



LE BULLETIN DE LA FMS

FAME'S VIEW

Changement du statut de la FMS en établissement public à caractère scientifique et technologique : une reconnaissance soulignant le mérite de notre institution

Dans ce numéro

Editorial	1
La responsabilité pénale du médecin	2
Organisation de la faculté: Direction des TIC	4
Manifestations scientifiques	6
La responsabilité sociale	9
Sommet mondial sur la responsabilité sociale	10
Publications	14
Recherche	16
Pédagogie	18
Lu pour vous	19
Espace étudiants	22

Comité de rédaction :

- Ali Mtiraoui
- Aida Ben Slama Trabelsi
- Houyem Said Laatiri
- Maher Maoua
- Hajer Kraiem Omri
- Mehdi Slim

Comité scientifique:

- Pr Bechir BelHadj Ali
- Pr Nejib Mrizak
- Pr Mohamed Ben Dhiab
- Pr Housseem Hamouda
- Pr Olfa Bouallegue
- Pr Walid Najja
- Pr Samir Hydar
- Pr Ag Ramzi Moatamri
- Pr. Ag Souhail Bannour
- Tous les membres du conseil

Editorial

Depuis sa création il y a déjà quarante ans, la faculté de médecine a bénéficié d'une évolution considérable dans le domaine des ressources humaines. Dotées de compétences professionnelles incontestables, elles ont mené à bien leur mission de développement et l'innovation pédagogique et ont eu un impact direct sur la rénovation de la qualité de l'enseignement et sur la consolidation de la recherche scientifique. Son orientation vers sa communauté, son ouverture sur son environnement et l'exercice d'une médecine selon une approche intégrée lui ont valu la réputation d'institution innovatrice et avant-gardiste.

En dépit des progrès réalisés et des points forts dont dispose intrinsèquement notre institution, l'amélioration continue de son curricula, de son fonctionnement et de sa gouvernance demeurent encore des défis à relever et des opportunités à saisir. Elle a initié assez tôt son processus de démarche qualité en élaborant des procédures d'évaluation des actions, des programmes et des stratégies en vue d'accroître les capacités institutionnelles de progrès et d'évolution.

Plusieurs évaluations internes et externes ont eu lieu durant les dernières décennies. La première était une évaluation interne en 2005, supportée par la CIDMEF. Son objectif a été d'aider le processus de fonctionnement et d'évaluer la productivité de l'institution. Une visite de suivi par la CIDMEF en 2008 avait été réalisée. Une seconde évaluation était également effectuée en 2010. Rentrant dans le cadre de la réforme engagée par la FMS, à l'instar des autres facultés de médecine du pays, et également des universités et des choix politiques ministériels, une nouvelle démarche d'auto-évaluation a été proposée. Cette évaluation permet aux institutions de : se situer par rapport aux références inter-

nationales, de partager et de préparer la phase d'évaluation externe dont l'objectif est de changer son statut administratif en statut scientifique et technologique et d'obtenir in fine une reconnaissance internationale de son offre de formation à savoir l'accréditation de notre institution. L'initiative de transformation d'établissements publics à caractère administratif en établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) a été lancée suite à la circulaire n° 15/16 du MESRS incitant les établissements à se manifester et à exprimer leur engagement dans le processus de transformation de leur statut conformément aux textes en vigueur (Loi n° 2008-19 et les décrets N°2008-3581 et N°2008-2716). Selon les décrets précités, les conditions de transformation des établissements publics à caractère scientifique et technologique sont fonction de la réponse aux critères suivants : La qualité de la gestion pédagogique, la qualité de la gestion scientifique, la qualité de la gestion administrative et financière, la qualité du rendement interne, l'ouverture sur l'environnement économique et social. C'est dans cette perspective qu'une commission de pilotage de l'évaluation de la FMS a été mise en place. Les membres de cette commission étaient des enseignants, du personnel administratif (secrétaire général, financier, service scolarité). Une fois le cadre général de la mission précisé à l'ensemble de l'équipe, les tâches étaient distribuées et confiées à chaque membre. La collecte des données, leur analyse et la rédaction du rapport se sont déroulées en respectant un chronogramme consensuel établi en amont. Le rapport final était ensuite remis à l'IEAQA.

La visite de l'instance composée de 6 évaluateurs et de trois observateurs avait eu lieu les 7 et 8 septembre 2016. Durant les deux

journées, hormis les membres de la commission d'évaluation, étaient présents également tous les responsables : directeur du centre de développement pédagogique, comité de bibliothèque, comité de thèse, direction de la recherche....., les représentants des étudiants et les enseignants responsables des affaires estudiantines étaient également conviés.

A la fin de ces deux journées, les membres de la commission d'évaluation externe avaient la ferme conviction que la FMS répond à la majorité des normes et qu'elle s'engage à remédier aux quelques anomalies mineures relevées. Monsieur le Doyen a été remercié pour son dynamisme et sa clairvoyance ainsi que tous les membres de l'équipe qui se sont engagés avec abnégation en œuvrant pour l'accomplissement de cette prestigieuse mission. Le dossier était ensuite confié aux instances supérieures du Ministère de l'Enseignement Supérieur qui, après délibération, ont accepté le verdict de l'audit et en ont validé les résultats.

Conclusion

Le projet de transformation de la FMS constitue une étape très importante vers le processus de l'accréditation qui permettra à notre faculté de relever les challenges des prochaines années, particulièrement en contribuant à concrétiser la mission qu'elle s'était fixée : « former des médecins compétents conscients de leurs responsabilités médicales et sociales, capable de générer les connaissances et de les partager tout en favorisant la pensée critique et créative, dans le but de résoudre les problèmes de santé les plus fréquents et d'améliorer ainsi l'état de santé et du bien-être des individus, de leurs familles et de l'ensemble de la population tunisienne ».

Pr Olfa Bouallegue
Vice doyen

Mise au point sur la responsabilité pénale du médecin en Tunisie

Pr Mohamed BEN DHIAB - Service de Médecine Légale de Sousse

Introduction

La responsabilité du médecin est un principe selon lequel il doit répondre des conséquences de ses actes (ou parfois de n'avoir rien fait).

Cette responsabilité est de type pénal quand le comportement du médecin est désigné par la loi comme punissable et qualifié de crime, de délit ou de contravention.

Elle fait ainsi référence au Code Pénal Tunisien (CPT) et aux textes réglementaires à caractère pénal.

Pour qu'un comportement (volontaire ou involontaire) puisse être qualifié d'infraction pénale, il est nécessaire que 4 conditions soient réunies :

- qu'il soit considéré comme tel par un texte de loi,
- qu'il ait été effectivement commis (matérialité), soit par action (exécution d'un acte interdit par la loi), soit par omission (inexécution d'un acte rendu obligatoire par la loi comme l'assistance à une personne en danger).
- que la personne qui l'ait commis soit apte à comprendre et à vouloir.
- qu'il n'y ait pas de justificatif de l'infraction (comme la légitime défense).

La responsabilité médicale pénale est la plus fréquente en Tunisie en raison des facilités procédurales (gratuité, charge de la preuve incombant à la justice, ...) mais aussi pour des considérations sociales tunisiennes en rapport avec la médiatisation des procès qui vulgarisent l'activité médicale, l'évolution des mentalités des patients qui n'acceptent plus la fatalité et cherchent un responsable à leur état mais aussi en raison d'un manque de communication avec le patient qui se dirige vers la justice pour comprendre ce qui lui est survenu à la moindre insatisfaction.

Elle concerne tout médecin quelque soit son mode d'exercice, son grade et sa spécialité mais elle est plus fréquente en gynécologie obstétrique, en anesthésie réanimation, en médecine d'urgence et en chirurgie.

Les sanctions prévues dépendront de la gravité de la faute commise. D'après l'article 122 du code de procédure pénale, sont qualifiées crimes, les infractions que les lois punissent de mort, ou de l'emprisonnement pendant plus de cinq ans. Sont qualifiées délits, les infractions que les lois punissent de l'emprisonnement d'une durée supérieure à quinze jours et ne dépassant pas cinq années ou d'une amende de plus de soixante dinars. Sont qualifiées contraventions, les infractions que les lois

punissent d'une peine ne dépassant pas quinze jours d'emprisonnement ou soixante dinars d'amende.

La responsabilité pénale est personnelle. Elle ne peut être rejetée sur une assurance ou une autorité supérieure ou de tutelle (chef de service, employeur, ministre). La sanction collective est possible en cas d'implication de plusieurs auteurs.

Cette responsabilité est examinée par les tribunaux de l'ordre judiciaire (Justice cantonale, tribunal de première instance, Cour d'Appel, Cour de Cassation). La faute pénale est déterminée par l'enquête judiciaire (instruction) avec souvent recours à l'expertise médicale.

Principales circonstances de mise en cause

Les situations de mise en cause de cette responsabilité sont de plus en plus nombreuses.

Elles concernent le médecin qui commet une infraction à l'ordre public (comme tout citoyen) mais aussi lorsqu'il commet une infraction en rapport avec l'exercice de ses activités professionnelles, par action (accomplissement d'un acte interdit) ou abstention (inexécution d'un acte rendu obligatoire par la loi) coupable.

A- Actions médicales coupables

1- Atteintes involontaires à l'intégrité corporelle d'un malade

Ce sont les situations les plus fréquentes de la mise en cause de la responsabilité pénale du médecin en Tunisie.

Le praticien est autorisé, par son statut, à porter atteinte à l'intégrité corporelle d'une personne mais dans le but de la soigner en prenant le maximum de précautions pour l'épargner de tout dommage évitable. S'il commet un manquement aux obligations avec des conséquences sur la santé de son patient (lésions corporelles, décès), il engage sa responsabilité pénale au titre de blessure ou d'homicide involontaire conformément aux articles 225 et 217 du CPT, dispositions générales souvent appliquées dans le domaine de la circulation routière.

A défaut d'un texte spécifique dépenalisant les conséquences involontaires des activités médicales et les confiant à des instances extrajudiciaires, l'atteinte à l'intégrité corporelle par manquement involontaire aux obligations demeure à caractère pénal et doit résulter d'une maladresse, imprudence, négligence, inattention, inobservation de règlement ou d'une impéritie :

Maladresse: manque d'adresse et d'habili-

té gestuelle. Exemple, blesser un organe sain lors d'une chirurgie, lésion par mauvais usage de forceps.

Imprudence : manque de prudence, défaut de précaution lors des soins ou de la surveillance. Exemple, chirurgie à froid sans consultation pré-anesthésique, défaut de surveillance d'un malade opéré.

Négligence: défaut d'application et de vigilance. Exemple, erreur sur le médicament à administrer ou le membre à amputer, non indication d'une exploration diagnostique nécessaire.

Inattention: agir sans réflexion, avec distraction. Exemple, oubli de compresse ou de ciseaux dans le corps d'un patient opéré.

Inobservation du règlement: non respect des recommandations admises ou des obligations de sécurité imposées par la loi ou les règlements. Exemple, non respect des règles d'asepsie ou de la sécurité transfusionnelle.

Impéritie : incapacité, défaut de compétence dans la profession, absence de recours à un confrère plus compétent. Exemple, un chirurgien inexpérimenté dans un domaine qui ne recourt pas à un confrère plus compétent lors d'une intervention chirurgicale complexe et non urgente.

Les punitions que risque le médecin sont un an d'emprisonnement et 420 dinars d'amende pour les blessures involontaires et 2 ans d'emprisonnement et 720 dinars d'amende pour l'homicide involontaire.

2- Violation du secret médical:

Elle consiste en une révélation du secret médical par le médecin (ou par toute autre personne dépositaire des secrets conformément à l'article 214 du CPT), hors le cas où la loi l'oblige ou l'autorise à se porter dénonciateur (dérogations légales). La révélation peut être orale ou écrite, partielle ou totale, en privé ou en public (conférence). La punition prévue est de 6 mois d'emprisonnement et 120 dinars d'amende.

3- Rédaction de faux certificats médicaux pour :

Attester des faits inexacts relatifs à la santé d'une personne ;

Dissimuler ou certifier faussement l'existence d'une maladie ou infirmité ou d'un état de grossesse non réelle ; Fournir des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause de décès. L'article 197 du CPT prévoit un an d'emprisonnement et 1000 dinars d'amende.

La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 5000 dinars d'amende lorsque

le médecin aura sollicité ou agréé soit pour lui-même soit pour autrui directement ou indirectement, des offres ou promesses ou don, ou présents, ou rémunérations en contre partie de l'établissement d'un certificat faisant état de faits matériellement inexacts. Le juge peut faire application de tout ou en partie des peines accessoires comme l'interdiction d'exercer les fonctions publiques ou la profession de médecin, de directeur ou d'expert (articles 200 et 5 CPT).

4- Pratique d'avortement par le médecin en dehors du cadre prévu par l'article 214 du CPT. Elle est punie de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de dix mille dinars ou de l'une de ces deux peines seulement. Il peut s'agir de:

Interruption de grossesse pratiquée en dehors d'un établissement hospitalier ou sanitaire ou dans une clinique autorisée;

Interruption de grossesse après les 3 premiers mois de grossesse sans raison de santé de la mère et/ou de l'enfant à naître;

Interruption médicale de la grossesse après les 3 premiers mois sans présentation d'un rapport du médecin traitant au médecin devant effectuer l'interruption.

5- Infraction à la législation relative à la prescription de stupéfiants, notamment le médecin qui, de mauvaise foi, aura ordonné l'emploi de substances stupéfiantes. L'article 102 de la loi n°69-54 du 26 juillet 1969 portant réglementation des substances vénéneuses, prévoit 5 ans d'emprisonnement et 100 à 10000 dinars d'amende.

6- Infraction à la législation relative au prélèvement et à la greffe d'organe.

Chez le donneur vivant: prélèvement chez le mineur ou incapable majeur/totalité d'un organe vital/but scientifique/sans consentement, ...Sur le cadavre: prélèvement malgré le refus de son vivant et/ou de ses proches après la mort/prélèvement chez le mineur ou l'incapable majeur sans le consentement écrit du tuteur légal;

Chez le donneur vivant et le cadavre: prélèvement des organes de la reproduction/contrepartie pécuniaire ou transaction/prélèvement dans des structures sanitaires privés ou publiques non autorisées.

La loi n° 91-22 du 25 mars 1991 relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains prévoit, un emprisonnement de 1 à 5 ans et une amende de 1000 à 2000 dinars sans tenir compte des autres peines prévues par le code pénale (articles 201, 219, 221, ...).

7- Stérilisation humaine sans finalité thérapeutique tel que le changement de sexe sans raison médicale. Le code pénal prévoit un emprisonnement de 20 ans (article 221) à la perpétuité en cas de décès (article 201).

8- Donner ou faciliter la mort à un malade dans le cadre d'une pratique euthanasique. Cette pratique correspond à un

assassinat puni par l'emprisonnement à vie (article 201 du CPT) ou à une aide au suicide, punie par l'article 206 du CPT, de 5 ans d'emprisonnement.

9- Infraction à la législation relative à l'hospitalisation pour troubles mentaux notamment le maintien en milieu libre d'hospitalisation de:

Malade dont le trouble mental aurait nécessité une hospitalisation dans une structure publique;

Une personne contre son gré.

La loi n°92-83 du 3 août 1992, relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation en raison des troubles mentaux modifiée et complétée par la loi n°2004-40 du 3 mai 2004, prévoit en cas d'infraction 16 jours à 1 an et 200 à 500 dinars d'amende.

10- Infraction à la loi n°91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin et de médecins dentistes notamment le médecin qui prête son concours aux personnes exerçant illégalement la médecine (guérisseurs, esthéticiens, ...) ou celui qui exerce pendant la durée d'interdiction prévue par la loi. La punition prévue est de 6 à 12 mois d'emprisonnement et/ou 2000 à 5000 dinars d'amende. La récidive est punie de 12 à 18 mois et de 5000 à 15 000 dinars d'amende.

B- Abstentions médicales coupables

1- Non assistance à une personne en danger : le médecin qui s'abstient volontairement de porter secours à une personne en danger, c'est-à-dire en péril (danger de perdre la vie ou de subir une lésion corporelle ou une aggravation de l'état de santé), immédiat et constant, nécessitant un acte de secours.

