médiateurs est la dopamine. Chez la patiente fibromyalgique, il existe ainsi une perturbation dans la neurotransmission dopaminergique. Les résultats de quelques études sont prometteurs mais nécessitent d'autres travaux.

Conclusion

Qu'il soit associé à des comorbidités ou isolé, le syndrome fibromyalgique reste un diagnostic d'élimination. Sa fréquence de plus en plus grande oblige tout praticien à non seulement savoir poser le diagnostic mais aussi à répondre de façon empathique à ces patients souffrant de façon persistante, quotidienne et donc demandeurs légitimes d'un soulagement. Les études multiples et variées dont bénéficie le syndrome fibromyalgique ne démontrent guère la supériorité nette d'un traitement par rapport à un autre. Le caractère plurifactoriel de ce syndrome en est probablement l'explication princeps. Autant de formes cliniques obligent le soignant à adapter les traitements au soigné, en donnant priorité aux traitements non pharmacologiques comme le recommande l'EULAR (European League Against Rheumatism).



Photo - A. Derraji - Droits réservés



Une solution de gestion **complète** pour accompagner les pharmaciens dans leur quotidien.

Avantages Sobrus Pharma



Service après-vente

Notre équipe de support est formée spécialement pour répondre à vos demandes dans les plus brefs délais.



Sécurité & confidentialité

Vos données ne courent aucun risque de perte car elles sont toujours cryptées et protégées.



Liberté & mobilité

Enfin une application qui vous permet de garder un œil sur votre pharmacie où que vous soyez et quand vous voulez.



Simplicité & rapidité

Une interface simple qui facilite l'apprentissage et la maîtrise rapide de toutes les fonctionnalités.

FICHE DE SYNTHÈSE:

grossesse et reflux gastro-oesophagien

S.SKALLI*, E. FERREIRA**

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) est un trouble digestif qui impacte considérablement la qualité de vie et le bien-être des femmes enceintes. Cette synthèse a pour objectif de clarifier les particularités de cette pathologie pendant la grossesse ainsi que sa prise en charge thérapeutique.

Symptomatologie, épidémiologie, mécanisme physiopathologique et facteurs de risque.

Les symptômes cliniques du RGO prennent le plus souvent la forme de pyrosis (brûlures d'estomac), de régurgitation pouvant être accompagnées de douleurs épigastriques, de nausées et/ou de vomissements et peuvent par conséquent être à l'origine de dénutrition, de troubles du sommeil et de pneumopathie d'inhalation (1).

La prévalence du RGO dans la littérature médicale est entachée d'une certaine variabilité en partie expliquée par l'absence de consensus pour établir le diagnostic, qui à ce jour est principalement clinique. Près de 20 % des patientes sont concernées par ce trouble digestif au premier trimestre de grossesse et cette proportion évolue à 80% en fin de grossesse. En pratique, une fois le diagnostic établi, et la prise en charge adaptée mise en place, les suites sont souvent simples. Néanmoins, certaines formes de RGO peuvent se révéler réfractaires au traitement et/ou se compliquer de méléna, de dysphagie, et/ou d'hernie hiatale (2). Dans ce contexte, une prise en charge médicale spécialisée et des examens complémentaires s'imposent afin de mieux étayer le diagnostic et d'écartier d'éventuelles autres pathologies digestives suspectes telles qu'un ulcère ou une oesophagite.

La physiopathologie du RGO est multifactorielle. Trois hypothèses sous-tendent la survenue de ce trouble digestif et sont en lien principalement avec les changements physiologiques s'opérant pendant la grossesse (2) :

1) l'imprégnation en progestérone pendant la grossesse. Cette hormone aux propriétés relaxantes des muscles lisses a pour effet de diminuer le tonus du sphincter bas de l'œsophage ;

2) le ralentissement de la vidange gastrique est en lien avec les effets exercés par la progestérone ;
3) et l'augmentation de pression intra-abdominale exercée par l'utérus sur l'estomac.

Certaines patientes sont plus à risque en présence notamment d'une multiparité, d'un âge gestationnel avancé, d'un RGO pré-gestationnel, d'antécédents de RGO lors de précédentes grossesses, d'un index de et/ou d'une prise de poids importante¹. Les patientes asiatiques et les patientes d'Amérique du Sud seraient plus à risque de RGO. Néanmoins, des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux caractériser ce lien et s'affranchir d'éventuels biais notamment en lien avec le mode de vie alimentaire. Par ailleurs, aucun effet néfaste du RGO sur l'issue materno-fœtale n'a été rapporté à ce jour dans la littérature médicale.

Prise en charge thérapeutique du RGO pendant la grossesse

La prise en charge thérapeutique se fera par étapes. Globalement, quelque soit le traitement mis en place, le bénéfice maternel reste supérieur aux risques embryonnaires ou fœtaux éventuellement encourus par l'exposition médicamenteuse(2).



1- R.Law, C.Maltepe, P. Bozzo et al. Treatment of heartburn and acid reflux associated with nausea and vomiting during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2010 ; 56:143-4.

2- F.Habr, C.Rake, CL Lin et al. Predictors of gastroesophageal reflux symptoms in pregnant women screened for sleep disordered breathing: a secondary analysis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2013 ;37:93-9.

3- E.Ferreira, B.Martin, C.Morin. *Grossesse et Allaitement, guide thérapeutique*. 2e édition, 2013. Edition Sainte-Justine.

* Pharmacien Praticien Hospitalier, Pharmacien Clinicien

** Pharmaciennne, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Montréal, (Québec) Canada; Co-titulaire, Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal (Québec) Canada
Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, Montréal, (Québec) Canada;

Stratégie thérapeutique	Recommandations	Commentaires
Les mesures hygiéno-diététiques	<ul style="list-style-type: none"> - Élever la tête du lit de 10 à 15 cm - Se coucher sur le côté gauche - Éviter certains aliments gras, chocolat et épices, - Éviter les boissons gazeuses, les jus à base de tomates, de café et de thé. - Éviter les médicaments à effets indésirables digestifs : les anticholinergiques, agonistes dopaminergiques, inhibiteurs calciques, etc. - Éviter le tabac et l'alcool aux effets nuisibles également sur le développement embryo-fœtal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les mesures hygiéno-diététiques classiques suffisent pour certaines patientes à soulager les symptômes de RGO. - Leur mise en place est de rigueur à toutes les étapes de prise en charge thérapeutique.

En cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques, la prise en charge par un traitement pharmacologique s'avère utile au vu des bénéfices maternels escomptés.

