

MEDICALIEN

N° 11

ASSOCIATION MEDICALE FRANCO-LIBANAISE

SOMMAIRE

EDITORIAL	PAGE	1
JOURNEES MEDICALES DE L'HOTEL DIEU	PAGE	2
CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES	PAGE	4 - 17
BLOC-NOTES	PAGE	18 - 20

LIBAN : L'IMPASSE

LIBAN : L'IMPASSE

La situation générale se dégrade à nouveau, au Liban. L'évolution économique est désastreuse. L'incompétence de nos hommes politiques n'est plus un secret : débordés par les problèmes, ils font semblant de gérer.

Une question est à nouveau sur toutes les lèvres :
QUE FAIRE ?

Nos compatriotes de l'intérieur, ceux qui sont restés, savent ce qu'il faut faire, mais ne peuvent le faire. Ils sont bâillonnés, paralysés par une double occupation. Toute velléité de révolte est écrasée.

A l'extérieur, ceux qui ont émigré, sont divisés plus que jamais. Chacun a SA solution.

De temps à autres, des voix s'élèvent appelant au rassemblement. Aussi vite, d'autres voix s'interrogent : pourquoi faire ?...C'est là notre tragédie.

Malgré les épreuves dramatiques subies depuis 17 ans, notre peuple n'a pas su et n'a pas pu générer un mouvement politique qui représente ses aspirations nationales. Le Liban n'est pas seulement en panne de projet, il manque aussi d'hommes politiques capables de mener à bien ce projet, tout en inspirant confiance à une population désabusée. Les anciens professionnels de la politique se sont discrédités. La relève se fait toujours attendre.

Faut-il désespérer pour autant ?

Notre peuple est plein de ressources. Le réveil est proche. Libanais de l'extérieur, COURAGE.....

A.R.HIJAZI

JOURNEES MEDICALES DE L'HOTEL-DIEU. PHYSIOTHERAPIE A L'UNIVERSITE LIBANAISE

JEAN-CLAUDE GALLI/LE MEDILIEN/04.05.1992

Le 31 Mars 1992, les Journées médicales franco-libanaise débutaient à l'Hôtel-Dieu de France de Beyrouth. Un événement particulièrement attendu à Beyrouth, qui au-delà de son caractère professionnel symbolise le renouveau des relations entre la France et le Liban. L'A.M.F.L. s'est donc logiquement associée à ces journées ainsi qu'au Congrès de Physiothérapie qui l'a suivi à l'Université Libanaise. C'est au total une centaine de personnes, qui, sous les couleurs de l'A.M.F.L., se sont retrouvées au départ de Paris afin d'assister et de participer à ces deux manifestations.

Deux voitures, six ou sept personnes, dont plusieurs physiothérapeutes, sont venus ce samedi 4 avril, accueillir leurs confrères à la sortie de l'aéroport international de Beyrouth. Il faut se dépêcher, les travaux au congrès viennent juste de démarrer dans le grand amphithéâtre de l'université libanaise et l'ultime fournée des participants venus de Paris se fait attendre. Voilà plus de vingt minutes que l'avion de la MEA vient de se poser : "Il en manque un...". Il manque un médecin ! Vérification faite, celui-ci a bien embarqué à Orly...

Il y a encore quelques mois, ce type de situation aurait suscité les plus vives inquiétudes chez n'importe quel libanais. Mais là, pas d'appréhension ni de vieux démons à chasser ou à maîtriser. La bonne humeur est au rendez-vous et la délégation retrouve le fameux médecin quelques minutes plus tard, en train de se restaurer devant le point d'accueil du congrès. Dès sa sortie de l'aéroport, il a pris peur, s'est engouffré dans un taxi, il fallait éviter de traîner, on ne sait jamais...

Peine perdue ! On peut désormais "traîner" du côté de l'AIB. Le Liban s'est fait un nouveau visage, les libanais vivent en paix et forcent avec malice les portes de la liberté. Georges BOUEIRI, Président du Syndicat des Physiothérapeutes au Liban, évoque le chemin parcouru : "Nous avons été capable en dépit de moments très difficiles de tenir 9 séminaires scientifiques, pédagogiques et professionnels entre 1988 et 1992. Malgré toutes les difficultés, les participants ont pris conscience que les nations ne vivent et ne prospèrent qu'avec le dialogue et l'union de tous les citoyens ainsi que par la culture et le savoir et non par les conflits et la haine ignorante". Propos auxquels Georges NASR, représentant de l'A.M.F.L. souscrit totalement : "Au-delà de nos sensibilités, de nos divergences, nous sommes venus ici avec la ferme volonté de travailler ensemble, durablement. Ces rencontres seront, j'en suis sûr, le prélude à un vaste mouvement d'échange scientifique".