En pratique, puisque le médecin est généralement le dernier maillon de la chaîne de secours, il doit considérer tout appel au secours comme une « Présomption de péril » et doit intervenir personnellement pour le gérer la situation clinique (exemple, se déplacer lors d'une garde, examiner personnellement). Seul un risque sérieux peut justifier l'abstention comme l'existence d'une grande tempête qui l'empêche de se déplacer. La non assistance à une personne en danger entre dans les prévisions de la loi n°66-48 du 3 juin 1966 relative à l'abstention délictueuse. Elle est punie de 5 ans d'emprisonnement et de 10000 dinars d'amende, avec l'absence de circonstances atténuantes pour le corps médical.

2- Autres abstentions coupables en milieu médical:

- **Non déclaration des maladies transmissibles aux autorités sanitaires** par le médecin qui en a fait le diagnostic ou en pris connaissance. La liste de ces maladies est prévue par un arrêté du ministre de la santé. La loi n° 2007-12 du 12 février 2007, modifiant et complétant la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relatives

aux maladies transmissibles prévoit pour cette infraction, une amende de 100 à 500 dinars.

- **Non déclaration des naissances à l'officier de l'état civil** par le médecin ayant assisté à l'accouchement d'une femme, à défaut du père (en cas de naissance dans une structure sanitaire, cette déclaration incombe à l'administration). La punition prévue par les articles 24 et 25 de la loi n° 57-3 du 1^{er} août 1957 règlementant l'état civil prévoit un emprisonnement de 6 mois et/ou une amende.

- **Non signalement des sévices à enfant** (mauvais traitements), dont il a pris connaissance, au délégué de protection de l'enfance. L'article 119 du code de protection de l'enfant prévoit une amende de 50 à 100 dinars.

- **Refus d'obtempérer à une réquisition judiciaire ou policière** pour répondre à une mission d'ordre médical, en dehors de situations de récusation légitimes comme l'incapacité physique d'effectuer la mission, mission étrange à ses compétences, réquisition concernant l'un de ses parents proches ou alliés. L'article 143 du CPT prévoit pour ce délit 1 mois d'emprisonnement et 48 dinars d'amende.

Dans tous les cas, une condamnation pénale du médecin peut s'accompagner d'une action civile en indemnisation et/ou disciplinaire, exercée par l'employeur.

Expertise médicale

Les magistrats ne sont pas spécialistes de l'aspect technique des activités médicales qu'ils jugent. Ils ont donc besoin d'un avis de médecins experts, à qui ils vont confier une mission pour les éclairer sur les points qui échappent à leur compétence.

Dans le cadre du procès pénal, les experts seront désignés, le plus fréquemment, par le juge d'instruction. Leur mission la plus fréquente est d'apprécier l'existence d'un manquement aux obligations médicales qui constitue une infraction au droit pénal.

Dans certaines situations, le juge peut ne pas recourir à une expertise en responsabilité médicale comme pour la violation du secret médical, la rédaction de certificats de complaisance.

Conclusion

La mise en cause de la responsabilité pénale du médecin reste pour lui et pour le corps médical une épreuve difficile et douloureuse. Quelque soit son issue, les conséquences sont graves sur l'image du médecin, ses activités et ses rapports avec ses malades et ses confrères.

La prédominance des situations d'atteinte involontaire à l'intégrité des patients du fait des activités médicales incite à réviser le cadre de la responsabilité pénale et la dépenalisation de ces situations en raison des aléas liés aux activités médicales et aussi du risque inhérent à tout acte médical.

Direction des TIC: Intégration des TIC à la FMS

Pr Ag Ramzi MOATEMRI ; Pr Ali MTIRAOU

Depuis plus d'une vingtaine d'années la faculté de médecine de Sousse s'est impliquée sérieusement à changer son modèle d'enseignement, surtout que l'enseignement en ligne (e Learning) est devenu une méthode obligatoire d'apprentissage.

Afin d'atteindre cet objectif, la FMS a entrepris plusieurs démarches, tels :

- L'acquisition d'équipements technologiques et leurs mises à la disposition des enseignants et des étudiants
- Les réformes éducatives afin de sensibiliser et de soutenir les enseignants dans l'utilisation des TIC

En 2012, la direction des TIC a été créée par Monsieur le doyen de la FMS et agréée par le conseil scientifique, afin de sensibiliser et soutenir les enseignants et les étudiants dans l'utilisation des nouvelles technologies dans l'enseignement.

ÉQUIPE DE LA DIRECTION

L'équipe de cette direction qui permet d'assurer une meilleure coordination de l'ensemble des activités relatives aux TIC, est dirigée par le Pr Ag Ramzi MOATEMRI (Directeur) et le Pr Ag Mohamed Salah JARRAR (Codirecteur).

Cette direction est divisée en quatre unités (en caractères gras les responsables de chaque unité):

Unité de la numérisation des cours :

Pr Chaker Ben Salem, Pr Ali Jmaa, Dr Miniar Tfifha, Dr Amine Elghali et Dr Zeineb Alaya.

Unité de l'E-enseignement :

Pr. Slah-Eddine Ghannouchi, Pr. Ag Mohamed Salah Jarrar, Pr. Ag Wassim Karmani, Pr. Ag Sonia Jemni et Dr. Asma Zorgati.

Unité de la gestion du parc informatique : **Pr. Ag. Ramzi Moatemri**, Pr. Mohamed Denguezli, Dr Faten Ezzairi et Dr Maha Ben Fredj.

Unité de la gestion du site de la Faculté : **Pr. Noura Zouari**, Pr. Mehdi Jaïdane, Pr. Ag. Samia Ayachi, Pr. Ag. Zouha Mziou et Dr Zahra Kmira.

OBJECTIFS DE LA DIRECTION

Les objectifs de la direction des TIC durant les années universitaires 2015, 2016 et 2017 étaient les suivants :

- L'amélioration voire le changement du site de la faculté :

Il s'agit d'un point primordial, puisqu'il s'agit du portail numérique de la faculté. Il permet d'accéder aux différents espaces et rubriques (volet administratif, bibliothèque et archive, enseignement à distance...).

- La revalorisation et la rentabilisation du parc informatique :

Ce parc, qui entre dans le cadre du Programme d'Amélioration de la Qualité, est un acquis précieux mis à la disposition des enseignants. Un inventaire des équipements disponibles a été fait (des salles informatiques équipées de PC, un tableau magique, des boîtiers de vote *Optivote*®...).

- Le développement d'une bibliothèque en ligne :

L'accès aux revues numériques auxquelles la Faculté est inscrite est une demande insistante des enseignants et de nos étudiants. De plus, la consultation des ouvrages papiers de notre Bibliothèque n'est pas toujours possible. C'est pour ses raisons que nous œuvrons pour un accès sécurisé à distance aux revues via un identifiant et un mot de passe.

- Le développement d'une archive numérique :

L'archivage classique des thèses et des mémoires devient démodé et contraignant. Une Faculté prestigieuse et respectable devrait disposer d'une archive numérique accessible pour tous ses internautes. En collaboration avec la Direction de l'enseignement, et plus précisément le Comité des Thèses, nous avons exigé une copie numérique pour tous les projets de recherche soutenus à notre faculté à partir de Janvier 2015. Pour l'ancienne banque de mémoires et de thèses, l'utilisation du scanner trouvera également son intérêt.

- La promotion de l'enseignement en ligne :

Il est l'un des objectifs principaux de la direction des TIC. Comme il s'agit d'une politique d'enseignement qui doit être adoptée par l'ensemble du corps enseignant de la Faculté, nous

avons mis à la disposition des enseignants et des étudiants la plateforme et les outils nécessaires pour cette nouvelle méthode d'apprentissage (site, liens, numérisations des cours...).

Pour atteindre cet objectif, il était essentiel, de sensibiliser et d'impliquer les responsables des certificats enseignés à la FMS, les enseignants et les étudiants.

Afin de soutenir les enseignants à numériser leurs cours, la direction des TIC a organisé:

1. **Des cycles de formation sous forme d'ateliers de production de cours numérisés.** Il s'agit de séminaires ateliers de deux jours chacun, comportant une vingtaine d'enseignants portant sur la scénarisation et la numérisation d'un cours, l'enseignement avec MOODLE, le tutorat et l'évaluation des acquis des apprenants.

Les Objectifs de cette formation étaient de:

- * Mettre à la disposition des apprenants un module d'auto-enseignement structuré et numérisé sur le logiciel OPALE.
- * Tester l'enseignement de certaines séquences de formation de ces modules auprès des étudiants de la FMS sur la plateforme de l'UVT (Université Virtuelle de Tunis) <http://ent.uvt.rnu.tn> (université de Sousse/Faculté de médecine de Sousse).

Ces ateliers étaient assurés grâce à la précieuse collaboration des membres de la direction des TIC et du Dr Lilia CHENITI (Maitre Assistante en Informatique, Institut Supérieur d'Informatique et des Techniques de Communication (ISITC) Hammam Sousse).

A la fin des ateliers séminaires, une cinquantaine de cours numérisés ont été mis sur la plateforme Moodle de l'UVT.

Sachant que chaque enseignant et étudiant inscrit à la FMS ont accès à cette plateforme, il suffit seulement d'activer l'accès par une simple demande au gestionnaire du site.

2. **Une unité de soutien technique** sous la direction de l'ingénieur informatique de la FMS Housseem Bouharb, et de Mlle Zohra Touati (PES d'informatique) afin d'aider les enseignants à la numérisation de leurs cours.

Suite aux réformes des études médicales à la FMS, un certificat d'informatique et internet, Niveau 1 (C2i1), a été introduit dans le cursus de formation des étudiants de 1^{ère} année du 1^{er} cycle (PCEM1), afin de leur permettre l'acquisition de compétences numériques utiles dans des formations de l'enseignement supérieur dans une perspective de formation tout au long de la vie.

De même, un partenariat avec l'UVT a permis, aux enseignants et étudiants de la FMS, d'utiliser la plateforme de l'UVT dans la formation en ligne.

- Organisation du premier colloque des TIC de la FMS

La direction des TIC et l'amicale des enseignants de la FMS en partenariat avec l'université virtuelle de Tunis ont organisé le 1^{er} colloque des TIC de la FMS sur le numérique et la pédagogie médicale, les 24 et 25 mars 2017 à la FMS.

Les conférences lors de ce colloque avaient pour thèmes : Pédagogie inversée: Exigence ou panacée (Pr Ali Mtiraoui), Les MOOC et l'école de demain (Dr Lilia Cheniti), Le développement du numérique dans l'enseignement supérieur en Tunisie: l'apport de l'université virtuelle de Tunis (Pr Ezzeddine Zagrouba), TIC et FMS: stratégies et perspectives (Pr Ag Ramzi Moatemri), ainsi que l'Enseignement médical et TIC à Grenoble (Pr Daniel Pagonis).

Six ateliers de Pédagogie numérique ont suivis ces conférences, les sujets abordés étaient : la scénarisation et la numérisation d'un cours, les MOOCs, la plateforme Moodle, la classe inversée et les outils WEB 2.0.

Enfin, à notre sens, l'intégration des TIC est un des piliers dans notre projet de réforme des études médicales à la FMS qui mérite d'être conçu en tenant compte des besoins des étudiants, et qui doit constituer un projet complet et collectif qui accordera la même importance à toutes ses composantes de réussite.



FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE SOUSSE

LA DIRECTION DES TIC & L'AMICALE DES ENSEIGNANTS
EN PARTENARIAT AVEC L'UNIVERSITÉ VIRTUELLE DE TUNIS

Organisent

Le 1^{er} Colloque des TIC de la FMS LE NUMÉRIQUE ET LA PÉDAGOGIE MÉDICALE

Sousse, les 24 et 25 Mars 2017



Pour tout renseignement, contactez
Dr Moatemri Ramzi :
moatemri_ramzi@yahoo.fr
Dr Zouari Noura :
nourazouari1@gmail.com - Tel: 22853347



FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE SOUSSE

LA DIRECTION DES TIC & L'AMICALE DES ENSEIGNANTS
EN PARTENARIAT AVEC L'UNIVERSITÉ VIRTUELLE DE TUNIS

LE 1^{ER} COLLOQUE DES TIC DE LA FMS

LE NUMÉRIQUE ET LA PÉDAGOGIE MÉDICALE

Sousse, les 24 et 25 Mars 2017

Vendredi 24 Mars 2017

Première séance : 08h30-10h45

Modérateurs : Pr A Mtiraoui, Pr S Ghannouchi, Pr F Mansouri, Pr M Ben Dhiab, Pr J Lamloumi

08h30	Accueil des participants	
09h00	Pédagogie inversée : exigence ou panacée	Pr A Mtiraoui
09h30	Les MOOC et l'école de demain	M ^{me} L Cheniti
10h00	Le développement du numérique dans l'enseignement supérieur en Tunisie : l'apport de l'université virtuelle de Tunis	Pr E Zagrouba
10h30	Discussion	
10h45	Pause-café	

Deuxième séance : 11h15-12h45

Modérateurs : Pr D Pagonis, Pr M Denguezli, Pr S Ben Nasr, Pr N Zouari, M^{me} L Cheniti

11h15	TIC et FMS : stratégies et perspectives	Pr R Moatemri
11h45	Enseignement médical et TIC à Grenoble	Pr D Pagonis
12h30	Discussion	
12h45	Déjeuner	

Troisième séance (Ateliers): 14h30- 17h30

Atelier 1 : Numérisation d'un cours	Dr F Ezzaairi	Pr N Zouari
Atelier 2 : Scénarisation d'un cours	Dr M TFifha	Pr R Moatemri
Atelier 3 : MOOC	Dr M Ben Fredj	M ^{me} L Cheniti

Samedi 25 Mars 2017

Quatrième séance (Ateliers) : 09h00-12h30

Atelier 4 : Classe inversée	Pr Ag S Ayachi	Pr D Pagonis
Atelier 5 : Plateforme Moodle	Dr Med A El Ghali	Mr A Ben Taziri
Atelier 6 : Outils 2.0	Pr Ag H Kalboussi	M ^{me} Z Touati

12h30 Fin du Colloque



34^{èmes} Journées Médicales du Centre : 18–22 Janvier 2017

Le bureau de l'amicale des enseignants de la faculté de Médecine de Sousse a organisé cette année les 34^{èmes} JMC du 18 au 22 janvier 2017. Ces journées constituent la manifestation scientifique la plus importante de notre faculté de médecine qui les accueille chaque année dans ses locaux.

Les particularités de la 34^{ème} session des JMC étaient principalement l'association d'un programme social comportant une excursion au sud tunisien ce qui justifie le choix de la date des JMC cette année qui correspondait aux vacances scolaires de l'hiver. Cette session a offert aux congressistes un programme riche, développant l'expression scientifique, la promotion de la recherche médicale et la pédagogie active.

Les deux premières journées (18 et 19 Janvier) se sont déroulées à la faculté de médecine de Sousse. La 1^{ère} journée était consacrée au forum sur l'état des lieux et la promotion de la recherche à la faculté de médecine de Sousse. Cette journée était honorée par la présence d'éminents conférenciers et des représentants des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Les thèmes discutés étaient la promotion de la recherche à l'échelle nationale et internationale et les possibilités et opportunités de fusion de différentes structures de recherche à la faculté de médecine de Sousse.

Le programme de la 2^{ème} journée a comporté des flash-infos qui ont concerné les actualités dans les différentes spécialités. Les six flash-infos programmés étaient débattus en plénière autour des actualités en oncologie, gériatrie, ophtalmologie, pédiatrie, médecine esthétique et prise en charge podologique du pied diabétique.

La table ronde programmée pendant cette journée a concerné un thème pertinent et d'actualité : « la responsabilité médicale :

états de lieux ». Ce thème était présenté par des professeurs en médecine légale avec la présence d'un président du tribunal. Cette table ronde a débattu les états des lieux en responsabilité du médecin hospitalier et de libre pratique, de l'interne et du résident ainsi que des établissements sanitaires publics et privés.

Pendant les deux journées, quatre ateliers

Faculté De Médecine «Ibn El Jazjar» de Sousse
&
Amicale des enseignants de la F.M.S
Organisent

JMC

Les 34^{èmes} Journées Médicales du Centre

18 - 19 Janvier 2017 > Sousse
20 - 22 Janvier 2017 > Tozeur

Table Ronde :
Responsabilité médicale : état des lieux
Forum de recherche

Flash infos :
« PET SCAN » en oncologie.
Prise en charge du pied diabétique : actualités.
Intégrité médicamenteuse en gériatrie.
Maladie de Kawasaki : Nouveaux Biomarqueurs diagnostiques.
Rabotement facial...Evolution des idées.