Stratégie thérapeutique

1ère intention	Les pansements gastro-intestinaux à base d'argile (ex : Smecta®) ou de diméticone (ex : Polysilane®).	<p>Pas d'effet tératogène animal.</p> <p>Large utilisation en pratique clinique sans que cela soit associé à un signal inquiétant.</p> <p>Une étude cas-témoins retrouve une association avec un taux de malformation élevé mais les résultats nécessitent d'être confirmés par des études de méthodologie appropriée.</p> <p>Pas d'absorption digestive.</p>
	Les antiacides à base d'alginates (Gaviscon®) ou de sels d'aluminium et de magnésium (Maalox® ...) :	L'absorption est négligeable à la posologie habituelle.
2e intention	Sucralfate	<p>Pas d'effet tératogène animal</p> <p>Les données d'innocuité sont peu nombreuses mais ne retrouvent pas d'augmentation du risque de base de malformations majeures (1).</p> <p>Faible absorption digestive.</p>
	Antihistaminiques H2 : Ranitidine et famotidine (les plus étudiés)	<p>Pas d'effet tératogène animal</p> <p>Les données d'innocuité sont nombreuses et ne retrouvent pas d'augmentation du risque de base de malformations majeures.</p> <p>L'efficacité pendant la grossesse a été établie : la ranitidine 150 mg matin et soir a permis dans une étude contrôlée de diminuer de près de 50% les symptômes du RGO.</p>
3e intention	Inhibiteurs de la pompe à protons	<p>L'omeprazole reste l'IPP de premier choix en raison de données d'innocuité nombreuses pendant la grossesse et ce quelque soit son terme.</p> <p>Pas d'augmentation du risque de base de survenue de malformation congénitale.</p>
	Métoclopramide	Indiqué notamment en cas de présence de nausées et vomissements car il augmente la pression du sphincter bas de l'œsophage et améliore le péristaltisme digestif.

Pour rappel, le risque de base de survenue de malformation congénitale dans la population générale en dehors de toute exposition à un agent tératogène est de 2 à 3 %.

4- KY Ho, JY Kang, OA Viegas. Symptomatic gastro-oesophageal reflux in pregnancy: a prospective study among Singaporean women. J Gastroenterol Hepatol. 1998 ;13 :1020-1026.

5- Nelson MM, Forfar JO. Associations between Drugs Administered during Pregnancy and Congenital Abnormalities of the Fetus. Br Med J. 1971; 1: 523-527.

6- JD Larson, E Patatanian, PB Miner, WF Rayburn et al. Double-blind, placebo-controlled study of ranitidine for gastroesophageal reflux symptoms during pregnancy. Obstet Gynecol. 1997;90:83-7.

Par Imounachen Zitouni, Docteur en pharmacie

La période de rentrée scolaire des élèves coïncide souvent avec l'épidémie des poux ! Contrairement à une idée reçue, ce n'est pas en période scolaire que les poux prolifèrent le plus sur la tête des enfants, mais pendant les vacances. Car c'est une période de "brassage de population" et aussi parce que les parents sont moins vigilants sur l'état des cheveux de leurs enfants.

De quoi s'agit-il ?

Les poux de tête (*Pediculus humanus capitis*) sont des insectes hématophages, de la famille des Pédiculides et de l'ordre des anoploures. Ils sont de petite taille (2 à 4 mm de long), de couleur brun clair à blanc grisâtre, sans ailes et au corps aplati, ils se nichent sur la tête des humains et sont responsables de maladies parasitaires bénignes et contagieuses nommées pédiculoses. Loin de son hôte, le pou survit rarement plus de 36 heures, il meurt de faim ou de déshydratation. Il lui faut en effet se nourrir régulièrement de sang, et les conditions climatiques et d'humidité nécessaires à sa survie sont assez strictes : température comprise entre 28 et 32° C, avec une humidité de 70 % à 80 %. Le cycle de reproduction des poux est en moyenne de 3 semaines. Il comprend 3 stades: le stade oeuf, le stade nymphe et le stade adulte. Le passage de l'oeuf au stade de la nymphe prend de 6 à 12 jours. Ensuite le passage de la nymphe au stade adulte prend de 7 à 14 jours. Ce dernier survit de 7 à 10 jours.

Comment attrape-t-on les poux ?

La contamination par les poux de tête est avant tout interhumaine et se fait directement par contact, même bref, d'un sujet parasité à un

autre. Les pédiculoses sont très fréquentes dans les collectivités d'enfants (école, garderie, camp de vacances) quelque soit le milieu social. En effet, la transmission se fait via les échanges de vêtements, de chapeaux, de brosses à cheveux, etc.

La femelle pond alors ses œufs (lentes) sur le cuir chevelu. Celles-ci se fixent à la base du cheveu et évoluent avec sa croissance.

Diagnostic

Le prurit provoqué par la piqûre du pou lorsque celui-ci se nourrit de sang, deux à trois fois par jour, signe la pédiculose. Le diagnostic est évident quand les démangeaisons sont localisées sur le haut de la nuque. Sur les cheveux, on découvre les lentes. Des plaques érythémato-squameuses excoriées du cuir chevelu résultant du grattage confirment le diagnostic.

Un impétigo, secondaire aux lésions de grattage, peut apparaître parfois. Cette surinfection bactérienne, quand elle existe, doit être prise en charge avant de débiter le traitement de la pédiculose.

Rarement, l'enfant a des adénopathies cervicales. En revanche, il peut présenter des signes de fatigue ou de nervosité.

Conseils du pharmacien

La première chose que le pharmacien est amené à faire face à une pédiculose est de rassurer les parents, et de leur expliquer que les poux de tête ne sont aucunement synonymes d'un manque d'hygiène.

Par la suite, le pharmacien doit proposer le traitement adéquat. Le traitement anti poux est indispensable en cas de pédiculose car il n'existe aucune guérison spontanée! Et pour qu'un traitement soit entièrement efficace, il doit être à la fois pédiculicide et lenticide.

Il faut traiter conjointement la tête des enfants, les accessoires de coiffure, la literie et l'environnement pour éviter les réinfestations. Il existe deux types de produits anti poux : les produits contenant des insecticides et les produits sans.

Produits contenant des insecticides :

Ces produits exercent une toxicité neurologique sur le pou, à l'origine d'une hyperstimulation des neurones, puis de la mort du parasite. Il s'agit d'insecticides de trois types : les pyréthrinoides de synthèse (notamment la perméthrine), le malathion, qui est un insecticide organophosphoré et le lindane qui est un insecticide organochloré, faiblement lenticide, qui est moins utilisé.