A regarder la composition du public présent, lors de ces journées consacrées à la physiothérapie, il ne fait pas l'ombre d'un doute que la dynamique fédératrice voulue par les organisateurs est en marche. La "mayonnaise" prend sans problème. Les discours et les interventions se font indistinctement en français, en arabe ou en anglais devant un parterre de médecins et d'étudiants issus de toutes les communautés du pays. Beaucoup de jeunes d'ailleurs, ce qui donnera à ces journées (et surtout aux soirées) une ambiance bon enfant.

Complètement décontractés par leurs hôtes et confrères libanais, le groupe de médecins et d'experts français composé de Mme le Dr BEAUPERE-DUVAL, du Dr Guy FAJAL, du Dr Sami KHALIFEH et de Messieurs Jean-Louis NEUT et Jean-Marc OVIEV, a su donner le meilleur de ses connaissances et de sa compétence dans plusieurs établissements hospitaliers. Le centre de scoliose situé à Bhaness, l'hôpital américain de Beyrouth, l'atelier orthopédique du C.I.C.R. à Beit Chebab, l'hôpital Cortbawi de réhabilitation et enfin l'association de réhabilitation Abou Samra à Tripoli, ont bénéficiés (le plus souvent en situation, auprès des patients) de leurs conseils et de leur pratique.

Il faut souligner cet aspect particulièrement concret des rencontres médicales. Si effectivement, échange et communication de connaissances, de données sont indispensables à une meilleure qualité de soins, la présence physique de praticiens étrangers aux côtés de leurs confrères libanais l'est plus encore. Pour qui a vu, par exemple, le Docteur FAJAL délivrer ses "trucs" en matière de prothèses, au sein même de l'hôpital américain, pour qui a vu le Professeur de radiologie, Jean-Jacques MERLAND au chevet de jeunes enfants, à l'Hôtel-Dieu, tous deux, face à des médecins et des étudiants avides de conseils pratiques dans ces disciplines, il est inutile de préciser qu'une main, un regard, une complicité professionnelle sont tout aussi important qu'un compte-rendu exhaustif des dernières techniques de pointe. Une relation également essentielle pour les médecins de souche libanaise qui exercent aujourd'hui en France et dont le Docteur Paul TYAN se fait l'écho : "Dans cette affaire, c'est nous qui sommes les plus demandeurs, car c'est en restant au contact, en vivant les espoirs, les angoisses et les déceptions du peuple libanais, que nous pourrons maintenir vivante notre libanité". Cette nécessité, chacun pouvait la ressentir de la même façon durant les Journées médicales libano-françaises de l'Hôtel-Dieu de France, qui se sont déroulées cinq jours avant le congrès de physiothérapie. Ambiance un peu différente néanmoins. Un peu plus solennelle, un peu plus guindée que celle qui entourait les débats donnés à l'université libanaise. Mais un événement particulièrement attendu dans le milieu médical du fait, d'une part, de l'interruption de ces journées durant les trois dernières années, en raison de la guerre, et, d'autre part, de la présence de 15 éminents spécialistes français. Un programme riche et dense en ce qui concerne les technologies médicales de santé les plus poussées et au cours duquel seront évoqués également, les problèmes actuels du système libanais de santé. Plus que de simples rencontres entre médecins, les journées de l'Hôtel-Dieu, comme celles du congrès de physiothérapie, se sont révélées être de formidables laboratoires d'idées où les thèmes les plus souvent évoqués concernaient la reconstruction du pays.

Quels types d'aides extérieures et en particuliers de la France? Au-delà des malades, de leur prise en charge, du coût d'une médecine de qualité, ce sont des débats passionnants sur le droit à la santé des citoyens libanais, sur les problèmes de prescription face au manque de médicaments et aux différents trafics dont ils sont l'objet dans le pays, qui se sont déroulés autour de réunions et de tables animées.