Ateliers
Méthodologie de recherche
Séminaires Pédagogiques
- Case based learning : CBL
- Team based learning : TBL

Renseignements :
Amicale des Enseignants Faculté de Médecine, Av. Méd Karoui - 4002 Sousse
Tel : 73 222 600 / Fax: 73 224 899
E-mail: bureau.aefms@gmail.com

Dernier délai de soumission d'abstracts : 10/12/2016

de thèmes différents étaient programmés les après-midi. Les thèmes des ateliers étaient ; la recherche documentaire, la gestion des références par Zotéro, l'utilisation du SPSS et l'annonce de mauvaise nouvelle en médecine. Ces ateliers étaient animés par les enseignants de notre faculté dont nous félicitons pour la qualité et le haut niveau scientifique de leurs présentations.

Lors de ces deux journées, un forum de pédagogie était animé par les enseignants en cours de formation en CEC de pédagogie médicale. Des séquences vidéo et des posters affichés étaient présentés par les enseignants avec comme thème principal les nouvelles méthodes d'apprentissage actives centrées sur l'apprenant.

Ces journées étaient couronnées par la remise des prix attribués aux trois meilleures présentations affichées sous forme de E-posters.

La deuxième partie du programme des 34^{èmes} JMC était pédagogique et couplée à un programme social avec une excursion dans le merveilleux sud tunisien. Ce programme pédagogique a comporté deux ateliers autour du concept de l'apprentissage actif : classe inversée (*Flipped Classroom*) animé par Monsieur le doyen Prof Ali Mtraoui, et Case –Based Learning (CBL) animé par Prof Mohamed Ben Dhiab.

Une centaine de participants avec des enseignants et leurs familles étaient présents au programme social qui a comporté une excursion à Douz le premier jour et à Tozeur le deuxième jour. Lors de cette excursion, les enseignants ont passé des moments de détente avec la bonne ambiance entre eux.

Nous saisissons cette occasion pour remercier tous les membres du comité scientifique présidé par Prof Mohamed Ben Dhiab, les différents conférenciers et animateurs des ateliers qui ont rehaussé par leurs interventions cette session.

Nous remercions Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine de Sousse pour son soutien et aide précieux, l'ensemble des enseignants et du personnel qui ont contribué à la réussite de ces journées.

Prof Ag Bouguila Jihene





2^{ème} Journée de Gastro-entérologie du centre : 25 Février 2017

Sous l'égide de la faculté de Médecine de Sousse, et la société tunisienne de Gastro-entérologie, le service d'hépatogastroentérologie sahloul a organisé le 25 Février 2017 à l'Hôtel Diar El Andalou Iberostar Sousse, la **2^{ème} Journée de Gastro-entérologie du centre** ; D'imminents experts nationaux et internationaux ont intervenus et il y'avait presque 250 médecins présents. Le thème de la journée était la prise en charge de la cirrhose et de ses complications. Nous avons abordé la cholangite biliaire pri-

mitive, la thrombose porte, la stéatohépatite métabolique, l'hépatite autoimmune et le carcinome hépatocellulaire. Deux expert français ont parlé de la transplantation hépatique chez les cirrhotiques et c'était une occasion pour discuter la nécessité d'instaurer un centre de TH à sousse. La dernière session de la journée a discuté du TIPS par voie radiologique chez les cirrhotiques, sa technique et ses indications.

**Comité d'organisation
Pr Ag Aida Ben Slama**

Sous l'égide de :
L'amicale des Enseignants de la Faculté de Médecine de Sousse
et la Société Tunisienne de Gastro-entérologie
Le Service de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Sahloul de Sousse
organise

**2^{ème} JOURNÉE
DE GASTRO-ENTÉROLOGIE
DU CENTRE**

**Prise en charge
de la cirrhose
et de ses
complications.**

**25
Février
2017**

**IBEROSTAR
Diar El Andalou
Sousse - Tunisie**

Pour tout renseignement contacter :
Info@stge.tn
Inscription : www.info@stge.tn
Coordinateur : Pr. Ali JMAA

10^{ème} Journée de Médecine Familiale de Sousse: 17-18 Février 2017

La société de Médecine Familiale de Sousse, a organisé en collaboration avec le département de Médecine Familiale et communautaire, Sous l'égide du Réseau des associations Médecine de famille /Médecine générale et le conseil régional de l'ordre des médecins du centre, La 10^{ème} Journée de la Société de Médecine Familiale de Sousse sous le thème la Médecine de Famille un choix par excellence.

Le programme de la journée a abordé les différentes facettes de notre domaine ainsi que de notre système de soins, il a permis à travers ses thèmes de réfléchir aux dernières évolutions de notre discipline la médecine de Famille, de mieux cerner le vécu des médecins de famille dans leur pratique quotidienne, de repérer les tendances qui se dessinent et d'impulser de nouvelles orientations pour l'avenir à travers la table ronde qui avait le thème de : **La Médecine de Famille une spécialité à part entière.** La journée s'est articulée autour de deux sessions : une pour le cadre paramédical dont les conférences étaient autour des thèmes suivants: L'automédication, les dernières recommanda-

tions en matière d'infection sexuellement transmissibles et des ateliers de communications. Concernant la session du cadre médical les conférences en salle plénière étaient autour des thèmes de santé publique tel que : la maladie d'Alzheimer, les troubles de la sexualité féminine et masculine sujets pertinents en vogue, tout comme les ateliers pratiques sur des thèmes d'actualité tel que l'addiction chez l'adolescent, le syndrome d'hypopnée et d'apnée de sommeil, ainsi que des communications courtes tel que: Quel vaccin pour les médecins d'autres ateliers de simulation à haute fidélité et à basse fidélité qui se sont déroulés à la faculté de médecine au centre de simulation précisément, ont tant enrichi la journée les thèmes étaient diversifiés tel que: La conduite à tenir face à un arrêt cardio-respiratoire et la conduite pratique des examens cliniques des seins. Ce vaste programme de formation a été destiné également aux sages femmes, piliers de la première ligne par leur apport actif à la prise en charge globale de nos

patients, notre société de médecine familiale leur a tendu la main contribuant ainsi à leur formation continue.

Cette journée a confirmé, comme ses précédentes depuis une dizaine d'année, sa position d'événement incontournable de la spécificité de la médecine familiale avec une progression constante de ses participants, plus de 300 médecins.

Comité d'organisation

Dr Manel Mellouli

10^{ème} JOURNÉES DE MÉDECINE FAMILIALE DE SOUSSE
"La Médecine de Famille
Un choix par Excellence"

17 - 18 FEVRIER 2017
HÔTEL DIAR EL ANDALOUS EL KANTAKOU
SOUSSE - TUNISIE

LES ATELIERS SONT ACCRÉDITÉS PAR LE CROM

DERNIER DÉLAI DE SOUMISSION DES RÉSUMÉS
05 FEVRIER 2017

2^{ème} annonce

Société de médecine familiale de sousse (SMFS)
Contact : 29 102 450
pré-inscription : www.infopointinscription.com



A ne pas rater...

Manifestations à venir:

14–15 Avril: Congrès Tuniso Allemand d'Uro-Andrologie et de Gériatrie

28–30 Avril: Journée Médicale de Podologie

5–6 Mai: Forum Méditerranéen de Gériatrie

13 Mai: Rencontres Médicales du Centre de l'enfant et de l'adolescent

29 Juin–1 Juillet: Journées Tuniso Européennes de Cardiologie Pratique

14-15 April 2017
Mouradi Palace Hotel - Sousse

CONGRÈS TUNISO ALLEMAND
D'URO-ANDROLOGIE ET DE GÉRIATRIE

TUNISIAN - GERMAN CONGRESS FOR URO-ANDROLOGY AND GERIATRY

What's new ?

Prostate cancer
Benign prostate hypertrophy
Testosterone
Sexual dysfunction
Men's health
Varicocele

Organising Committee

Guests

Congress President
Pr. Lamine Solida

STRS President
Pr. Habib Boujnah

Coordinator
Pr. A. Faouzi Mebah

Pr. Akram Yazali (Hamburg)

Pr. Peter Hammerer (Hamburg)

Pr. Roland Tauber (Hamburg)

Pr. Wasim Mehmaj (Londres)

L'Association Médico-Sociale des Personnes Agées de Sousse « AMSPAS »
Le Service de Médecine Interne - Sahloul
La Faculté de Médecine de Sousse

XII^{ème}
Forum Méditerranéen de Gériatrie
Médical et Paramédical

5 - 6 Mai 2017 Ibérostar Diar El Andalou - Sousse

- Risque cardiovasculaire
- Thrombose chez la personne âgée
- Fragilité et sarcopénie - Chute
- Troubles cognitifs
- Consultation mémoire
- Plan Alzheimer Tunisie
- Antibiothérapie
- VAC Thérapie
- Education thérapeutique
- Refus alimentaire
- Sexualité de la Personne âgée

Dernier délai de soumission des résumés: 15 Avril 2017
E-mail: forummeditergeria@yahoo.fr
Tel: 73 368 658 - 73 101 350

Faculté de Médecine de Sousse
Hôpital Universitaire de Kairouan

Organisent les:

RENCONTRES MÉDICALES DU CENTRE
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Thème
PRÉVENTION DU SUICIDE
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

13 MAI 2017
HOTEL LA KASBAH KAIROUAN

SEANCES PLENIERES
ATELIERS INTERACTIFS
EXPOSER

CHARGÉ

Pr. Mohamed El Ghannouchi
Pr. Mohamed El Ghannouchi

MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SOUSSE

L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE SANTÉ DE SOUSSE
L'UNIVERSITÉ DES SCIENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SOUSSE
L'ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Organisent

2^{ème} Journée Médicale de Podologie

28-29-30 AVRIL 2017
HOTEL SOUSSE PALACE

THÈME : LE PIED DIABÉTIQUE

Président du congrès Pr. Ag. Khalaf Maaraf
journeepodologie2017@gmail.com
1^{ère} Journée Médicale de podologie "ped diabétique"
50 265 200

DERNIERS DÉLAIS DE SOUMISSION
02 AVRIL 2017
SOUSSION EN LIGNE
WWW.INFOPOINTEVENT.COM

14^{ème} Journées Tuniso Européennes de Cardiologie Pratique

Les 29, 30 Juin et 1^{er} Juillet 2017

First Congress Cardiorespiratory Emergency
28th and 29th June 2017

Ibérostar Diar et Andalou - Port El Kantakou
Sousse, Tunisie

Conférences
Cours
Ateliers
Prévention
Séminaires

Prix de la meilleure présentation

18 AVRIL 2017

www.jtecp.org

La responsabilité sociale : au cœur du développement de la Faculté de médecine

Pr Ali MTIRAOU

Le consensus mondial sur la responsabilité sociale (www.healthsocialaccountability.org) engage les Facultés de médecine à anticiper les besoins en santé des communautés et à créer des partenariats pour y répondre, notamment en reconnaissant que les soins de santé de première ligne constituent la base de tout système de santé.

Un défi quelle que soit la région, mais surtout là où la formation médicale est hospitalo-centrée et la discipline de médecine familiale & communautaire (MF_C), ni individualisée, ni intégrée au monde universitaire ... Ou nous en sommes à la Faculté de médecine de Sousse dans tout ça ?

Créée en 1974 avec une mission de développement régional dans la mouvance des facultés "community oriented primary care" (COPC), la Faculté de médecine de Sousse (FMS) est appelée "à s'ouvrir sur son environnement, préparer ses futurs médecins à un exercice de la médecine intégrée selon une approche à la fois préventive et curative".

C'est dans ce cadre que le département de médecine communautaire a été mis en place depuis 1976, avec l'aide de l'université de Montréal (projet financé par l'ACDI).

Il a assuré les stages obligatoires de médecine communautaire depuis sa création; a pu établir des relations de collaboration très fructueuses avec la première ligne. Convaincu de l'importance d'associer les médecins de première ligne à l'organisation, et à l'évaluation de ces stages, il a mis en place une Unité de Médecine Familiale (UMF) appelé au départ "Groupe MG". Chaque UMF regroupe un noyau de maîtres de stage choisis parmi les médecins de première ligne de la région qui assurent dans leur Centre de Santé de Base l'encadrement des stagiaires et qui sont motivés et conscients de la nécessité de travailler à l'amélioration de la qualité des soins de santé de base.

Dans le cadre de leur collaboration avec l'UMF, ces médecins organisent des staffs, assurent la co-direction de thèses et collaborent à la recherche en première ligne. Beaucoup de ces médecins éprouvent le besoin de dominer le contenu théorique et pratique spécifique à l'exercice de la médecine familiale, de développer leurs capacités pédagogiques d'encadrement et d'enseignement, d'être soutenus pour introduire les technologies modernes d'appren-

tissage spécifiques à la Médecine de Famille

Je dirais que **la FMS à la responsabilité sociale, et un de ses principaux axes le développement de la MF, « dans le sang »**. Ses engagements et actions en sont teintés depuis sa fondation. Cet axe se retrouve toujours au centre des différents **plans d'orientation stratégique de la FMS**. Ainsi, plusieurs projets pour lesquels les professeurs ont joué un rôle très actif en ont découlés : engagement envers la **médecine familiale et communautaire** ayant comme corollaire l'implication dans le système de soins de première ligne (SSB) afin de le **revigorer et d'améliorer sa performance tout en lui donnant les outils et les méthodes pour faire valoir ce dont lui est capable de faire**.

La réflexion sur la pratique médicale ambulatoire, l'élaboration des plans d'intervention à l'égard des problèmes de santé et la formation spécifique des professionnels de la santé notamment les médecins de 1^{ère} ligne (mastères, CEC & DPC) ont été les témoins de notre engagement envers la responsabilité sociale.

Le modèle de médecine communautaire adopté à la FMS est basé sur **l'intégralité des soins ou la comprehensive medicine**; nous avons voulu rompre avec l'idée conventionnelle considérant que **« la santé publique est la belle-sœur mal-aimée de la clinique »**. Néanmoins, je ne veux pas dire que la **« médecine familiale ça marche à merveille sous nos cieux ! »** ...

Nous avons certes donné la chance à la médecine familiale et communautaire, avec ces 4 pôles d'activités (la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement des malades, et leur réhabilitation), **de devenir familiarisé dans les rangs des finissants de la FMS**.

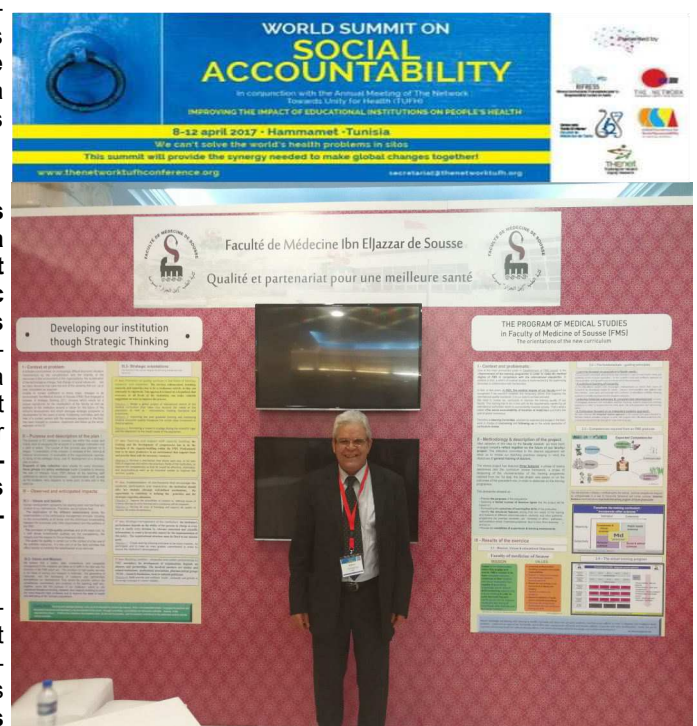
L'impact de cette formation sur le terrain est tributaire d'autres paramètres touchant les **mesures structurelles**

du système de soins: les politiques & législation, l'organisation des soins, l'engagement des professionnels, l'implication de la population, sans oublier les pressions des lobbys de l'économie...

Chacun de ces acteurs doit être considéré comme partenaire du projet et leur contribution spécifique doit être définie. Il est recommandé de proposer un mécanisme favorisant la concertation entre ces partenaires, qui amènerait chacun de ceux-ci à réfléchir, sur leur rôle et leur responsabilités nouvelles dans la réussite de ce projet, caractérisé essentiellement par le renforcement des soins de santé de premières lignes et la réaffirmation des valeurs de qualité, d'équité, de pertinence et de l'efficacité, dans la prestation des soins.