De manière générale, les shampooings contenant ces produits détruisent moins bien les lentes que les lotions et les sprays (la dilution et le temps de contact sont généralement moins importants avec un shampooing).



Photo - A. Derraji - Droits réservés



Les produits à base

de pyréthrine doivent être appliqués au contact des cheveux, entre 10 minutes et 60 minutes. Après 7 à 10 jours, il faut contrôler l'effet du traitement. Si des poux vivants sont retrouvés en peignant les cheveux mouillés, il faut réutiliser le même produit. Si des poux vivants sont encore retrouvés 7 à 10 jours après la seconde application, on peut essayer un produit à base de malathion.

Les produits à base de malathion doivent être appliqués au contact des cheveux, pendant au moins 8 à 12 heures. Après 7 à 10 jours, il faut contrôler l'effet du traitement. Si des poux vivants sont retrouvés en peignant les cheveux mouillés, il faut réutiliser le même produit. Si des poux vivants sont encore retrouvés 7 à 10 jours plus tard, on peut essayer un produit à base de pyréthrine.

Traitement sans insecticides :

Ces produits, à base de diméticone, agissent de manière mécanique en bouchant les orifices respiratoires des lentes et des poux entraînant leur asphyxie. Ils sont moins agressifs pour le cuir chevelu, dénués de toxicité pour le patient et non polluants pour l'environnement. Ces produits peuvent être utilisés chez l'enfant à partir de 6 mois.

Ce nouveau traitement permet l'élimination des poux dans 70% des cas environ. Ce traitement est une bonne alternative aux insecticides, notamment parce qu'il est moins toxique.

En cas d'inefficacité du traitement, il faut consulter afin que le médecin vérifie si le traitement a été bien fait et puisse décider s'il faut changer de classe d'anti poux, voire utiliser un traitement par voie orale (ivermectine).



Précautions d'emploi générales

Lors de l'utilisation des anti poux:

- Éviter tout contact avec les yeux.
- Ne pas appliquer ces produits sur une plaie ouverte ou surinfectée.
- Les sprays sont contre-indiqués en cas d'asthme et/ou de bronchite asthmatiforme. Ils doivent toujours être administrés dans une pièce bien ventilée.
- Ne pas utiliser de lotion à base de malathion chez l'enfant de moins de 2 ans sans avis médical
- Ne pas appliquer les lotions à proximité d'une source de chaleur intense (lotions inflammables). Ne pas utiliser de sèche-cheveux!
- Entreposer les produits hors de la portée des enfants pour éviter tout risque d'ingestion.

Comment limiter les risques d'infestation par les poux ?

- Éviter les contacts directs de tête à tête entre les enfants.
- Placer bonnet, casquette et foulard dans la manche de leur manteau
- Éviter tout contact entre bonnets, serviettes de bain, casques avec un enfant ayant des poux
- Mettre un bonnet de bain à la piscine par mesure de précaution.
- Garder les cheveux longs attachés.

Quand consulter ?

- En cas de lésions cutanées inflammées.
- En cas d'échecs répétés des traitements.

Lotion, spray, mousse, shampooing: que choisir?

• On recommande les lotions et les sprays (qui s'appliquent sur cheveux secs) car ils sont plus concentrés que les shampooings (qui s'appliquent sur cheveux mouillés d'où une certaine dilution)

• Pour une plus grande efficacité, il est préférable d'utiliser les lotions sur cheveux courts et les sprays sur cheveux longs

• Le shampooing permet une utilisation facile et rapide. Il peut être utilisé lors d'une infestation légère.

COUVERTURE

PREMIÈRE JOURNÉE SCIENTIFIQUE DE MANAGEMENT PHARMACEUTIQUE

Le Centre d'Accueil et des Conférences de la Fondation Mohammed VI de Rabat a abrité le samedi 20 septembre, la première journée Scientifique de Management Pharmaceutique sous le thème : «*L'apport des sciences de gestion dans la pérennité et le développement de l'entreprise pharmaceutique*».

Cette première édition organisée par la Société Marocaine de Management Pharmaceutique (SMMAPH) a été l'occasion idoine pour mettre en avant le rôle du management dans tous les métiers qui se rattachent à la pharmacie.

Lors de la séance inaugurale qui s'est tenue en présence du Pr. Yahya Cherrah, du Pr. Badre Lmimouni et du Pr. Jamal Lamsaouri, le Pr. Jamal Taoufik, Vice Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat a présenté une conférence intitulée : «*Histoire de la gestion pharmaceutique*». Lors de cette conférence, cet ancien directeur du médicament et de la pharmacie et après avoir fait un rappel historique, qui a été suivi avec beaucoup d'intérêt par l'assistance, a mis en avant l'apport de la gestion optimisée dans les différents métiers du pharmacien.

À la suite de cette présentation, le Pr. Ahmed Bennana, président de la SMMAPH, a donné une conférence où il a mis l'accent sur l'importance de l'information et de l'apport d'un système d'information formalisé et optimisé dans la bonne marche de toute entreprise. Tout défaut de maîtrise de ce dernier peut lui porter préjudice,

voire compromettre sa viabilité.

Une série d'autres présentations programmée par les organisateurs a permis de rappeler l'apport du management aussi bien en industrie pharmaceutique, en biologie médicale, en pharmacie hospitalière qu'en pharmacie d'officine. Le professeur Jamal Lamsaouri a, de son côté, souligné l'importance de la logistique à travers le déploiement d'hôpitaux de compagnie dans différentes régions d'Afrique et du Moyen orient.

L'apport de l'assurance qualité à l'exercice de la pharmacie d'officine a été largement évoqué tout autant que la gestion des soins pharmaceutiques au Royaume Unis, sujet traité par Mme Fadwa Aarab. M. Abdelilah Lahlou, DG du Laboratoire Iberma a donné une conférence sur l'intelligence émotionnelle.

M.Olivier Bonnavaud a clôturé cette journée en présentant d'une manière efficiente tous les aspects pratiques du marketing et de la communication.

À la fin de cette rencontre, de nombreuses recommandations ont été formulées dont la plus importante est la nécessité de renforcer les modules de formation existants, et de prévoir d'autres afin de permettre aux différents intervenants du secteur d'avoir les outils nécessaires pour continuer à s'adapter aux exigences du marché et faire face à une concurrence de plus en plus rude.