Ce sont les défis de la responsabilité sociale qui nous engage à porter encore plus loin le projet de la Faculté de médecine de Sousse, tel que élaboré en 1974 par les bâtisseurs clairvoyants, dévoués et engagés dans l'amélioration de l'état de santé de la population Tunisienne.

* Résumé du texte soumis au groupe de travail: « Adapter la formation des personnels de santé de 1^{ère} ligne : stratégies pour les Facultés de médecine... Sommet mondial sur la responsabilité sociale, Hammamet, 8 avril 2017



World summit on social accountability

Faculty of medicine of Sousse participation

Elaa CHEBBI, student 4ème

The concept of Social Accountability

One of the greatest challenges that are facing health institutions nowadays is the responsibility to deliver an education that is at the same time well qualified but also responding to society's needs and major health problems. And the concept of social accountability is aiming to ensure these two goals. This will be achieved by developing an educational program oriented towards society needs. But the question is: « How to determine those needs? ». The answer to this question is simple: this process involve not only the health institutions but also different stakeholders such as NGOs, research foundations, politicians, etc.

World summit on social accountability, Hamamet, April 2017



This summit was organized by the NETWORK : Towards Unity For Health (TUFH) and the University of Tunis El Manar. This event aimed to enhance socially accountable health and education systems by covering the areas of actions which are : Leadership, Partnership, Competencies and Accreditation .

Workshops and planarians sessions were held during 4 days , in which students, teachers and health responsible where actively participating .

Faculty of medicine of Sousse

Overall view

The Faculty of medicine of Sousse is one of the first faculties that initiated strategic thinking to develop our institution. In fact, the first step was to define the vision and mission of the institution, which itself will guide the next steps to take towards being a socially accountable institution. This mission is **“To contribute throughout training, research, and capacity building to solve the most frequent health problems and to improve the**

state of health and wellbeing of the Tunisian population”

Participation of FMS in the WSSA



Both students and professors participated in workshops and plenary sessions. In fact, the FMS is one of leaders in the 4 areas of action that were discussed during the summit.

The booth of the FMS included different posters that summarize our work on different parts of the subject, the main areas were :

Leadership :

The institution's performance depends on the ability of the persons in charge to clarify each decision by contextual and scientific informations. Therefore, our university has chosen leaders to ensure the management of the institution.



Competencies:

One of the main goals of FMS is to ensure the quality of services in the fields on training, research and expertise. Moreover, not only students are concerned but also teachers; in fact, capacity building within the FMS is ensured by continuous training and development of competencies. We believe that professionals tend to be more productive in an environment that supports them and provides them the necessary resources.

Partnership:

FMS is continuously building coalition, networks and useful partnerships with similar institutions, professional associations, pharmaceutical groups, NGOs, research foundations and politicians.



Accreditation:

Our university is perpetually under evaluation to measure the efficiency of our school in health problems. Moreover, FMS is actually under the process of accreditation.

Conclusion

The Faculty of medicine of Sousse is doubtlessly one of the leaders of this topic, and this experience is not only enriching but also a proof of our commitment to be a socially accountable institution.



La Responsabilité Sociale :

Au cœur de la rénovation pédagogique à la Faculté de médecine de Sousse

Mohamed GHDIRA, étudiant en 5^{ème} année médecine

Trop peu de nos étudiants à la Faculté de Médecine de Sousse (FMS) connaissent les fondements sur lesquels la FMS a été construite et s'est orientée dès le départ. Certains grands rendez-vous auront contribué cependant à promouvoir cette histoire comme l'organisation du 40^{ème} anniversaire dont les stigmates recouvrent encore les murs à l'entrée de notre chère faculté.

D'aucuns savent que la médecine communautaire est une matière appréciée par la faculté, souvent moins par les étudiants qui se demandent mais pourquoi diable nous enseigne-t-il la médecine communautaire tous les ans de la 1^{ère} à la 5^{ème} année ?

Les plus futés d'entre nous pensent avoir la réponse : c'est certainement parce que l'actuel Doyen Professeur Ali MTIRAOUI est issu du département de Médecine Familiale et Communautaire. Suivant cette logique, si demain le prochain Doyen était gastrologue, gynécologue ou orthopédiste et bien nous étudierions la gastrologie, la gynécologie ou encore l'orthopédie de la 1^{ère} à la 5^{ème} année de médecine...

Evidemment, cette explication ne tient pas la route et demeure bien loin de la réalité qui ne tardera toutefois pas à émerger très prochainement. En effet, les étudiants ne sont pas uniquement dans l'incompréhension face à l'enseignement de la médecine communautaire. Les étudiants de 1^{ère} année par exemple se demandent ce qui leur arrive avec la transformation du programme d'enseignement et ne savent plus à quels saints se vouer. Les étudiants de 5^{èmes} années redoutent une réforme incomprise autant qu'inattendue et les promotions de 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année espèrent quant à elles s'en sortir d'ici là sans trop de dégâts.

Ainsi, dans ce méli-mélo de nouvelles informations quotidiennes et de change-

ments radicaux des techniques et des modèles du passé, d'aucuns se demandent quelle mouche a bien pu piquer le conseil scientifique de notre faculté et pourquoi vivons-nous des changements si rapides et si inattendus ?

Et bien la mouche qui a piqué le monde médical auquel la faculté de médecine de Sousse n'a pas échappé se prénomme : la responsabilité sociale.

C'est une mouche d'une nouvelle espèce, inconnue dans notre pays jusqu'il y a quelques années sauf par quelques experts initiés qui auront été les pionniers du mouvement en Tunisie.

Ainsi pour illustrer le concept de la responsabilité sociale disons que je suis un médecin de libre pratique qui exerce dans son cabinet médical et qu'à la suite de l'ouverture récente d'une unité industrielle dans les environs je constate l'augmentation du taux d'incidence des enfants asthmatiques. Dans cette situation, quel rôle devrais-je donc jouer ? Suis-je simplement appelé à prodiguer les soins médicaux nécessaires pour vivre avec sa maladie ou bien dois-je être un leader dans ma communauté et agir auprès des instances sanitaires, auprès de la direction de l'usine ainsi qu'auprès des directions régionales de la santé et des décideurs pour orienter les décisions et les choix qui impliquent des conséquences pour la santé de la communauté.

Car en réalité, la responsabilité sociale se base sur la notion de la redevabilité des étudiants en sciences médicales. En effet, les facultés de médecine ne peuvent être comparées aux autres établissements universitaires dans le sens où le rôle de la médecine dans la société est basé non seulement sur les prestations des services de soins mais surtout sur la construction de la santé.

Ainsi la santé est cette sorte d'immeuble

qui se construit étage après étage et pierre après pierre et qui nécessite différentes structures et différents intervenants pour que le chantier aboutisse.

Des fondations solides seront assurées par des institutions universitaires modernes, accréditées au diapason des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC).

Les murs de cet immeuble sont représentés par les médecins qui s'appuyant sur des fondations solides peuvent soutenir le toit de l'immeuble, représenté par le système de soins avec comme clé de voûte le citoyen, grâce à une formation continue de qualité et une sensibilisation dès la 1^{ère} année de leurs études à la thématique de la responsabilité sociale.

Si l'université est défaillante, si les médecins qu'elle produit ne sont pas techniquement performants et socialement responsables et ne comptent pas jouer le rôle du « community leader » et bien nous aurons des murs fissurés, instables et incapables de supporter le poids du toit de l'immeuble à savoir celui du système de soins.

Le poids de ce toit s'alourdit de jour en jour puisqu'il est aggravé par un système de soins qui souffrent des restrictions budgétaires, un système de soins qui délivrent des soins souvent de qualité mais trop encore basé sur la restauration de la maladie et non pas l'accompagnement du malade et encore moins la promotion de la santé de la personne et de la population en générale.

La responsabilité sociale est donc le ciment qui permet de faire tenir l'ensemble et se présente actuellement comme la seule véritable vision qui nous permettrait d'éviter que le toit ne nous tombe sur la tête.



Il faut avouer que nous sommes bien partis pour que la « Maison Tunisie » tienne le coup puisque dès la mise en place du consensus global sur la responsabilité sociale les facultés de médecines tunisiennes étaient au diapason. Ainsi, c'est en Tunisie que du 8 au 12 avril fut organisé le premier forum mondial sur la responsabilité sociale où la Faculté de Médecine de Sousse fut dignement représentée par une délégation d'enseignants et d'étudiants dont j'eus la chance de faire partie.

Ainsi, nous avons eu l'occasion de participer aux ateliers organisés durant le forum mondial mais également d'animer un stand avec nos professeurs sur la Faculté de Médecine de Sousse et ses réalisations concernant l'inclusion de la responsabilité sociale comme un «**way of thinking**» and «**way of acting**». Enfin, Professeur Mohamed BEN DHIAB, Médecin Légiste et directeur du Centre Pédagogique de la FMS et moi-même avons activement participé à la série des conférences organisée par les Facultés de Médecine Tunisienne où nous avons exposé le travail entrepris en Tunisie sur les thématiques du Leadership, de la Gouvernance et des Compétences. Cette manifestation fut brillamment introduite et clôturée par le Doyen de la Faculté de Médecine de Sousse le Professeur Ali MTIRAOUÏ en présence d'un grand auditoire nationale et internationale marqué par la présence des décideurs nationaux comme les directeurs généraux de la santé et de l'enseignement supérieur.

Ainsi, je pense sincèrement que ce fut une chance de prendre part à ce forum mondial sur la responsabilité sociale, car sans cette participation j'aurais moi-même continué naïvement de croire que l'enseignement de la médecine communautaire ne servait à rien, que nous pouvions nous passer allègrement des matières telles que la culture organisationnelle, la philosophie j'en passe et des meilleures.

Car en réalité, les choses sont bien plus complexes...

En effet, il faut savoir que d'ici 2023 il faut que notre faculté soit accréditée. Mais que signifie concrètement obtenir une accrédi-

tation ? Loin des idées reçues, cela ne veut en aucun cas dire que l'accréditation pourra permettre aux diplômés de la faculté de médecine de Sousse de prendre un vol direct pour Londres ou Washington et d'y ouvrir leurs cabinets médicaux. L'accréditation par contre sera dans les années à venir un must pour l'étudiant qui souhaiterait pouvoir postuler aux concours d'équivalence de son diplôme pour se rendre aux USA, au Canada ou dans n'importe quelle autre destination.

C'est-à-dire que si demain et par le plus grand des malheurs, nous n'arrivions pas à atteindre la date butoir de 2023 et que la FMS n'était pas accréditée notre faculté ne sera plus inscrite sur la liste internationale des facultés de médecine et aucun de ses diplômés ne pourra plus aspirer à passer un quelconque concours d'équivalence pour aller où que ce soit.

L'accréditation n'est donc pas un caprice, c'est une obligation pour notre faculté qui j'en suis certain réussira à faire aboutir ce processus avant l'échéance finale. Or chaque accréditation nécessite évidemment de répondre à des critères d'accréditation.

Ainsi, parmi les critères de l'accréditation il y a la réforme curriculaire.

C'est-à-dire que nous ne pouvons plus enseigner en 2017 comme nous le faisons en 1980 car le monde a changé et avec lui les sciences médicales mais également celle de l'enseignement et de la pédagogie.

Cette réforme curriculaire s'est faite pas un système de cursus intégré avec la mise en place notamment d'enseignements transversaux d'où le fameux enseignement de la médecine communautaire sur les cinq années d'externat. Si la forme est perfectible, le fond demeure pertinent mais surtout obligatoire pour nous mettre à niveau des standards internationaux. A l'avenir, nous pourrions voir s'installer des enseignements transversaux de la 1^{ère} à la 5^{ème} année d'éthique, de déontologie ou de sensibilisation aux risques médico-légaux.

La réforme curriculaire s'est faite également par la mise en place de certificats

intégrés avec des exemples indubitables de réussite tels qu'en gynécologie, en pédiatrie ou encore en dermatologie et ce modèle d'enseignement va tendre à se développer dans les années à venir.

C'est ainsi qu'un véritable plan d'orientation stratégique (POS) a été développé par la Faculté de Médecine de Sousse et une vision 2020 a été définie pour orienter ces réformes faites à vitesse grand V qui si elles heurtent parfois la sensibilité de certains enseignants tout comme celle de certains étudiants n'en demeurent pas moins nécessaires et fondamentales pour que notre faculté qui fut pionnière dès 1976 demeure comme disait Jean Paul Sartre « de son temps et dans son temps ». La réforme curriculaire va donc aboutir à la transformation progressive des compétences du nouveau finissant de la Faculté de Médecine de Sousse. Il se dégage ainsi progressivement un nouveau profil pour le médecin tunisien qui répond à une définition triple à savoir : un clinicien, un scientifique mais surtout un professionnel car sciences sans conscience n'est que ruine de l'âme.

Une fois toutes ces réformes abouties, c'est donc un nouveau modèle de médecin qui émergera alors que ce soit un médecin 5 étoiles, un médecin 7 étoiles ou encore un Tomorrow's Doctor : il sera techniquement performant et socialement pertinent, animé d'un nouveau savoir, d'un savoir-faire mais surtout d'un savoir être qui permettra à la médecine tunisienne de continuer sa tradition d'excellence, d'innovation et de responsabilité –sociale-.

Cette « révolution » est en marche et rien ne l'arrêtera. Ainsi lorsque le temps aura fait son effet et que l'Histoire aura pris le pas sur l'actualité, les prochaines générations remercieront ceux qui contre vents et marées se seront battus pour initier à temps le changement autant salvateur qu'inespéré tout comme les générations d'aujourd'hui le font avec celle et ceux qui dès le départ ont su placer la Faculté de Médecine de Sousse sur les bons rails car en définitive, l'histoire -médicale- n'est qu'un perpétuel recommencement.





Arij CHATBRI (étudiante en 5^{ème}) sur le Podium ; elle a reçu au nom de l'IFMSA, le **Prix International AFMC-Charles Boelen pour la responsabilité sociale**. Bravo ARIJ ; tu as fait honneur à la Faculté de médecine de Sousse ...



Etudiants et enseignants de la FMS au RDV du Sommet Mondial de la responsabilité sociale



Pr Charles BOELEN, le père fondateur du Consensus mondial sur la responsabilité sociale , nous a rendu visite



Nos amis de l'**Université de Montréal** étaient de la partie ; ils se sont beaucoup intéressés au modèle du développement de notre Faculté ; on reconnaît : **Pr Christian BOURDY** (l'instigateur de l'ECOS à la FMS), **Pr Jean PELLETIER** (Directeur du département de MF) et le **Pr Christine COLLIN** (une des gourous de la SP à Montréal)



Nos étudiants à l'œuvre ; ils se sont occupés des visiteurs du Stand de la FMS en leur expliquant les programmes de rénovation pédagogique à la Faculté ... ils étaient tout simplement magnifique ! **MERCI beaucoup à tous nos étudiants**



Etre enseignant chercheur...



Les deux missions principales des universités sont l'enseignement et la recherche, la première trouvant toute sa qualité dans la seconde. Les enseignants, dans une université, sont avant tout des chercheurs qui enseignent. Dans le cadre de la politique de mobilisation et d'encouragement des chercheurs, la faculté de médecine Ibn El Jassar de Sousse vous offre, à travers cet espace la possibilité de suivre les nouveautés et l'actualité des publications des enseignants chercheurs de notre institution dans divers domaines de la médecine. Dans ce numéro, sont exposés les publications, indexées Medline, du deuxième semestre de l'année 2016 et le premier trimestre de l'année 2017.

Année 2016 : Juillet – Décembre

Tarmiz A, Mgarrech I, Slim M, Hlima NB, Kortas C, Jerbi S.

Acute pulmonic valve endocarditis].
Pan Afr Med J. 2016 Dec 6;25:209.

Mahjoub M, Jedidi M, Masmoudi T, Bouafia N, Njah M.

Device-vigilance at University Hospital in Central Eastern Tunisia: a survey conducted among physicians.

Pan Afr Med J. 2016 Dec 30;25:260.

Kehila M, Halouani A, Touhami O, Abouda HS, Khelifi A, Hmid RB, Benhassen I, Masmoudi A, Chanoufi MB

Confrontation between ultrasound and fetopathological examination following therapeutic abortion performed in a maternity clinic in Tunisia.

Pan Afr Med J. 2016 Dec 21;25:256.

Bchir S, Nasr HB, Bouchet S, Benzarti M, Garrouch A, Tabka Z, Susin S, Chahed K, Bauvois B.

Concomitant elevations of MMP-9, NGAL, proMMP-9/NGAL and neutrophil elastase in serum of smokers with chronic obstructive pulmonary disease.