Photo souvenir

Photo - A. Derraji - Droits réservés



Photo - A. Derraji - Droits réservés

Professeur Yahya Cherrah



Photo - A. Derraji - Droits réservés

Pr. Jamal Taoufik



Photo - A. Derraji - Droits réservés

Pr. Jamal Lamsouri



Photo - A. Derraji - Droits réservés

M. Abdelilah Lahlou et M. Mohamed Meiouet



Photo - A. Derraji - Droits réservés

Pr Badre Lmimouni



Photo - A. Derraji - Droits réservés

Pr. Ahmed Bennana

LE PREMIER MEETING ARABE DE PHARMACOVIGILANCE : LA PHARMACOVIGILANCE DES PAYS ARABES EN QUESTION

Après le Congrès Africain de Pharmacovigilance qui s'est tenu en septembre de l'année dernière à Rabat, en collaboration avec la Société Africaine de pharmacovigilance, le Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc (CAPM) revient à la charge en organisant, cette fois-ci, le Meeting arabe de pharmacovigilance.

Cette manifestation qui a eu lieu du 22 au 26 septembre 2014 au CAPM, a été organisée en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé et la ligue arabe. L'objectif de cette rencontre était de faire un état des lieux de la pharmacovigilance (PV) à travers les différents pays du Maghreb et du Moyen Orient dans le but de l'harmoniser.

La séance inaugurale de ce meeting a été présidée par le ministre de la santé. Ce dernier a fait part aux experts en provenance de 25 pays, dont 14 pays arabophones, de la place importante qu'occupe la PV au Maroc. Il a également souligné avec acuité l'implication du CAPM à l'échelle internationale. Il a rappelé que le dynamisme avéré de ce centre, qui est devenu un centre collaborateur de l'OMS, est un atout de taille pour le développement de la pharmacovigilance arabe.

Tout en ayant une pensée pour les pays arabes déstructurés par les conflits, le Pr. Louardi a salué les efforts consentis par l'OMS et par la ligue arabe pour développer la PV et maîtriser au passage l'iatrogénie des médicaments.

Le ministre de la santé a conclu son discours en

annonçant l'imminence de prise de mesures par son département pour limiter les risques liés au mésusage des médicaments.

À la suite du discours du Pr. Louardi, Mme Laila Fahmy Negm, (Ministre délégué, Directeur du département de la santé et de l'aide humanitaire, responsable du Secrétariat technique du Conseil des ministres arabes de la Santé - LIGUE DES ÉTATS ARABES) a, de son côté, rappelé les efforts déployés par son institution pour sécuriser l'utilisation des médicaments.

La pharmacovigilance, comme la lutte contre la contre-façon, figure parmi ses priorités. Pour ce faire, la haute commission arabe du médicament a adopté sa 9ème directive en mars dernier. Celle-ci devrait constituer une feuille de route pour harmoniser la législation pharmaceutique dans les pays membres et favoriser l'usage rationnel des médicaments.

Ce meeting historique de Rabat tombe à point nommé puisqu'il a permis de mettre la lumière sur l'état d'avancement de la PV dans les différents pays arabes. Il a aussi permis un précieux partage d'expériences entre les experts arabophones et les experts internationaux.

La logique voudrait que les recommandations issues de ces travaux trouvent pleinement leur place dans la mise en place d'une stratégie arabe commune pour développer la PV.

Le centre marocain de pharmacovigilance devrait être une carte maitresse dans ce développement, pourvu que d'autres considérations ne viennent le priver d'un leadership qui lui revient de droit.





Photo - A. Derraji - Droits réservés

Professeur El Houssaine Louardi



Photo - A. Derraji - Droits réservés

PR. Rachida Soulaymani



Photo - A. Derraji - Droits réservés

le Pr. Louardi en campagne
de Mme Laila Fahmy Negma*



Photo - A. Derraji - Droits réservés

Pr. Raja Benkirane, présidente
de la Société Marocaine de PV



Photo - A. Derraji - Droits réservés

M. Yves Souteyrond, Dr. Marie Lindquist, Pr. El Houssaine Louardi, Mme Laila Fahmy Negma et Dr. Clive Ondari

* Ministre délégué Directeur du Département de la santé et de l'aide humanitaire, responsable du Secrétariat technique du Conseil des Ministres Arabes de la santé - Ligue des État Arabes
Infosanté, la revue des professionnels de santé et du médicament

First Annual Arab congress report

The first Arab/EMR meeting of Pharmacovigilance was held by the Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc, WHO Collaborating Centre for Pharmacovigilance in collaboration with the World Health Organization (WHO), in Rabat- Morocco(WHO-CC Rabat), from the 22nd to the 27th September 2014. The purpose of this meeting was to interact, exchange information, implement and reinforce national pharmacovigilance activities in Eastern Mediterranean Region (EMR)/Arab countries and to define an action plan for their development. Welcoming remarks were given by the Moroccan Minister of Health, Professor EL HOUSSAINE LOUARDI.

The attendance brings together pioneer organizations in this field such as WHO, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), Uppsala Monitoring Centre (UMC), and 183 experts from 28 countries, including 10 Arab countries, and countries from the Eastern Mediterranean Region. The participants were representatives of national pharmacovigilance centres (PVCs), Marketing Authorization Holders (MAH), WHO- Geneva, WHO-Collaborating Centres (WHOCs), the Arab League and of different universities.

The event was organized over 5 days, with plenary sessions and working groups. Plenary sessions were divided into 8 thematic areas:

The role of WHO Collaborating Centres and the situation of pharmacovigilance systems in EMR/Arab countries, Risk minimization measures in Pharmacovigilance, Databases management and signal detection, the integration of vigilances in a unique system (global vigilances system), the strengthening of vaccine vigilance system, Medication errors management, Pharmacovigilance in industry and Pharmacovigilance in clinical practice.

In addition to these plenary sessions, four working groups were organized to discuss about: An integrated pharmacovigilance system, Harmonizing terminology and definitions, Risk Minimization Plan and strengthening national vaccine pharmacovigilance system.