J Cell Mol Med. 2016 Dec 22.

Hamadou WS, Bourdon V, Létard S, Brenet F, Laarif S, Besbes S, Paci A, David M, Penard-Lacronique V, Youssef YB, Laatiri MA, Eisinger F, Mari V, Gesta P, Dreyfus H, Bonadona V, Dugast C, Zattara H, Faivre L, Noguchi T, Khelifi A, Salem CB, Dubreuil P, Sobol H, Souza Z.

Familial hematological malignancies: new IDH2 mutation.

Ann Hematol. 2016 Dec;95(12):1943-1947.

Ghariani I, Jmili-Braham N, Regaieg H, Achour B, Ben Youssef Y, Sendi H, Bakir L, Kortas M.

Juvenile myelomonocytic leukemia: A three-case series.

Arch Pediatr. 2016 Dec;23(12):1264-1269.

Bchir S, Nasr HB, Anes AB, Benzarti M, Garrouch A, Tabka Z, Chahed K.

MMP-2 (-1306 C/T) Polymorphism Affects Serum Matrix Metalloproteinase (MMP)-2 Levels and Correlates with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Severity: A Case-Control Study of MMP-1 and -2 in a Tunisian Population.

Mol Diagn Ther. 2016 Dec;20(6):579-590.

Hafsa J, Hammi KM, Khedher MR, Smach MA, Charfeddine B, Limem K,

Majdoub H.

Inhibition of protein glycation, antioxidant and antiproliferative activities of *Carpobrotus edulis* extracts.

Biomed Pharmacother. 2016 Dec;84:1496-1503.

Hammami I, Nahdi A, Atig F, El May A, El May MV.

Garlic (*Allium sativum*) feeding impairs Sertoli cell junctional proteins in male Wistar rat testis: microscopy study.

Andrologia. 2016 Dec;48(10):1281-1288.

Tarmiz A, Mgarrech I, Slim M, Kortas C, Jerbi S.

Right ventricular myxoma in a child: an uncommon presentation.

Pan Afr Med J. 2016 Nov 4;25:138.

M'dimegh S, Omezzine A, Hamida-Rebai MB, Aquaviva-Bourdain C, M'barek I, Shtout W, Zellama D, Souche G, Achour A, Abroug S, Bouslama A.

Identification of a novel AGXT gene mutation in primary hyperoxaluria after kidney transplantation failure.

Transpl Immunol. 2016 Nov;39:60-65.

Khouadja H, Rouissi W, Mahjoub M, Sakhri J, Beletaifa D, Jazia KB.

Transfusion strategy for patients with severe postpartum hemorrhage: a retrospective study of 47 cases.

Pan Afr Med J. 2016 Nov 16;25:169.

Abdelgadir El, Hassanein MM, Bashier AM, Abdelaziz S, Baki S, Chadli A, Askaoui S, Nawal EA, Slim IS, Ghizlane EM, Hafidh K, Alawadi F

A prospective multi-country observational trial to compare the incidences of diabetic ketoacidosis in the month of Ramadan, the preceding month, and the following month (DKAR international).

J Diabetes Metab Disord. 2016 Nov 5;15:50.

Gaddas M, Chaouache N, Ajina M, Tabka Z, Zaouali Ajina M.

Does hyperandrogenic statute in the polycystic ovary syndrome constitute an obstacle to the success of in vitro fertilization?

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Nov;45(9):1091-1098.

Khelifi A, Kouira M, Bannour I, Hachani F, Kehila M, Ferhi F, Bouslama A, Ben Jazia K, Fekih M, Khairi H.

What's the optimal time of cesarean section antibiotic prophylaxis, before skin incision or after umbilical cord clamping? A

prospective randomized study.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Nov;45(9):1133-1143.

Alaya Z, Kalboussi H, Osman W, Naouar N, Zeglaoui H, Bouajina E.

Silica-associated systemic sclerosis occurring after an occupational exposure to arc welding.

Pan Afr Med J. 2016 Oct 4;25:70.

Baccouche K, Alaya Z, Azzabi A, Ben Abdelkarim S, Belghali S, El Amri N, Zeglaoui H, Slim R, Bouajina E.

Minimal-change disease and interstitial nephritis secondary to non-steroidal anti-inflammatory drugs (naproxen).

Therapie. 2016 Oct;71(5):515-517.

Alaya Z¹, Osman W², Zaghouani H³, Naouar N², Kraiem C³, Bouajina E¹.

A rare cause of febrile cervical pain].

Pan Afr Med J. 2016 Oct 3;25:61.

Chelli J, Bellazreg F, Aouem A, Hattab Z, Mesmia H, Lasfar NB, Hachfi W, Masmoudi T, Chakroun M, Letaief A.

Causes of death in patients with HIV infection in two Tunisian medical centers.

Pan Afr Med J. 2016 Oct 21;25:105.

Elmastour F, Jaïdane H, Benkahla M, Aguech-Oueslati L, Sane F, Halouani A, Engelmann I, Bertin A, Mokni M, Gharbi J, Aouni M, Alidjinou EK, Hober D.

Anti-coxsackievirus B4 (CV-B4) enhancing activity of serum associated with increased viral load and pathology in mice reinfected with CV-B4.

Virulence. 2016 Oct 28:1-16. doi: 10.1080/21505594.2016.1252018. [Epub ahead of print]

Aounallah A, Ghariani Fetoui N, Boussofara L, Mokni S, Saidi W, Belajouza C, Denguezli M, Ghariani N, Nouira R.

Chronic leishmanoid dactylitis in an infant.

Ann Dermatol Venereol. 2016 Oct;143(10):661-662.

Chatti I, Creveaux I, Woillard JB, Langlais S, Amara A, Ben Fatma L, Saad A, Gribaa M, Libert F.

Association of the OPRM1 and COMT genes' polymorphisms with the efficacy of morphine in Tunisian cancer patients: Impact of the high genetic heterogeneity in Tunisia?

Therapie. 2016 Oct;71(5):507-513.

- Zouch M, Chaari H, Zribi A, Bouajina E, Vico L, Alexandre C, Zaouali M, Ben Nasr H, Masmoudi L, Tabka Z.** Volleyball and Basketball Enhanced Bone Mass in Prepubescent Boys. *J Clin Densitom.* 2016 Jul-Sep;19(3):396-403.
- Jmii H, Halouani A, Elmastour F, Ifie E, Richardson SJ, Sane F, Mokni M, Aouni M, Hober D, Jaïdane H.** Central nervous system infection following vertical transmission of Coxsackievirus B4 in mice. *Pathog Dis.* 2016 Sep 20.
- Marzouk M, Toumi N, Ben Hadj Hassine A, Haj Ali M, Boukadida J.** Profile and antibiotic susceptibility of 5187 uropathogenic bacteria in Tunisia]. *Med Mal Infect.* 2016 Sep;46(6):330-2.
- Bouaziz T, Makni E, Passelergue P, Tabka Z, Lac G, Moalla W, Chamari K, Elloumi M.** Multifactorial monitoring of training load in elite rugby sevens players: cortisol/cortisone ratio as a valid tool of training load monitoring. *Biol Sport.* 2016 Sep;33(3):231-9.
- Methlouthi J, Mahdhaoui N, Bellalah M, Selsabil N, Hedia A, Sfar R, Essabah H, Abdellatif N, Sonia N, Hassen S.** Role of lymphatic scintigraphy and surgery in congenital chylothorax. *Pan Afr Med J.* 2016 Aug 22;24:321.
- Boukoum H, Nahdi I, Sahtout W, Skiri H, Segondy M, Aouni M.** BK and JC virus infections in healthy patients compared to kidney transplant recipients in Tunisia. *Microb Pathog.* 2016 Aug;97:204-8.
- Missawi K, Zouch M, Chakroun Y, Chaari H, Tabka Z, Bouajina E.** Handball Practice Enhances Bone Mass in Specific Sites Among Prepubescent Boys. *J Clin Densitom.* 2016 Jul-Sep;19(3):389-95.
- Amel R, Monia K, Anis M, Fatma BF, Chadia L.** Systemic lupus erythematosus revealed by cytomegalovirus infection. *Pan Afr Med J.* 2016 Jul 15;24:241.
- Latifa K, Sondess S, Hajer G, Manel BH, Souhir K, Nadia B, Abir J, Salima F, Abdelhedi M.** Evaluation of physiological risk factors, oxidant-antioxidant imbalance, proteolytic and genetic variations of matrix metalloproteinase-9 in patients with pressure ulcer. *Sci Rep.* 2016 Jul 11;6:29371.
- Année 2017 : Janvier – Mars**
- Chbili C, Hassine A, Laouani A, Amor SB, Noura M, Ammou SB, Saguem S.** The relationship between pharmacokinetic parameters of carbamazepine and therapeutic response in epileptic patients. *Arch Med Sci.* 2017 Mar 1;13(2):353-360.
- Aloui K, Abdelmalek S, Chtourou H, Wong DP, Boussetta N, Souissi N.** Effects of time-of-day on oxidative stress, cardiovascular parameters, biochemical markers, and hormonal response following level-1 Yo-Yo intermittent recovery test. *Physiol Int.* 2017 Mar 1;104(1):77-90.
- Knani L, Gatfaoui F, Mahjoub A, Ghorbel M, Mahjoub H, Ben Hadj Hamida F.** Preliminary study of the quality of life of glaucoma patients in the district of Sousse (Tunisia): Sociodemographic and clinical associations]. *J Fr Ophtalmol.* 2017 Mar 16.
- El Fekih S, Nguyen MH, Perrin A, Beauvillard D, Morel F, Saad A, Ben Ali H, De Braekeleer M.** Sperm RNA preparation for transcriptomic analysis: Review of the techniques and personal experience. *Andrologia.* 2017 Mar 6.
- Jaïdane H, Halouani A, Jmii H, Elmastour F, Abdelkefi S, Bodart G, Michaux H, Chakroun T, Sane F, Mokni M, Geenen V, Hober D, Aouni M.** In-utero coxsackievirus B4 infection of the mouse thymus. *Clin Exp Immunol.* 2017 Mar;187(3):399-407.
- Tounsi M, Jaafar H, Aloui A, Souissi N.** Soccer-related performance in eumenorrheic Tunisian high-level soccer players: effects of menstrual cycle phase and moment of day. *J Sports Med Phys Fitness.* 2017 Feb 21.
- Fourati N, Kanoun Belajouza S, Regaieg H, Khelif A, Bouaouina N.** Primary osseous Hodgkin's lymphoma of the sacrum: A diagnostic and therapeutic challenge. *Cancer Radiother.* 2017 Feb;21(1):51-54.
- Atig A, Guiga A, Bouker A, Ghannouchi N, Bahri F.** Atypical sarcoidosis. *Rev Pneumol Clin.* 2017 Feb 2.
- Hassine HB, Boumiza A, Sghiri R, Baccouche K, Boussaid I, Atig A, Shakoore Z, Bouajina E, Zemni R.** Micro RNA-146a But Not IRAK1 is Associated with Rheumatoid Arthritis in the Tunisian Population. *Genet Test Mol Biomarkers.* 2017 Feb;21(2):92-96.
- Belghali S, Ben Abderrahim K, Mahmoud I, Baccouche K, El Amri N, Zeglaoui H, Maaref K, Bouajina E.** Brief Michigan Hand Outcomes Questionnaire in rheumatoid arthritis: A cross-sectional study of 100 patients. *Hand Surg Rehabil.* 2017 Feb;36(1):24-29.
- Chioukh FZ, Ben Ameer K, Abdelkafi M, Monastiri K.** An unusual cause of respiratory distress in a neonate. *Arch Pediatr.* 2017 Feb;24(2):143-145.
- Chioukh FZ, Ben Ameer K, Abdelkafi M, Monastiri K.** Respiratory distress revealing an esophageal foreign body in a neonate. *Arch Pediatr.* 2017 Feb;24(2):189-191.
- Ben Hamouda H, Mahjoub B, Soua H, Laradi S, Miled A, Sfar MT.** Neonatal expression of beta-thalassemia trait associated with hereditary spherocytosis in two monozygotic twins. *Arch Pediatr.* 2017 Feb;24(2):126-130.
- Aounallah A, Ghariani Fetoui N, Ghariani N, Korbi M, Mokni S, Boussofara L, Saidi W, Ksaa M, Ben Jazia I, Guerfala M, Sriha B, Belajouza C, Denguezli M, Noura R.** Thrombotic skin gangrene: A rare extra-intestinal manifestation of ulcerative colitis. *Ann Dermatol Venereol.* 2017 Feb;144(2):109-112.
- Ferjani H, Timoumi R, Amara I, Abid S, Achour A, Bacha H, Boussema-Ayed I.** Beneficial effects of mycophenolate mofetil on cardiotoxicity induced by tacrolimus in wistar rats. *Exp Biol Med (Maywood).* 2017 Feb;242(4):448-455.
- Lataoui S, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E, Ben Saad H.** Sub-maximal aerobic capacity and quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Rev Mal Respir.* 2017 Jan;34(1):74-85.
- Dellaa A, Polosa A, Mbarek S, Hammoum I, Messaoud R, Amara S, Azaiz R, Charfeddine R, Dogui M, Khairallah M, Lachapelle P, Ben Chaouacha-Chekir R.** Characterizing the Retinal Function of Psammomys obesus: A Diurnal Rodent Model to Study Human Retinal Function. *Curr Eye Res.* 2017 Jan;42(1):79-87.
- Jaïdane H, Halouani A, Jmii H, Elmastour F, Mokni M, Aouni M.** Coxsackievirus B4 vertical transmission in a murine model. *Virology.* 2017 Jan 31;14(1):16.
- Mallouli M, Tlili MA, Aouicha W, Ben Rejeb M, Zedini C, Salwa A, Mtiraoui A, Ben Dhiab M, Ajmi T.** Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. *Int J Qual Health Care.* 2017 Jan 9.
- Hamadou WS, Besbes S, Bourdon V, Youssef YB, Laatiri MA, Noguchi T, Khelif A, Sobol H, Soua Z.** Mutational analysis of TP53 gene in Tunisian familial hematological malignancies and sporadic acute leukemia cases. *Fam Cancer.* 2017 Jan;16(1):153-157.
- Marouani N, Tebourbi O, Cherif D, Halle-gue D, Yacoubi MT, Sakly M, Benkhalifa M, Ben Rhouma K.** Effects of oral administration of 2,4-dichlorophenoxyacetic acid (2,4-D) on reproductive parameters in male Wistar rats. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2017 Jan;24(1):519-526.

Facteurs influençant l'absentéisme des étudiants du premier cycle d'études médicales à la faculté de médecine de souss

Maha BEN FREDJ, Jihene SAHLI, Faten EZZAIRI, Manel MELLOULI, Saad SAGUEM, Ramzi MOATEMRI, Ali MTIRAOU, Thouraya AJMI

Introduction

Le cours magistral reste la méthode de transfert de l'information la plus prisée de la formation médicale initiale de part le monde. Il présente plusieurs avantages : établir un premier contact entre l'étudiant et l'enseignant, présenter une information régulièrement actualisée, faciliter la compréhension et la mémorisation.... Et ce en étant le moyen le plus économique pour gérer un nombre important d'étudiant.

Cependant, l'enseignement magistral est critiqué par les étudiants qui lui reprochent d'être passif, chronophage, et l'accusent d'être peu formateur. Comme conséquence, plusieurs facultés de part le monde se retrouvent face à la faible assiduité des étudiants aux cours magistraux et proposent des moyens d'apprentissage alternatifs plus adaptés aux besoins des étudiants. Plusieurs études ont pointé les facteurs associés et les raisons justifiant la présence et l'absentéisme au cours magistral: le manque de motivation, le peu d'intérêt pour les sujets enseignés, les moyens techniques inadaptés, le travail à temps partiel, l'insomnie.... L'objectif de ce travail était de quantifier l'absentéisme aux cours magistraux des étudiants du premier cycle d'étude médicale (PCEM) de la faculté de médecine de Souss (FMS), d'en identifier les raisons et d'étudier la relation des caractéristiques individuelles des étudiants avec ce phénomène.

Méthodes

Type d'étude : Il s'agit d'une étude descriptive de nature transversale, menée auprès des étudiants du premier cycle de la faculté de médecine de Souss.

Population : La population à l'étude était l'ensemble des étudiants inscrits au Premier cycle d'études médicales (PCEM) de la FMS. Afin de recueillir les données d'un maximum d'étudiants, l'enquête a été effectuée à la fin des séances de Travaux pratiques de Biophysique (présence obligatoire). Elle a été conduite au cours du deuxième semestre de l'année universitaire 2015/2016. Au cours de ces contacts, l'enquêteur a étayé l'intérêt de l'étude et a pu clarifier le contenu des différents items aux participants en cas de besoin. Le recueil des fiches de collecte de données remplies a eu lieu lors du même contact.

Instrument de mesure/ Collecte des données: Afin de répondre aux objectifs de notre étude, nous avons élaboré une fiche de collecte de données se rapportant aux informations générales à savoir l'âge, le genre, le niveau d'étude, les conditions de logement (foyer familial ou en colocation, distance faculté/foyer...), à la présence aux cours magistraux lors du semestre précédent, aux raisons qui incitent les étudiants à assister aux cours et aux rai-

sons qui poussaient les étudiants à s'absenter.

Afin d'évaluer le questionnaire, l'avis d'expert a été demandé concernant les sujets abordés. Un test a été mené au près de 10 étudiants afin de déterminer la durée pendant laquelle le questionnaire sera rempli, si des questions étaient mal posées ou restaient systématiquement sans réponses...

Analyse statistique: L'analyse statistique des différentes données et le choix des tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 10.0. Dans toutes les comparaisons, le seuil de signification a été fixé à 0,05 ($p < 0,05$). Nous avons présenté les données sous formes tabulaire. L'analyse statistique a porté sur la comparaison des pourcentages en utilisant le test du χ^2 .

Approbation éthique: Le projet de recherche n'a pas été examiné par un comité d'éthique, cette exigence n'étant pas institutionnellement requise au moment de l'étude. Le consentement informé des étudiants a été systématiquement recherché et obtenu oralement dans le cadre d'un entretien.

Résultats

Parmi les 540 Etudiants inscrits au PCEM, 437 étudiants ont répondu de façon complète au questionnaire soit 81% de la population ciblée. La population à l'étude était composée de 70% d'étudiantes (n=310) et 30 % d'étudiant (n=127). La moyenne d'âge des participants était de $20,5 \pm 0,5$ ans. Deux cent trente étudiants soit 53% étaient en première année. Ceux en deuxième année représentaient 47% du total des étudiants en PCEM. Seuls 4,3% des participants (soit 19 étudiants) refont l'année d'étude. La majorité des étudiants (71,4%, soit 312 étudiants) habitaient à moins de 5 km de la faculté, 59% vivaient loin de leurs parents contre 41% dans le foyer familial.

Les étudiants fréquentant régulièrement les cours représentaient 43% des étudiants du PCEM, ceux qui y assistaient parfois représentaient 46,9%. Par contre 9,6 % des étudiants avaient déclaré ne jamais assister au cours.

L'analyse des caractéristiques des étudiants pouvant être associés à l'absentéisme a montré une relation entre le genre et l'absentéisme : 7,1% des étudiantes contre 15,7% des étudiants n'assistaient jamais aux cours magistraux. D'un autre côté, 45,8% des femmes assistaient régulièrement pour 37,8% des hommes seulement. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,015$). De même pour l'année d'étude, nous avons remarqué que la fréquentation régulière des cours chutait de 56,1% des étudiants

de la première année à 29,5% des étudiants de la deuxième année. La différence était significative ($p=0,000$). La notion de redoublement était également significativement associée à l'absentéisme ($p=0,002$). Ainsi, 45,2% des étudiants non redoublants assistaient régulièrement aux cours magistraux, tandis que seulement 5,3% des étudiants redoublants y assistaient régulièrement.

D'un autre côté, la distance qui sépare la faculté du domicile, l'habitat avec les parents ou loin d'eux et le moyen de transport emprunté pour venir aux cours n'avaient pas de relation significative avec l'absentéisme (Voir Tableau I).

Les raisons pour lesquelles les étudiants assistaient ou pas aux cours :

50,3% des étudiants participants ont répondu qu'ils assistaient aux cours pour prendre leur propres notes, 41,4% pour recueillir les questions d'examen, 35,7% pour relever les concepts clés d'un cours et 24% des étudiants disaient assister aux cours parce qu'ils pensaient que ça leur permettra d'avoir de meilleurs résultats à l'examen (Tableau II).

La moitié des étudiants (soit 50,6%) s'accordaient à dire que l'enseignant non intéressant était la principale cause de leur absence au cours magistral. 45,5% des étudiants ont répondu que la quantité de cours importante les poussait à s'absenter afin de rattraper leurs retard (Voir Tableau III).

Discussion

Les études médicales ont pour objectif de produire un médecin avec des connaissances solides de l'organisme sain et de la pathologie, des compétences médicales adéquates et une attitude saine face aux patients et leurs familles. Dans la littérature, le sujet de l'absentéisme a été abordé par plusieurs auteurs notamment dans les sciences de la santé, le taux d'absentéisme y est variable. Sur 1220 étudiants de la faculté de médecine de Hawassa en Ethiopie, 75% s'étaient absents à un cours ou plus et 45% se sont absents à plus de 3 cours dans le semestre précédent l'étude. Une étude similaire réalisée en Arabie Saoudite comprenant 450 étudiants en médecine et en sciences de la santé trouve que 51,5% des étudiants ont moins que 10% d'heure d'absence, 34,6% entre 11 et 20% d'heure d'absence et 13,9% ont plus que 25% d'heure d'absence.

A la faculté de médecine de Souss, 43% des étudiants du PCEM ont dit fréquenter régulièrement les cours, 46,9% y assistaient parfois, tandis que 9,6 % des étudiants avaient déclaré ne jamais assister au cours magistraux.

Notre étude s'est intéressée à l'influence de certaines caractéristiques socio-

démographiques des étudiants sur l'absentéisme. La distance qui sépare la faculté du lieu d'habitat, vivre seul ou avec ses parents et le moyen de transport empruntés pour venir aux cours n'avaient pas de relation significative avec l'absentéisme. Dans la littérature, les résultats sont controversés selon les études.

Certaines caractéristiques des étudiants semblent influencer leur comportement face à l'absentéisme. Tout d'abord, le genre, de nombreuses publications ont rapporté que le taux d'absentéisme chez les filles est moins important que chez les garçons. Puis l'année d'étude, à la faculté de médecine de Hawassa, les chercheurs ont trouvé que l'absentéisme augmentait significativement à partir de la 2^{ème} année, notamment chez les étudiants qui ont eu de bons résultats en Première année. Cela est dû probablement aux changements du comportement des étudiants en raison de l'influence des pairs, à la familiarisation avec le cursus et l'acquisition d'un style d'apprentissage. Il est donc recommandé d'intervenir en visant les plus jeunes étudiants pour assurer leur présence aux cours durant les années d'étude avancées. Dans notre étude, Nous remarquons une chute considérable du taux de présence entre la première et la deuxième année. Les étudiants de première année gardent pour un certains temps les habitudes du lycée où la présence est obligatoire. La notion de redoublement était significativement associée à l'absentéisme ($p=0,002$) dans notre série. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature des articles décrivant le redoublement comme facteurs associés à l'absentéisme. Les chercheurs ont également examiné pourquoi les étudiants n'assistent pas aux cours et pourquoi ils assistent. Wadesango et Machingambi ont constaté que l'absentéisme est en augmentation

parmi les étudiants de trois universités sud-africaines pour des raisons comme: le manque d'intérêt aux sujets enseignés, les méthodes d'enseignement obsolètes des conférenciers, l'environnement d'apprentissage défavorable, le travail à temps partiel pour augmenter leur revenus...

Dhaliwal a aussi relevé d'autres raisons telles que l'état de santé, l'engagement familial, le professeur/le sujet ennuyeux, ou la période de cours(dispensé en post examen). D'ailleurs dans notre série la deuxième raison justifiant l'absence est la quantité très importante de cours à étudier (45,5%). Desalegn et al également ont trouvé que les principales causes d'absentéisme chez les étudiants en médecine interrogés étaient la préparation d'examen, les horaires inconvenients des cours magistraux, le manque d'intérêt pour le sujet enseignés et les méthodes d'enseignement passifs de l'enseignant.

Bati et al ont mené une étude sur 663 étudiants en médecine et science de la santé. Il a rapporté que les raisons qui poussent les étudiants à assister étaient la possibilité de poser des questions, de prendre leurs propres notes, et de relever les points importants de chaque cours.

Dans notre série, la raison majeure annoncée par les étudiants est l'enseignant non intéressant. Cet avis est partagé par nombreuses études à des degrés variables mais toujours dans les raisons principales de l'absentéisme. Les enfants grandissent sous la protection de leurs parents et leurs enseignants à l'école. A la faculté, ce rapport privilégié avec les enseignants n'est pas retrouvé notamment dans les amphithéâtres. Les étudiants sont livrés à eux même. Alors qu'ils pensaient que l'enseignant doit assurer le dynamisme du cours et l'interactivité avec les apprenants. Ils s'absentent alors lorsque l'enseignant est

ennuyeux, utilisant des moyens pédagogiques obsolètes. Afin de réduire ce phénomène d'absentéisme, certaines mesures pourraient être adoptées par les enseignants, d'abord en suivant des formations pédagogiques continues qui permettraient de changer leur orientation d'un cours magistral traditionnel à un cours interactif et innovateur. Ils devraient avoir recours à des animations, des enregistrements audio-visuels, des graphiques, des quizz...pour attirer la curiosité des étudiants et les motiver pour étudier le sujet traité. Cette recommandation encore d'actualité a été suggéré par Gagné. Il est souhaitable également de privilégier l'apprentissage par petits groupes, avec des ressources mises à la disposition des étudiants auparavant (Flippedclassroom). Nos étudiants ont déclaré à 73,1% que le moyen d'apprentissage qui contribue le plus à leur formation était « l'enseignement dirigé ».

Conclusion

L'absentéisme des étudiants est un souci majeur pour l'enseignement universitaire. La présente étude réalisée à la faculté de médecine de Sousse fait ressortir plusieurs facteurs contribuant à ce phénomène, ce qui nous laisse conclure que la décision d'assister ou pas à un cours est assez complexe.

Le rôle de l'enseignant semble primordial dans cette décision : s'engager dans des pratiques pédagogiques modernes ou l'apprenant est au centre de l'apprentissage, ou l'enseignant définit avec l'apprenant les concepts clés à retenir, favoriser l'interaction avec l'apprenant et lui donner un feedback sur sa performance pourraient faire réduire ce phénomène d'absentéisme.

Tableau I : Relation entre les caractéristiques socio- démographiques des étudiants et l'absentéisme

	Assiste régulièrement	Assiste parfois	N'assiste jamais	P
Genre				0,015
Masculin	48 (37,8%)	59 (46,5%)	20 (15,7%)	
Féminin	142 (45,8%)	146(47,1%)	22 (7,1%)	
Année d'étude				0,000
1 ^{ère} année	129 (56,1%)	84 (36,5%)	17 (7,4%)	
2 ^{ème} année	61 (29,5%)	121(58,5%)	25 (12,1%)	
Redoublement				0,002
Redoublant	1 (5,3%)	14 (73,7%)	4 (21,1%)	
Non redoublant	189 (45,2%)	191 (45,7%)	38 (9,1%)	
Distance séparant la faculté au domicile				0,378
< 5 km	143(44,6%)	144 (45,8%)	33 (9,6%)	
> 5 km	47(40,2%)	61(52,2%)	9(7,6%)	
Vivre avec ses parents				0,444
Oui	84 (46,9%)	80 (44,7%)	15 (8,4%)	
Non	106 (41,1%)	125 (48,4%)	27 (10,5%)	
Moyens de transport				0,773
A pied	113 (44%)	119 (46,3%)	25 (9,7%)	
Transport en commun	45 (44,6%)	49 (48,5%)	7 (6,9%)	
En voiture	32 (40,5%)	37 (46,8%)	10 (12,7%)	

Tableau II : Les raisons incitant les étudiants à assister aux cours magistraux

Raisons	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Prendre ses propres notes	220	50,3
Recueillir les questions d'examen	181	41,4
Relever les concepts clés d'un cours	157	35,7
Améliorer ses résultats de l'examen	105	24

Tableau III : Les raisons données pour ne pas suivre les cours magistraux

Raisons	Effectif (n)	Pourcentage %
Ne trouve pas l'enseignant intéressant	221	50,6
La quantité de cours est très importante	199	45,5
Ne trouve pas les cours intéressants	188	43
Souffre de maladie	114	26,1
Les cours sont trop longs	92	21,1
Un polycopié est disponible	126	28,8
Il y'a de meilleurs cours sur internet	56	12,8
Préférence pour le travail personnel	142	32,5
Les examens s'approchent	143	32,7
Difficulté à se réveiller car il étudie tard le soir	153	35
Pour des raisons sociales	21	4,8
Redoublement	7	1,6

LE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE : QU'EST CE QUI SE PASSE DANS LE CERVEAU DE L'ETUDIANT ?

Amel Braham, Sana Mokni, Amira Chouikh, Amina Bouzouita

Apprendre change le cerveau. Lorsque nous apprenons, de nouvelles connexions neuronales peuvent se former et des connexions existantes peuvent se renforcer, s'affaiblir ou même se défaire. La structure du cerveau change donc constamment pour s'adapter à de nouvelles situations. Il existe un ensemble de mécanismes qui régissent ces modifications cérébrales. Lorsque nous apprenons, un ensemble de processus biochimiques provoque la création de nouvelles connexions et, progressivement, un renforcement de l'efficacité des connexions entre les neurones impliqués.

Qu'est-ce qui se passe dans mon cerveau quand j'apprends ?

Pour mieux comprendre le mécanisme et ses retombées sur l'apprentissage et l'enseignement, le cerveau est souvent comparé à une forêt dans laquelle l'apprenant marche. Peuplée d'une végétation abondante, la marche y est donc difficile initialement. Pour se déplacer, l'apprenant doit pousser les branches avec ses bras en plus d'écraser l'herbe et les petits arbustes avec ses pieds. Ce passage répété crée progressivement un sentier qui est de plus en plus facile à emprunter. En contrepartie, si l'apprenant n'emprunte plus le sentier pendant un certain temps, les herbes, les arbustes et les arbres y reprennent lentement leur place et le sentier disparaît progressivement. Lorsqu'on apprend, des processus similaires prennent place dans le cerveau. Au début d'un apprentissage, il est difficile pour l'élève d'accomplir la tâche demandée, parce qu'il n'a pas encore développé ses « sentiers », c'est-à-dire les connexions neuronales requises. Après plusieurs activations cérébrales, les neurones deviennent donc de plus en plus connectés, ce qui permet aux influx nerveux de circuler dans le cerveau de plus en plus aisément et efficacement. Ainsi, lorsque l'élève s'entraîne, c'est-à-dire active son cerveau à plusieurs reprises pour accomplir une certaine tâche, il développe des chemins qui lui permettront d'accomplir la tâche demandée de plus en plus facilement et rapidement. Si, au contraire, un élève cesse de s'entraîner et d'activer les neurones en lien avec un apprentissage particulier, les connexions neuronales associées à cet apprentissage vont s'affaiblir progressivement, jusqu'à se défaire. (1,2)

Les liens avec l'éducation : qu'est-ce qui favorise ou empêche les apprentissages ?

Ce mécanisme lié à la plasticité cérébrale permet de mieux comprendre certains phénomènes éducatifs, et en tout premier lieu la nécessité de la pratique et de la répétition.

Pour apprendre, il faut changer les connexions dans son cerveau et, pour y arriver, les neurones doivent s'activer ensemble de façon répétée. Ensuite, ce mécanisme permet aussi de comprendre pourquoi les élèves oublient souvent ce qu'ils apprennent: si les neurones liés à un certain apprentissage ne s'activent plus durant un certain temps, leurs connexions s'affaiblissent naturellement. Finalement, il permet de mieux comprendre pourquoi certaines erreurs sont difficiles à corriger pour les élèves. En effet, si les erreurs commises résultent de réseaux de neurones qui sont très solidement établis dans le cerveau, alors ils ne peuvent pas être modifiés aisément. De façon plus fondamentale, ce mécanisme mène à redéfinir le concept même d'apprentissage. Au niveau cérébral, apprendre, ce n'est pas juste modifier son comportement pour répondre à une question ou accomplir une tâche. Apprendre, c'est modifier ses connexions neuronales. (2)

L'importance de l'activation neuronale répétée

En éducation, il est souvent dit que l'élève doit être actif dans ses apprentissages. Que s'il est passif, il n'apprendra pas. Mais ce qui est important, c'est l'activité du cerveau. Un cerveau actif est un cerveau qui apprend. Ainsi, même s'il met la main à la pâte et manipule du matériel, un élève peut apprendre très peu de la réalisation d'une activité d'apprentissage si son cerveau n'est pas activement engagé. S'il est nécessaire que le cerveau s'active pour apprendre, cela n'est toutefois pas une condition suffisante pour réaliser la plupart des apprentissages scolaires. Le cerveau doit non seulement s'activer, mais il doit s'activer à plusieurs reprises pour le même objet d'apprentissage. Bien que la pratique et la répétition soient essentielles à la plupart des apprentissages, il n'est toutefois pas suffisant de simplement répéter pour apprendre. La répétition sans activation cérébrale ne contribue pas à l'apprentissage. S'il n'est pas engagé, son cerveau ne s'active pas et, si son cerveau ne s'active pas, il n'apprend pas. (3)

La pratique de la récupération en mémoire : Que peut-on faire pour développer les capacités d'apprentissage du cerveau ?