The following recommendations were approved by participants and were concentrated around 7 topics :

Situation of pharmacovigilance systems in EMR/Arab countries

- to encourage more countries to join WHO program for International drug monitoring
- to monitor annually the situation and evolution of Pharmacovigilance activities in the EMR /Arab countries

Global vigilances system

- to sustain the concept for an integrated vigilance system
- to establish/reinforce local regulations
- to build a global vigilance system in countries where the pharmacovigilance centre does not already exist
- to harmonize and coordinate between all vigilances systems in order to centralize reports to a national centre in countries where the pharmacovigilance does already exist

Risk minimization plan

- to address targeted, specific and adapted action plans
- to encourage inter-country collaboration for improving risk management plans applicability
- to set up measuring indicators locally adapted

Arab guideline

- to create a steering committee with pharmacovigilance experts from national PVCs, ministries of health, pharmaceutical industries, academia, and Non- Governmental Organizations to monitor and evaluate the Arab guideline implementation and develop key performance indicators
- to support countries for its implementation (training,....)
- to emphasize the role of PVC in the document

Harmonizing terminology and definitions in arabic language

- to acknowledge the participants engagement for achieving the 20 common terms used in pharmacovigilance harmonization
- to publish these terms in order to become widely disseminated

Training & capacity building

- to identify regional experts in all pharmacovigilance areas (causality assessment, preventability assessment, signal detection, risk minimization plan...)
- to organize an annual course on pharmacovigilance for PVCs, MAHs and Health Care Professionals with the contribution of regional and international experts
- to organize a practical training for pharmacovigilance Centre staff in advanced countries in PV
- to foster the technical support of UMC and WHO-CC Rabat in pharmacovigilance activities

Networking

- to develop an electronic network for timeliness exchange of information between Arab/EMR states and discussing crisis management
- to hold a periodic regional meeting on pharmacovigilance
- to conduct multi-centre studies on common safety issues



**Rabat- Morocco
22 - 26 september**

Les outils du marketing en officine (2ème partie)

Par Mme Dalal Chraïbi, Pharmacienne d'officine

“ Le marketing part d'une réflexion jusqu' à une mise en œuvre. ”

Dans le précédent numéro d'infosanté, nous avons vu qu'avant de choisir une stratégie de développement pour sa pharmacie, il faut absolument passer par quatre étapes : l'analyse, la réflexion, la planification et la mise en application. Les deux premières étapes, qui ont été traitées lors du quatrième numéro d'Infosanté, permettent au pharmacien d'identifier et d'étudier les forces et les faiblesses de son officine afin d'éviter de se lancer dans des investissements aléatoires.

Dans ce numéro, nous aborderons les deux dernières étapes de ce processus que sont : la planification et la mise en application

I- LA PLANIFICATION

Après avoir constaté et déterminé les besoins et les désirs de sa patientèle, le pharmacien doit passer à la planification stratégique. Celle ci consiste à se fixer des objectifs clairs et précis pour aller droit à l'essentiel.

La mise en place d'un plan d'action a plusieurs avantages :

- Il permet la prise en compte des contraintes prioritaires de l'environnement et du marché.
- C'est un instrument de coordination qui veille à ce qu'il y ait une cohérence entre les objectifs fixés et les actions à mener.
- Il apporte une rigueur dans l'organisation et dans la prise de décision. Il constitue un outil de contrôle qui permet d'apporter les corrections nécessaires, le moment voulu.

La fixation des objectifs d'un plan stratégique doit être explicite et chiffrée. Les objectifs marketing sont de plusieurs types : Objectifs de rentabilité et de retour sur investissement ; objectifs de volume et de parts de marché (volume de ventes, chiffre d'affaires, parts de marché...) ; autres objectifs marketing de type image de marque, satisfaction des clients, fidélité, etc.

La fixation des objectifs permet de souligner la place visée sur le marché : position de leader, de challenger ou de spécialiste.

Pour illustrer ceci, on va prendre comme exemple 4 objectifs à atteindre et leurs planifications stratégiques.

Objectif 1 : Accroître la fréquentation de la pharmacie.

Pour accroître le trafic des clients en pharmacie, il faut adopter une politique de spécialisation drainant des clients des autres zones de chalandise comme : la Dermocosmétique, l'Orthopédie, l'Aromathérapie, la Phytothérapie, la Diététique thérapeutique ou les Produits Bio.

Pour y arriver, il faut mettre à jour ses connaissances sur les produits et les différentes gammes afin de répondre aux nouvelles attentes des clients et leur apporter un traitement global.

Il faut aussi investir dans la mise en place de ces produits pour les mettre à la disposition de la patientèle. Car un produit mis en place a beaucoup plus de chance d'être vendu parce qu'il sera vu et



identifié par le client.

Il faut enfin investir dans le réaménagement de son officine afin d'augmenter sa fréquentation et son chiffre d'affaire. Une étude française réalisée par Celtipharm sur 160 officines entièrement réaménagées, a révélé une progression moyenne de +14 % de fréquentation et + 23 % de chiffre d'affaires deux ans après un réaménagement complet. Les résultats ont aussi montré que la fréquentation des officines progresse rapidement après leur réaménagement: + 6 % dès la première année. Le chiffre d'affaires moyen mensuel augmente de 10 % dès le premier exercice. Le réaménagement doit concerner les vitrines, l'espace dédié aux médicaments et dispositifs médicaux, l'espace pour la vente et la présentation de produits cosmétiques et l'espace de confidentialité.

Objectif 2 : Augmentation du panier moyen (la recette journalière divisée par le nombre journalier de clients).

Pour atteindre cet objectif, le pharmacien doit penser à booster ses ventes. C'est pourquoi, il est important d'acquiescer les techniques de ventes et les mettre en œuvre, notamment le merchandising, les techniques du bon accueil et celles d'optimisation du conseil.

Et comme l'environnement de l'officine devient de plus en plus concurrentiel, le pharmacien doit penser aussi à adopter une politique de prix en essayant d'avoir des prix attractifs et d'être compétitif par rapport aux espaces parapharmaceutiques qui entourent son officine. Cette concurrence doit se faire sans pour autant sacrifier sa marge, et pour cela il faut être vigilant et observer tout ce qui se passe dans l'environnement proche.

Objectif 3 : Fidélisation des clients

Pour fidéliser durablement la clientèle de l'officine, il faut opter pour une stratégie personnalisée. C'est pourquoi le pharmacien doit être à l'écoute de ses patients et prendre en considération toutes leurs réclamations. Et de temps à autre, il doit contrôler par des sondages leur degré de satisfaction. Aussi, il est important d'instaurer un suivi personnalisé des patients par le pharmacien. Et ce, en participant à leur éducation thérapeutique et en évaluant leur observance thérapeutique et leur hygiène de vie.