Un vaste corpus de recherches en éducation et en psychologie cognitive met clairement en évidence l'importance de la récupération en mémoire dans les processus d'apprentissage. Chaque fois que l'on demande à un élève de mobiliser ses connaissances ou ses habiletés pour accomplir une tâche, il consolide ses apprentis-

sages. Ainsi, lorsque les élèves doivent faire des tests, ils apprennent en moyenne deux fois plus. Au niveau cérébral, ce résultat s'explique notamment par le fait que les périodes de tests activent davantage les réseaux de neurones liés aux notions apprises que les périodes d'étude qui sont probablement plus passives. Les tests et les examens ne servent donc pas simplement à vérifier le niveau d'apprentissage des élèves : ils contribuent eux-mêmes significativement à l'apprentissage et à l'activation répétée des neurones. Les meilleures stratégies sont celles où les élèves s'exercent à récupérer en mémoire l'information à plusieurs reprises, en se faisant questionner par un collègue ou en se questionnant eux-mêmes, à l'aide de questions sur des fiches, par exemple. Il s'agit donc de mettre en œuvre un enseignement où l'on donne la chance aux élèves d'activer les neurones associés à leurs apprentissages, en proposant des activités pédagogiques variées nécessitant de récupérer en mémoire et d'utiliser plusieurs fois certaines connaissances, habiletés ou procédures. (4,5)

Conclusion :

Mieux connaître l'influence et les contraintes qu'exercent le fonctionnement et l'organisation du cerveau sur les apprentissages peut parfois nous aider à identifier les pratiques d'enseignement les plus compatibles avec les mécanismes biologiques dont dispose le cerveau pour apprendre.

Références:

- Bell, K. E., & Limber, J. E. (2010). Reading skill, textbook marking, and course performance. *Literacy Research and Instruction*, 49, 56–67.
- Bahrick, H. P., Hall, L. K., & Dunlosky, J. (1993). Reconstructive processing of memory content for high versus low test scores and grades. *Applied Cognitive Psychology*, 7, 1–10.
- Callender, A. A., & McDaniel, M. A. (2009). The limited benefits of rereading educational texts. *Contemporary Educational Psychology*, 34, 30–41.
- Karpicke JD, Roediger HL. The critical importance of retrieval for learning. *Science*. 2008 Feb 15;319(5865):966-8.
- Hartwig MK, Dunlosky J. Study strategies of college students: are self-testing and scheduling related to achievement? *Psychon Bull Rev*. 2012 Feb;19(1):126-34.

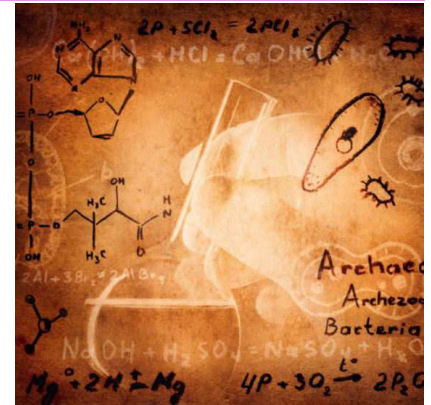
LU POUR VOUS: Par Sonia Nouri Merchaoui

Des traitements visant à réduire le risque de responsabilité pénale et civile

La médecine défensive – une médecine inutile?

Johann Steurer^a, Thomas Gächter^b^a Horten Zentrum für praxisorientierte Medizin und Wissenstransfer, Universität Zürich^b Rechtswissenschaftliches Institut, Universität Zürich

SWISS MEDICAL FORUM – FORUM MÉDICAL SUISSE 2015;15(37):814–816



Les auteurs abordent dans cet article le concept de « médecine défensive » bien connue aux Etats Unis d'Amérique du fait de la judiciarisation de la médecine. Il s'agit d'une méthode employée dans la pratique médicale visant à prémunir le médecin traitant contre toute plainte pour non respect de l'obligation de diligence qui incombe au médecin, pour négligence ou pour faute professionnelle.

Les examens ou traitements à visée diagnostique sont prescrits et réalisés en première ligne afin de réduire le risque éventuel de responsabilité civile ou pénale. Deux exemples concrets de cette pratique sont présentés au tout début de l'article :

- Le 1^{er} exemple est celui d'un menuisier de 50 ans, sans aucun facteur de risque cardio-vasculaire, admis aux urgences pour des douleurs thoraciques non déclenchées par l'effort, ce qui rend le diagnostic d'infarctus du myocarde peu probable. Deux possibilités s'offrent au médecin ici : Il pourrait rassurer le patient moyennant des examens simples ou alors il peut, pour apporter une certaine « sécurité » au patient et pour se protéger lui-même, recommander un autre examen complémentaire, une scintigraphie myocardique par exemple.

- Le 2^{ème} exemple abordé par les auteurs pour illustrer le concept de médecine défensive est celui de la pertinence du dosage du PSA dans le diagnostic précoce du cancer de la prostate. La moitié des médecins interrogés dans un sondage en 2007 avaient indiqué qu'un dosage du PSA dans le cadre d'un examen de dépistage ne leur semblait pas intéressant. Néanmoins, 75% des médecins interrogés recommandaient aux hommes de plus de 50 ans cet examen de dépistage de peur des conséquences juridiques dans le cas où un cancer de la prostate viendrait à être diagnostiqué ultérieurement chez l'un ou l'autre patient.

Les auteurs abordent par la suite les différents motifs des actes médicaux : Ils stipulent que les examens inutiles et les traitements non indiqués n'augmentent pas uniquement les coûts mais exposent éga-

lement les patients à un risque non nécessaire. Les examens radiologiques par exemple, constituent une exposition aux rayonnements ; une angiographie pourrait entraîner un risque d'embolie mettant le pronostic vital en jeu. Diverses raisons et motifs sont invoqués pour la réalisation d'examens et d'interventions médicales. En règle générale, le médecin souhaite « le meilleur » pour son patient, c'est-à-dire poser un diagnostic exact et lui prescrire le meilleur traitement possible. C'est d'ailleurs cela que le patient attend de lui. Toutefois, le médecin veut également préserver sa réputation et la confiance que les patients ont placée en lui. Il est désagréable pour n'importe quel médecin d'omettre de prescrire une radiographie du thorax à un patient qui consulte pour une toux, croyant qu'il s'agit d'une bronchite aiguë, et d'apprendre plus tard qu'une pneumonie a été diagnostiquée chez ce même patient

Autre motif encore pour la réalisation d'examens ou la prescription de traitements: se prémunir d'une plainte ou d'une accusation émise par le patient ou ses proches. Une analyse ou un traitement est prescrit bien qu'aucun bénéfice direct n'en est attendu pour le patient, seulement le médecin traitant veut « se couvrir » pour être protégé en cas d'une éventuelle démarche judiciaire.

Un examen complémentaire tel qu'une échographie ou une IRM permet de réduire l'incertitude diagnostique, le médecin se prémunit ainsi contre une atteinte à sa réputation et les conséquences juridiques, tout en augmentant également ses revenus. Selon les estimations, 55 à 60 milliards de dollars sont engagés chaque année par le système de santé des Etats-Unis pour la médecine défensive. Dans une enquête réalisée dans trois établissements hospitaliers aux Etats-Unis, les médecins estimaient que 28%, soit près d'un tiers, de leurs prescriptions pouvaient être considérées comme étant liées à la médecine défensive, au sens le plus large du terme. Dans une autre étude, les médecins ont indiqué que 27% des tomodensitométries, 16% des analyses de laboratoire et 14% des hospitalisations étaient prescrites

pour se décharger de toute responsabilité. **Les auteurs s'intéressent par la suite au concept de l'informed consent (consentement éclairé) :** Un patient bien informé et bien conseillé, conscient des avantages et inconvénients des mesures (défensives) supplémentaires et mis au courant de l'estimation du risque selon le médecin traitant, s'opposera généralement aux mesures purement défensives. Ceci suppose bien sûr que les explications et les conseils prodigués sont donnés dans l'objectif du bien-être du patient et non pas (aussi) pour les honoraires supplémentaires issus d'une mesure complémentaire. Le patient peut alors peser le pour et le contre et décider si la mesure serait pour lui seulement une contrainte certaine avec un bénéfice médical incertain, ou bien si elle pourrait lui être bénéfique. Il va de soi que ces informations et le consentement du patient pour la réalisation d'examens complémentaires pour le diagnostic ou le traitement doivent être documentés.

Les auteurs terminent leur article en essayant de répondre à la question suivante :

Où se situe la frontière entre la « médecine prudente » et la « médecine défensive » ?

Il paraît difficile de définir précisément où se termine la « médecine prudente » qui s'impose et où commence la « médecine préventive » ou « défensive », non imposée sur le plan médical. Il ne semble pas judicieux de vouloir formuler plus précisément cette frontière à travers des directives. Il paraît plus intéressant de façonner le cadre légal du système de telle manière que les mesures pertinentes sur le plan médical ne soient pas dépendantes de considérations budgétaires et que les mesures purement défensives (et non pertinentes sur le plan médical) soient, en revanche, prises par peur de conséquences juridiques. Ici aussi, une relation ouverte et basée sur la confiance entre le médecin et son patient, permettant une discussion et une évaluation des bénéfices et des risques, constitue la clé pour appréhender la frontière entre une médecine bénéfique au patient et une médecine purement défensive.

SIMULATION EN PÉDAGOGIE MÉDICALE : état des lieux

Rev Med Liège 2014; 69 : 3 : 132-138

R. BETZ (1), A. GHUYSEN (2), V. D'ORIO (3)

Introduction

La publication, en 1999 aux Etats- Unis, d'un rapport nommé « To err is human » est à l'origine d'une prise de conscience collective, tant dans le monde médical que public, de l'importance du facteur humain dans les erreurs médicales. En effet, ce rapport avance qu'annuellement aux Etats-Unis, 44000 à 98000 patients meurent des suites d'une erreur médicale qui aurait pu être évitée, soit davantage que le nombre de décès imputables aux accidents de la route, au cancer du sein ou au SIDA. L'une des solutions proposées était d'intégrer la simulation au processus de formation médicale afin d'expérimenter les potentielles erreurs et de répéter les gestes avant de les poser sur un vrai malade.

La simulation médicale présente l'avantage de permettre aux étudiants d'expérimenter des scénarios, des actes ou techniques ou des comportements à plusieurs reprises, de manière reproductible, sans faire courir au patient un risque qui serait jugé inacceptable. Au cours des vingt dernières années, elle s'est imposée comme une modalité d'enseignement incontournable. Le développement de cette tendance peut s'expliquer par les faits suivants : l'exigence de la qualité en formation médicale, la crainte du risque et ses implications légales et la diminution du temps de travail et donc de l'expérience qui lui est associée.

L'objectif de cet article est quadruple : (1) Faire la revue des différentes modalités de simulation médicale, (2) Présenter la méthodologie à suivre pendant une séance de simulation, (3) Evaluer les bénéfices attendus sur la qualité de l'enseignement et sur les compétences médicales, (4) Evoquer l'expérience belge.

I Définitions: D'une manière générale, la simulation est un mode d'enseignement de savoir-être et d'habiletés, utilisé dans des tâches pour lesquelles un apprentissage direct s'avère impossible pour des raisons déontologiques (sécurité et risques), économiques (coûts des matériels) ou techniques (très faible probabilité d'occurrence des incidents ou accidents à étudier).

La simulation médicale correspond à l'utilisation d'un matériel (mannequin, simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé afin de reproduire une situation ou un environnement de soins dans le but d'enseigner, à un professionnel de santé ou à une équipe de professionnels, des procédures diagnostiques ou thérapeutiques ou de prise de décisions et de répéter, de manière reproductible,

ces procédures.

II Historique: C'est dans les domaines de l'aéronautique, de la marine, de l'industrie nucléaire, ou encore de l'armée que s'est initialement développé l'enseignement par simulation. Dans le domaine de la santé, c'est dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle que l'on voit apparaître les prémices d'un enseignement par la simulation. A cette époque, le Professeur Peter Safar du Baltimore City Hospital tente de perfectionner les manœuvres de réanimation cardiopulmonaire en sollicitant, comme sujets d'étude, ses propres collaborateurs qu'il doit sédaté et intuber. Face au manque de volontaires, il décide de s'associer au médecin norvégien Bjorn Lind et au fabricant de jouets Asmund Laerdal pour développer le mannequin mondialement célèbre « Resusci Anne ». C'est toutefois au début du XXI^{ème} siècle que la simulation en santé prend son véritable essor, d'abord en Amérique du Nord puis en Europe. En effet, c'est dans les années 60 et 70, qu'apparaissent les premiers mannequins électroniques, pilotés par ordinateur. Ils sont à l'origine des mannequins haute-fidélité aujourd'hui utilisés. Ainsi de nos jours, en Amérique du Nord, la simulation est pleinement intégrée aux programmes de formation médicale tant initiale que continue, couvre également le développement des compétences non techniques (comportements, travail en équipe, etc.) et s'utilise à chaque introduction d'un nouveau matériel pour y former les équipes avant application sur le patient. Son rôle est devenu si prépondérant qu'une université, un centre de santé ou de formation est jugé non attractif s'il ne dispose pas d'un laboratoire de simulation performant. On note aussi que la simulation est également utilisée à visée évaluative avec un caractère sanctionnant (par exemple, avant d'autoriser une équivalence de diplôme à un médecin étranger désireux de s'implanter dans le pays).

III Application de la simulation en médecine: La simulation en santé est recommandée pour ses multiples avantages : la formation de l'apprenant à des procédures, des gestes ou techniques ou à la prise en charge de situations, à l'acquisition et la réactualisation des connaissances et des compétences techniques et non techniques (communication, comportements, travail en équipe, etc.), la stimulation chez l'apprenant d'une autocritique de ses propres pratiques au regard des recommandations établies. Par ailleurs, elle autorise à aborder des situations critiques dites « à risque pour le patient » ou des

complications vécues dans la réalité. Pour ce faire, la simulation médicale recourt à un ensemble de modalités particulières bien définies présentées dans le tableau 1.

IV Méthodologie de la simulation médicale: La mise en œuvre de séances de simulation en médecine doit impérativement répondre à un cadre très strict structuré par de nombreux protocoles que l'on peut regrouper en deux temps : avant la séance et pendant la séance.

IV-1. Protocoles à suivre avant la séance de simulation

L'identification d'une demande spécifique d'apprentissage ou d'une lacune à combler chez les candidats. L'élaboration des objectifs scientifiques (apportant une solution au besoin identifié) et des objectifs pédagogiques (moyens pour y parvenir). Le choix des moyens à mettre en œuvre en simulation, pour une rentabilité optimale.

Le test de faisabilité des moyens choisis avant la séance

IV-2. Protocoles à suivre pendant la séance de simulation

La séance de simulation doit impérativement s'articuler autour de trois phases :

Phase 1 : Le briefing : pose les jalons de la séance et replace le scénario à venir dans son contexte. Les locaux et le matériel sont présentés aux élèves afin de les y familiariser. Les objectifs de la séance sont rappelés, de même que d'importantes notions psychologiquement utiles telles que l'absence de jugement, l'absence de piège intentionnel et l'absence évidente de risque pour le patient afin de mettre les participants en confiance.

Phase 2 : Le scénario : correspond au passage sur simulateur. Le rôle du formateur est d'adapter en continu l'évolution du scénario afin de maintenir les candidats en situation permanente de résolution de problèmes et d'éviter qu'ils soient confrontés à une situation d'échec qui s'avère contre-productive. Le formateur peut être accompagné d'un facilitateur, tierce personne venant en aide aux candidats en situation de blocage, afin que ces derniers puissent accomplir et rencontrer les objectifs pédagogiques fixés. Le passage sur simulateur est idéalement filmé dans son intégralité dans un but double : (1) permettre la retransmission simultanée dans une pièce annexe pour les autres élèves ne prenant pas part active au scénario en cours, (2) aider le formateur à évaluer les participants en pouvant s'appuyer, lors du débriefing, sur les images enregistrées.