Parce que le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques (comme le diabète, l'hypertension, le cancer,...) sont en recrudescence dans notre société, le pharmacien d'officine a tout intérêt de parfaire ses connaissances par des formations scientifiques. En lui permettant de mettre à jour ses connaissances et d'en acquiescer de nouvelles, ces formations sont aujourd'hui

indispensables pour que le pharmacien d'officine puisse jouer amplement son rôle dans la prévention des maladies et le conseil des patients au mieux.

Objectif 4 : Équilibrer et adapter le stock

Pour garantir une bonne marche de son officine, le pharmacien doit avoir un stock important qui répond à la demande et aux exigences de la clientèle. Un tel stock va lui permettre de se spécialiser et de prodiguer des conseils associés tout en maintenant ses finances en équilibre.

Aujourd'hui, grâce aux logiciels de gestion qui sont disponibles sur le marché marocain d'un côté, et du nombre de livraisons assurées par les grossistes, le pharmacien peut gérer son stock avec une grande efficacité. Il peut maîtriser sa commande, savoir la rotation de chaque produit, optimiser les dates de péremption, etc.

II- LA MISE EN APPLICATION

Après avoir élaboré un plan d'action, arrive enfin le temps de l'exécution. Cette phase qui occupe la dernière étape du processus, s'avère aussi critique que la phase de conception, car le plan marketing n'est qu'un vœu pieux sans la phase d'exécution.

Pour réussir l'exécution d'un plan marketing, il faut absolument:

- se doter des moyens nécessaires à sa réalisation (moyens financiers, matériels et humains),
- disposer du temps nécessaire à son exécution,
- répartir les tâches aux différents collaborateurs de manière claire et précise,
- et entretenir le moral de l'équipe officinale: en effet, quand on motive son équipe, on fait « mieux » et on avance « plus vite ».

Enfin, la mise en exécution d'un plan marketing implique aussi le respect de certaines règles de base pour être couronné de succès. Tout d'abord, son application doit être progressive, et une période de rodage plus ou moins longue est souvent nécessaire avant que l'application ne prenne sa vitesse de croisière. De même, pour être un outil de travail quotidien, le plan

mis en place doit être simple, facile à comprendre et à appliquer. On doit veiller à le faire précéder d'une formation du pharmacien et de son équipe afin d'éliminer bon nombre d'objections et de malentendus.






Remède ou poison?

Abderrahim Derraji
Pharmacien d'officine

CHARDON À GLU

À l'heure où circule l'idée que les plantes, en opposition aux médicaments de synthèse, guérissent nécessairement en douceur, il est important de rappeler que les plantes médicinales contiennent des substances actives puissantes et potentiellement dangereuses si elles ne sont pas utilisées à bon escient. Une substance n'est pas moins dangereuse sous prétexte qu'elle vient de la nature. La compétence du pharmacien, doit contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, dans cette discipline étendue qu'est la phytothérapie.

Nom latin	<i>Atractylis gummifera L.</i>
Nom vernaculaire français	Chardon à glu
Noms arabes	Choûk el-eulk (chardon à glu à masticatoire), chouk el alk (Algérie).
Noms berbères	Addâd (ou Leddâd)
Famille	Asteraceae
Photo de la racine	

PRÉSENTATION

Le chardon à glu est une plante herbacée, vivace et épineuse. Sa tige est réduite voire totalement absente contrairement à ses racines qui sont volumineuses lui permettant de se maintenir durant des années. Les feuilles ont une longueur variant entre 15 à 40 cm. Elles forment une rosette, se terminent en épine et s'étalent à ras du sol.

Les fleurs qui apparaissent entre les mois de juin et juillet, sont hermaphrodites. Elles peuvent être de couleur rose, mauve ou rosâtre. Il s'agit de fleurons tubulés qui persistent sur des feuilles souvent desséchées. Les fleurs sont regroupées en inflorescences solitaires ou doubles ayant un diamètre variant de 3 à 7 cm.

Le fruit est un akène surmonté d'une aigrette ou pappus de poils blancs. .

Les fleurs et les racines sécrètent une sorte de glu ce qui a valu à cette plante le nom de chardon à glu.

Confusions possibles:

Le chardon à glu est appelé dans certaines régions méditerranéenne "Carline". Ceci est à l'origine de confusion avec une carline non toxique (*Centaurea ornata*) dont les feuilles sont consommées en salade notamment en Espagne.

Répartition :

Le chardon à glu est une plante qu'on retrouve dans les zones de broussailles ou les pâturages secs de plaine ou de basse montagne. On peut la trouver également au bord des chemins ou les champs de culture qui sont à l'abandon. On le rencontre au Maroc, en Algérie, en Tunisie et dans d'autres pays du pourtour méditerranéen.

Toxicité:

Le chardon à glu est connu pour sa toxicité (1). Cette plante renferme l'atractyloside, la carboxy-atractyloside et la gummiférine, principes actifs qui inhibent la respiration cellulaire.

D'une manière générale, toute la plante est toxique et particulièrement la racine qui concentre le poison. Son ingestion accidentelle donne lieu à de graves intoxications dont l'issue est généralement fatale.

Plusieurs cas d'intoxication au chardon à glu ont été rapportés au Maroc, notamment une admission au service de réanimation de l'hôpital d'enfants de Rabat (2).

Au Maroc, on la trouve de moins en moins chez les herboristes traditionnels. Les intoxications sont en grande partie fortuites.

Les jeunes bergers utilisent encore le latex visqueux comme glu pour capturer les oiseaux. Généralement, les victimes sont souvent très jeunes notamment les enfants chargés de garder les troupeaux qui mâchent des racines de chardon à glu pour apaiser leur faim ou par jeu. Des cas d'empoisonnements criminels sont possibles.

Données épidémiologiques

Le chardon à glu vient en tête de liste des plantes toxiques avec 15 % des cas (3).

- C'est la plante la plus dangereuse. Elle provoque plus de la moitié des cas de décès par plantes (52%).

- L'intoxication est saisonnière, surtout au printemps et en été ; périodes de la germination et de la fructification.

Que faut-il faire devant une intoxication?

Il faut évacuer rapidement le malade vers une structure hospitalière. Il ne faut pas attendre l'apparition des premiers symptômes pour le faire.

Le traitement est essentiellement symptomatique .

RÉFÉRENCES

1 .Jamal Bellakhdar *La pharmacopée marocaine traditionnelle*. Ibis Press, 1997, 183-186.