Phase 3 : Le debriefing : constitue le temps le plus important d'une séance de simulation. Il se doit impérativement de ne pas être sanctionnant. Le formateur y joue le rôle de catalyseur, conduisant une discussion qui doit émaner des participants eux-mêmes. Le debriefing se fait en trois étapes : (1) **L'étape descriptive** : rappelle l'absence de jugement et cherche à révéler le vécu et les impressions des candidats. (2) **L'étape d'analyse** : c'est la plus longue et cherche à comprendre pourquoi certains actes ont été posés et d'autres pas, en s'aidant si nécessaire de la retransmission vidéo du scénario. Elle doit stimuler l'apprenant à mener une autocritique de ses connaissances et à les comparer aux recommandations. Très subtile, cette étape d'analyse nécessite beaucoup d'expérience et de pédagogie du formateur qui doit faire identifier les erreurs et lacunes du candidat sans induire chez lui de sentiment d'échec ou de frustration. (3) **L'étape de synthèse** : pousse les candidats à construire eux-mêmes un résumé des enseignements retenus. Le formateur leur fournit, quant à lui, un feedback global sur la séance.

V Bénéfices de la simulation médicale

De nombreux travaux de recherche sont entrepris afin d'évaluer les résultats de l'utilisation de la simulation médicale. Les grandes revues de littérature à ce sujet déplorent toutefois régulièrement la faiblesse scientifique des articles produits : insuffisance de la méthodologie (peu d'études randomisées en double-aveugle), échantillons de petite taille et absence de

standardisation des techniques utilisées. Les bénéfices attendus du recours à cette méthode d'enseignement sont mesurables à deux niveaux :

La qualité de l'enseignement : L'intérêt et l'efficacité de l'enseignement par la simulation sont désormais admis par tous dans l'acquisition de gestes chirurgicaux ou endoscopiques, dans le développement des aptitudes à la communication ou au travail d'équipe, ou encore dans l'apprentissage d'algorithmes avancés de prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire. Par contre, à ce jour, la simulation met difficilement en évidence un gain significatif dans l'acquisition des connaissances théoriques. La simulation ne peut donc remplacer les techniques « classiques » d'enseignement, mais doit s'inscrire en complément et en renfort de ces dernières.

L'influence sur la pratique clinique et l'amélioration des soins portés aux patients : Malgré le peu de données actuelles concernant l'impact de la simulation médicale sur la qualité des soins, ce type d'enseignement peut être évalué selon « **le modèle modifié de Kirkpa-trick** ». Ce modèle comporte quatre niveaux devant chacun faire l'objet d'une évaluation adaptée :

Niveau 1 : Les réactions : les apprenants sont-ils satisfaits de la formation dispensée ?

Niveau 2 : L'apprentissage : qu'ont appris les candidats et ont-ils rencontré les objectifs pédagogiques fixés ?

Niveau 3 : Le transfert : le savoir acquis

durant la formation est-il appliqué par le candidat dans son travail quotidien ?

Niveau 4 : Les résultats organisationnels : quel est l'impact de la formation sur la prise en charge des patients ?

Si les preuves sont aujourd'hui irréfutables quant à l'efficacité de la simulation médicale aux trois premiers niveaux, d'autres travaux d'envergure sont nécessaires pour en affirmer formellement le bénéfice en termes de qualité des soins dispensés aux patients.

Conclusion

L'évolution sociétale exige, en matière de soins de santé, un niveau de qualité toujours plus élevé et tolère de moins en moins l'échec, surtout lorsqu'il est la conséquence de l'erreur humaine. Au cours des dernières décennies, l'enseignement par la simulation médicale s'est ainsi imposé comme l'une des solutions à ce constat. Il permet de former, de manière répétée et reproductible, les apprenants dans un environnement le plus réaliste possible et ce, sans faire courir le moindre risque au patient. Les travaux scientifiques ont démontré sa contribution bénéfique dans le développement de compétences ou d'habiletés techniques et non techniques, sa place est moins évidente dans l'acquisition de connaissances théoriques. Enfin, des données encourageantes, mais encore insuffisantes à ce jour, doivent inciter à la conduite de nouveaux travaux de recherches afin d'établir un lien certain entre l'utilisation de la simulation médicale et l'amélioration des soins portés aux patients.

Tableau 1 : Les différentes modalités de la simulation médicale

Modalités de simulation sur matériel biologique	<p>L'expérimentation animale : permet l'apprentissage de gestes chirurgicaux simples ou complexes.</p> <p>L'utilisation de cadavre : sert à l'apprentissage de gestes techniques.</p> <p>Le patient standardisé : c'est soit un patient volontaire, soit un acteur sollicité amené à tenir un rôle dans un scénario préétabli. Il permet de développer des compétences en termes de communication avec le patient et de comportements à tenir.</p> <p>Le jeu de rôle : consiste à simuler une situation dans un environnement spécifique à travers de laquelle les intervenants vont apprendre des habiletés relationnelles.</p>
Modalités de simulation synthétiques	<p>Les simulateurs patients (haute ou basse fidélité) : Il s'agit de mannequins grandeur nature, plus ou moins sophistiqués et utilisés au travers de scénarios établis rendant la situation extrêmement proche de la réalité. Les plus développés d'entre eux (haute-fidélité) sont pilotables à distance par ordinateur de sorte que le formateur fait réagir le mannequin en modifiant les paramètres vitaux et l'état clinique.</p> <p>Les simulateurs procéduraux (haute ou basse fidélité) : permettent l'apprentissage d'un geste technique par sa répétition sans risque pour le patient.</p>
Modalités de simulation électroniques	<p>La réalité virtuelle : utilise des modèles informatiques pour projeter l'utilisateur dans un environnement réaliste en trois dimensions avec lequel il peut interagir à sa guise.</p> <p>La réalité augmentée : permet la superposition d'un modèle tridimensionnel à la perception réelle de l'environnement. Il est ainsi possible d'incruster des images fictives aux images de la réalité.</p> <p>Environnement 3D et jeux sérieux : s'apparentent aux jeux vidéo les plus performants et ne présentent, théoriquement, aucune limite dans leur potentielle diversité. Ces modalités sont encore en plein développement et s'avèrent extrêmement coûteuses tant la programmation informatique des modèles à étudier est complexe.</p>
Modalités de simulation mixtes	<p>Simulation hybride : Il s'agit d'une combinaison de plusieurs techniques différentes de simulation</p>



Haya nahkiw 1.1

LORP: Hamed KALLEL



SCORP's project " haya nahkiw 1.1" took place on November 30, in celebration of the Human Rights journey which is actually on the 10th of December but due to schedule obligations we were impelled to choose a different day. It was animated by a few people of the high society of Human Rights



The participants of Haya Nahkiw 1.1

defenders:

Mr M'sallem Jamel, president of the Tunisian Human Rights League, along with members of Amnesty international's regional office in Sousse Mr Osmane Hichem and Ms Jaaïem Salem, sir Achache Hatem a very known psychiatrist in Sousse and Ms Daaloul Yosra a respectful lawyer who are also Human Rights Activists , both took care of the workshops held right after the debate.

The program consisted of a one hour conference followed by a 30 minutes debate and two workshops to which the participants rolled in based on their personal preferences.

First of all let us briefly get hold of what Human Rights are all about: They are inalienable fundamental rights to which a person is inherently entitled simply because she or he is a human being, regardless of their nation, location, language, religion, ethnic origin or any other status. They are applicable everywhere on our planet earth and breaking them normally conducts into a legal pursuit.

The conference was delightful and informative. Mr M'sallem spoke of various subjects and very interesting matters. His compelling comments on Human Rights in Tunisia captivated us, especially that the subject hit home for it displayed our country's reality. He spoke very fondly of different segments of the Human Rights Declarations, Women, Children and The Minorities were all evoked and very well protected. The president of the Tunisian Rights League dedicated a good moment to precise a few matters concerning Torture and to make clear to the public eye that although it contradicts all Human Rights Declarations the practice remains in numerous countries till



Mr. Jamel M'Sallem in the middle of the conference

our day which makes us upturn the authority of the universal laws in our lands.

Right after, the Debate was launched. All Questions or fogginess were brought to light. And discussed with our honorable guests. Clearing out ambiguities and debating over a variety of key contradictions was our goal.

As for the workshops, over 70 participants were certified on behalf of AMNESTY International and SCORP Sousse. The themes upon which participants were informed, were carefully chosen due to their polemic feature.

The first, animated by the Psychiatrist Mr Achache Hatem which invoked the involvement of health professionals in torture and the second by Ms Daaloul Yosra raising the issue of Children's Rights and the Duty to report.

Overall it was just beautiful to see people be passionate,dedicated and faithful towards their beliefs.

There is nothing more dear to one's heart than to fight for the things they hold close to their consious. So in order for the encounter to be fruitful and for the cause to be well vindicated one needs to believe. And that is what SCORP tried to initiate. It aimed to throw the seeds of belief in Human Rights in every scorpion. Because soldiers are needed. Human Rights need to be fought for.

And although the french Declaration of the Rights of Man and of the Citizen of 1789, one of the main textes of reference in the matter, underscored the necessity of upholding human rights, various distortions can still be reported, compelling us to recruit people who would willingly and faithfully enroll in the one true fight for human respect and dignity.



Mr. Jamel M'Sallem and the Amnesty International Sousse Region members during the debate



The Implication of medical professionals in torture Workshop, held by Mr. Hatem Achache



The children Rights and the duty to report Workshop, held by Mrs. Yosra Daaloul



Bedtime story

LORP: Hamed KALLEL



Many mistake doctors with a person in possession of scientific knowledge and professional aptitude.

They are often seen as stiff minds whose mission is to replicate and cure. However righteous that might be, there is more to a doctor than a bouquet of knowledge.

SCORP tried, through out her project Bedtime Story to introduce both its members and the brave souls whose pain and fatigue it aimed to soothe, to the exquisite opportunity to affect one another. Our goal was to make the hospital a little more pleasant and courteous. We hoped to keep them company and alleviate their weakness, help them forget even for a while their suffering and put aside their troubles. We were also eager to help them get over their fear of doctors, to let them know, that we're on their side and that we intend them no harm.

Preparations consisted in visiting the pediatric ward, collecting all the necessary information such as: how many patients, the range of ages, and if there were any preferences or recommendations. A stand within the same week as the planned visit, is held in the faculty. Cookies and pastries are first prepared by volunteering members, then sold to our fellow students. The fundings are gathered, then divided into two portions. The first is used to buy gifts and essential supplies: puzzle, coloring gear, clown hair and costum, balloons and legos and a few souvenirs for the children to

take. The second is kept aside for higher purposes, to help the young fighters if needed. For instance, we have been informed that many families can't afford to visit their kids so we have hoped to take care of that. Since the aids were of no big worth, no miracles were made, however friendships were. And it meant the world to us, just as it did to them.

With every week that passed, I've seen them grow, both my friends and those beautiful minds we had the pleasure to encounter. Every single one of them is unique and special.

We treated them as friends and equals never with pity, and that's why they opened up to us and responded likewise. Their acknowledgment was phenomenal. Although their pain still lingers, both the physical and the psychological, their happiness could never be matched, for they are filled with endless innocence and astonishing hope. The hope they demonstrated shined sky high and illuminated us, teaching us what being thankful and satisfied against all odds and infirmities is all about.

Little did we know, during the first session held on the 4th of November, that they'd be the ones opening up our hearts, and that matched no expectation of ours. For we thought we were the ones to entertain and lead, never were we more wrong.

As the weeks passed, we watched the kids come and go. What always remained were memories, games, and the echo of our giggles. Each participant, formed a special bond with the kid they accompanied. Some even got paintings that presented them as heroes with capes.

The visit consisted in a variety of actions and goals. A talented participant brought her guitar and we sang and danced, we drew with colorful crayons and built with legos, the child within us was also awakened.

They taught us hope and introduced us all to the art of living. They grew before their age and were ought to assume their illness, fight and live with it. Accepting challenges has been their everyday life.

But they always kept a smile on their face and another on their hearts. And we all pray to god that they never give in, because indeed they are beautiful creatures, sending beautiful vibes to their surroundings.

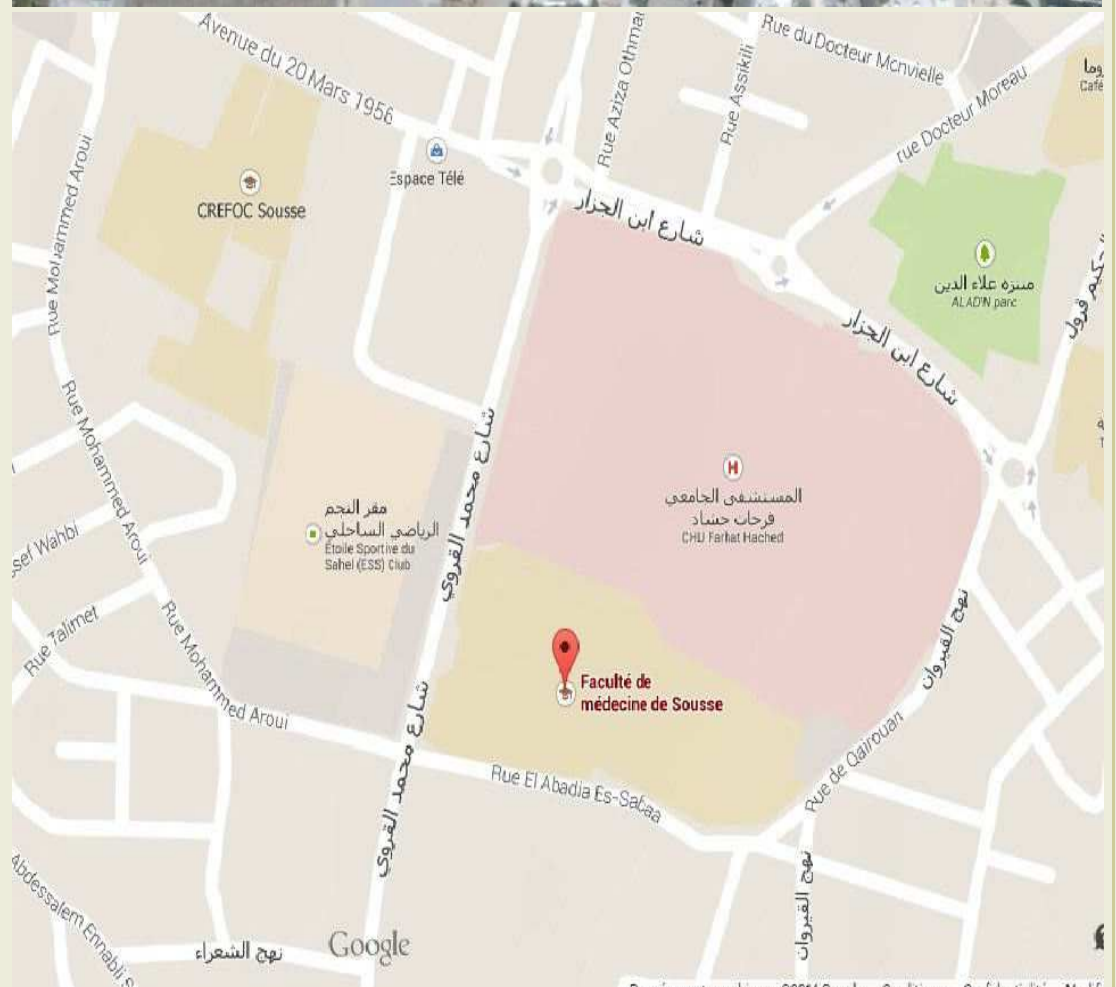
People often appreciate "Bedtime Story" thinking that it is nice for us to visit these kids and try to soothe their suffering. The truth is it is nice from them to soothe ours, because they are gifted with the love of life, something that is earned and fought for, not at all easy or granted.

Reporter: Fatma Missaoui



Faculté de Médecine de Sousse

Adresse : Rue Mohamed Karoui
Code postal : 4002
Ville : Sousse
Pays : Tunisie
Téléphone : 73 222 600
Téléphone : 73 222 108
Fax : 73 224 899



Contactez-nous sur
famesview@yahoo.fr