2- *L'intoxication par le chardon à glu (Atractylis gummifera L.) ; à propos d'un cas clinique.*S. Skalli, I. Alaoui, A. Pineau, A. Zaid, R. Soulaymani 29 janvier 2002

3- *Intoxication par le chardon à glu: Addad (Atractylis gummifera L.)* R. Benkirane, Gh. Jalal, M. Windy, N. Rhalem, R. Soulaymani www.capm.ma

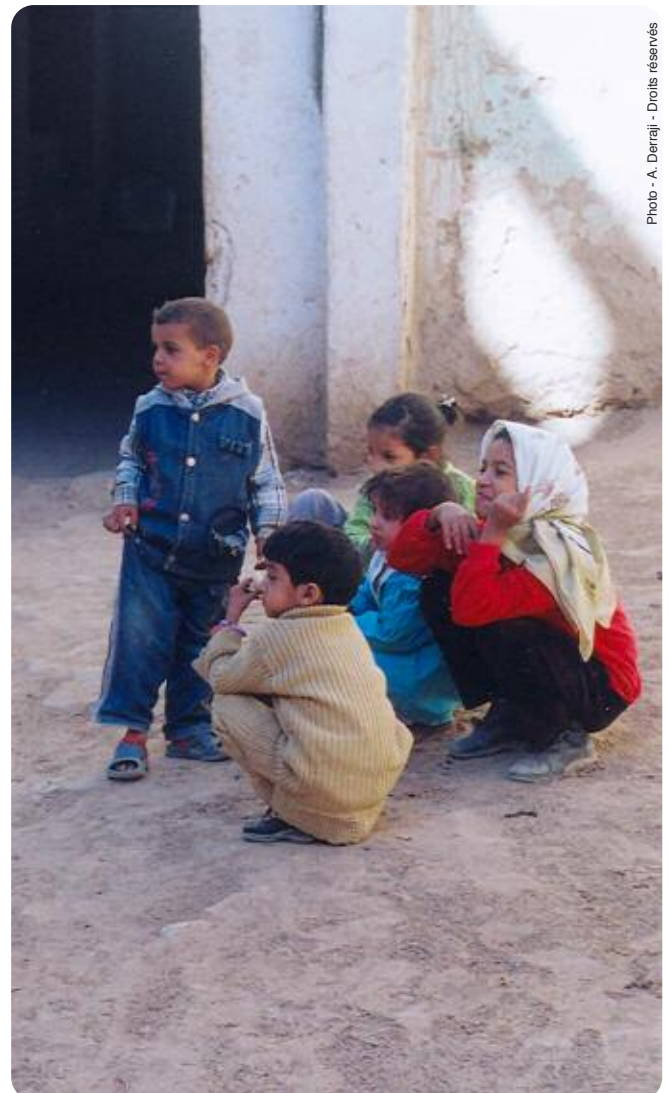


Photo - A. Derraji - Droits réservés

PROCHAINS ÉVÉNEMENTS



2ème Colloque National de Pharmacoépidémiologie et pharmacoéconomie

Date : 10 & 11 octobre 2014

Thème : Pharmaco-épidémiologie et exigences réglementaires

Économie de la Santé : importance des études médico-économique

Lieu : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Site Internet : www.cnpee.org

Journée Pharmaceutique Internationale de Casablanca

Date: 11 octobre 2014

Thème : "Les bonnes pratiques officinales : une exigence pour la qualité à l'officine"

Lieu: Hyatt Regency - Casablanca

Organisateur: Syndicat des Pharmaciens de la Grande Wilaya de Casablanca

Plus d'informations:

Tél. : 05 22 85 11 82 ou 05 22 85 11 86



Journée Technique SFSTP en partenariat avec le COPFR

Date : 14 octobre 2014

Thème: "Chaîne du Froid des produits de Santé"

Organisateur: SFSTP en partenariat avec le COPFR

Lieu : Hôtel Golden Tulipp Farah

Tél. : 05 22 99 23 01/02

Fax : 05 22 99 17 19

Frais d'inscription : 1500 DH



Industrie Pharmaexpo 2014

Date : 31 octobre 2014

4ème Édition du Forum / Salon de la pharmacie Industrielle et Hospitalière

Lieu : Hôtel Golden Tulip Farah

Ville : Casablanca

Organisateur: Easy Com

Site Internet : www.ipexpo.ma

15ème Congrès National de Ménopause

Date : 01 novembre 2014

Lieu : Idou Anfa

Voile : Casablanca

Contact: ghazligyneco@gmail.com

4ème Journée de l'Auto-immunité

Date: 8 novembre 2014

Thème : "L'inflammation et maladies auto-immunes et systémiques"

Lieu: Hôtel Royal Mansour

Ville : Casablanca

Organisateur: Association Marocaine des Maladies Auto-Immunes et systémiques «AMMAIS»

E-mail : moussayerkhadija@gmail.com

18èmes Journée du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens Fabricants et Répartiteurs

Date : 22 NOVEMBRE 2014

Thème :

Thème: "Impact de la baisse de prix sur l'évolution de l'industrie et de la répartition pharmaceutiques au Maroc"

Lieu : Hôtel Sofitel

Ville : Casablanca

Tél. : 05 22 99 23 01/02

Fax : 05 22 99 17 19

Frais d'inscription: 1500 DH



Photo - A. Derraj - Droits réservés

Arrêt sur une image

LE MUR DES MINISTRES...



Photo - A. Derraji - Droits réservés

Toute personne se rendant au ministère de la santé ne peut échapper au "Mur des ministres", mur où sont accrochées les photographies de tous les ministres qui se sont succédés à la tête de ce département.

Les 17 prédécesseurs du Pr. Louardi sont tous là, de Feu Abdelmalek Faraj, le premier doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat qui a trouvé la mort en 1971 à Skhirat alors qu'il essayait de porter secours à un blessé, à Yasmina Baddou, la première femme à occuper le poste de ministre de la santé. Contrairement aux autres ministres, Mme Baddou, avocate de formation, a eu droit à une photo en couleur, probablement pour lui éviter l'indécatesse du noir et blanc qui vieillit tant les photos.

Au milieu de ces cadres austères dont l'alignement semble poser problème, une bonne place donne l'impression d'être déjà réservée à l'actuel ministre de la santé. Une place qu'il aura méritée après un mandat où la santé n'a jamais autant occupé les devants de la scène médiatique.

Malgré la clairvoyance et l'abnégation d'un bon nombre de ces ministres, dont certains nous ont hélas, prématurément quittés, leur département a toujours peiné à répondre aux besoins croissants de nos concitoyens en matière de soins.

Heureusement que les choses sont entrain de changer, l'AMO permet aujourd'hui à un citoyen sur trois d'avoir une couverture médicale et d'accéder aux soins. Le Ramed et la couverture des indépendants, très attendus, devraient augmenter nos chances d'atteindre le pari difficile de la couverture médicale universelle. Mais quoi que nous fassions, toute politique de santé ne permettant pas d'apaiser les souffrances de tous nos malades, y compris les plus démunis d'entre eux, retardera l'échéance de voir se concrétiser l'esprit de solidarité que prévoit notre nouvelle constitution.

Abderrahim Derraji

Progrès, développement et effets collatéraux

Par Zitouni Imounachen

En France, avertis par une voisine, les pompiers ont fait la macabre découverte d'un homme momifié dans son appartement. Dans le Journal du dimanche (JDD) du lendemain, on pouvait lire ceci concernant la momie : «*sa peau était brunie et dure comme le cuir. Ses muscles se sont évaporés. Ses joues se sont creusées et ses yeux ont laissé place à deux cavités béantes [...] elle pesait une dizaine de kilos*».

Cette momie des temps modernes avait un nom, un statut social, une famille et des amis. Il s'agit de Patrice Henry, ancien pilote de l'armée, âgé de 56 ans au moment de son décès.

Un soir de juin 2008, Patrice s'est endormi sur son canapé-lit en tee-shirt et caleçon. Il est mort cette nuit là, sans que personne ne s'en aperçoive.

Il a fallu six longues années, avant que l'alerte ne soit donnée et de retrouver, enfin, son cadavre momifié.

Pendant toutes ces années, personne n'a pris la peine de le chercher. Pourtant son fils, des ouvriers, un huissier, et bien d'autres personnes sont venus jusqu'au pas de sa porte, ils ont sonné, attendu un peu et sont repartis, abandonnant ainsi l'homme, puis le cadavre et enfin la momie à sa solitude.

Ce qui interpelle le plus dans l'histoire de Patrice Henry est moins que son cadavre se soit momifié, que le fait d'avoir vécu tant d'années dans une terrible solitude affective et sociale. Car, si les momies sont filles de pénombre et de solitude, Patrice Henry, lui, était un Homme. Et l'Homme est un animal social qui ne peut exister que par les autres et à travers les autres.

À cette même période, de l'autre côté de la Manche, un autre fait divers tout aussi étonnant mais beaucoup moins tragique, s'est déroulé en Grande Bretagne.

Un riche anglais a réussi à percer le mystère de l'une des plus grandes énigmes policières de l'histoire du crime. En effet, au grand dam des amateurs des mystères bien gardés, l'identité du célèbre serial killer Jack l'éventreur a été révélée. Pour y arriver, Russell Edwards, un homme d'affaires détective à ses heures perdues, a mis la main sur un châle ayant appartenu à Catherine Eddowes, une des victimes de "Jack l'éventreur". Ce châle avait été récupéré par un policier en 1888 sur la scène du crime. L'objet a été ensuite conservé au sein de la famille, et transmis de génération en génération, jusqu'à se décider à le vendre il y a sept ans à Russell Edwards.

Grâce à la biologie moléculaire et avec l'aide de Jari Louhelainen, spécialiste de la discipline, l'enquêteur a découvert du sang et du sperme sur l'étoffe. Il a ensuite retrouvé les descendants de la victime Catherine Eddowes ainsi que ceux d'un des suspects de l'époque afin de comparer les ADN retrouvés sur le châle. Et quelques jours plus tard, bingo ! Les tests ont révélé l'identité du tueur en série. Il s'agit d'un juif polonais qui exerçait la profession de barbier et répondant au nom d'Aaron Kosminski.

A travers ces deux faits divers, on voit bien que l'homme est capable du meilleur comme du pire. D'un côté, grâce au savoir et à la science, l'homme peut réaliser aujourd'hui des miracles, c'est le cas avec la révélation de l'identité de Jack l'éventreur, 126 années après les faits. De l'autre, nous avons un homme qui est mort dans l'indifférence la plus totale de ses voisins, de sa famille et de la société toute entière. Pire encore, Patrice Henry est mort bien avant la nuit de son décès officiel. Il est décédé le jour ou il a cessé d'exister pour les autres, le jour ou personne ne se préoccupait de sa personne et de son devenir. De son vivant déjà, Patrice Henry ne vivait plus mais se contentait de remplir la fonction d'un être vivant en faisant semblant.....d'exister !

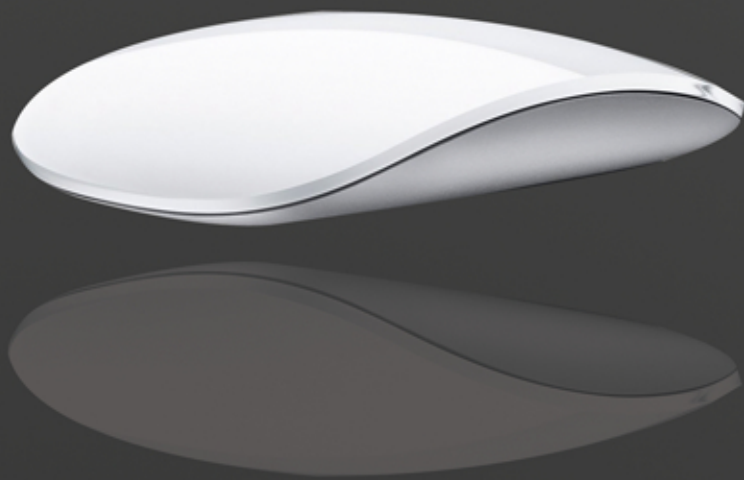
Alors, à quoi sert le développement technologique s'il se fait au détriment d'une régression des valeurs humaines et des liens sociaux? Et peut-on parler de véritable progrès quand des gens souffrent et meurent dans l'indifférence générale ?

Pour ma part, j'aurais tellement préféré que l'identité de Jack l'éventreur demeure à jamais mystérieuse, mais que Patrice Henry soit aujourd'hui parmi nous, ou du moins qu'il ait pu bénéficier d'un enterrement digne de sa personne. Car préserver la dignité de l'Homme, mort ou vivant, c'est bien cela le véritable développement.



WWW.MEDICAMENT.MA

*Tous les médicaments
à portée de clic!*



m.ma