Reconstruction, éducation, économies, sont effectivement des domaines qui dépassent largement le cadre traditionnel de la médecine. Toutefois, l'organisation et la répétition de telles manifestations permet à n'en pas douter de fixer les contours des futures fondations du Liban. Conjuguées à d'autres initiatives dans des domaines et des spécialités de nature différente (avocats, chefs d'entreprises, etc...) ces rencontres "inter-professionnelles" activent le développement du pays et participent assurément à la reconstitution de son tissu national. Le désir de verbalisation se fait nettement sentir chez le libanais. Chacun, en France, peut participer à sa satisfaction sans pour autant cautionner une quelconque dérive corporatiste ou simplement individualiste. Le souci national est en effet toujours présent chez les médecins rencontrés et il en va de même pour toutes les catégories socio-professionnelles. L'année 1992 voit donc ces échanges se multiplier, rompant ainsi un isolement de plus en plus mal vécu par tous les libanais et renforçant par la même occasion, la double vocation initiale du Liban : Communauté d'espace et espace des communautés.

cedrus libani

Le Liban Esprit

Lien vivant entre les Libanais de France

Cette revue répond à un besoin qui s'est accentué au cours des années de guerre. Les Libanais se sont trouvés tout au long de ces combats en perte progressive des valeurs qui les faisaient vivre; or ces valeurs n'étaient pas, quoiqu'on pense, d'ordre monétaire, politique ou économique mais de l'ordre de l'Esprit; à tel point, qu'à l'étranger et particulièrement dans les pays francophones, le Liban devenait synonyme d'anarchie, de foyer terroriste, de territoire où tout se faisait, où tout s'achetait et se vendait et sur les valeurs spirituelles du Liban: rien.

Il devenait indispensable d'appeler notre peuple à se réveiller et à revivre les valeurs spirituelles qui l'ont aidé à vivre pendant 2 000 ans.

D'autre part, il était temps de montrer à l'opinion mondiale les composantes de ce Liban Esprit oublié de tous.

Voilà pourquoi la revue est sous-titrée le Liban Esprit.

BULLETIN D'ABONNEMENT

Je soussigné(e)

Nom, prénom _____

Adresse _____

Je souhaite m'abonner à **cedrus libani** (pour un an, 9 numéros)

Abonnement courant (France, Europe) : 300 F

Abonnement de soutien particuliers : 600 F

Abonnement courant (hors Europe) : 500 F

Règlement à libeller à l'ordre de **cedrus libani**

et à adresser à :

CARISCRIP

6/8, rue de la Croix-de-la-Bretonnerie - 75004 Paris

Date et signature _____

PRISE EN CHARGE DES ETATS DEPRESSIFS
EN AMBULATOIRE
UTILISATION DU DIAGRAMME HARD
(RUFFIN, FERRERI)

Sami Paul TAWIL

Les médecins généralistes sont appelés à prendre en charge la majorité des états dépressifs en ambulatoire. Ils sont confrontés à des difficultés majeures :

- repérage sémiologique et nosographique de l'état dépressif,
- choix du traitement antidépresseur,
- problèmes d'observance par le patient du traitement prescrit,
- évaluation de la dangerosité potentielle surtout suicidaire des déprimés...

Nous avons choisi d'aborder ces difficultés en étant le plus proches de la pratique de praticien et ce, grâce à une échelle mise au point par RUFFIN et FERRERI pour l'évaluation des états dépressifs : l'échelle HARD.

Cette échelle permet d'évaluer quatre axes sémiologiques :

- a) l'HUMEUR : Tristesse, Désintérêt, Appétit
- b) l'ANGOISSE : Anxiété psychique, Anxiété somatique, Insomnie
- c) le RALENTISSEMENT : Lassitude, Concentration, Attitude
- d) le DANGER : Dévalorisation, Idées suicidaires, Idées délirantes.

Elle permet d'établir un diagramme et de différencier certaines formes cliniques des états dépressifs : forme anxio-dépressive, forme inhibée, forme anxio-somatique, dépression masquée...

Elle évalue l'indice suicidaire et oriente le choix du traitement antidépresseur vers une molécule psychostimulante, sédatrice ou neutre.

Enfin, elle permet de suivre le patient en fonction du traitement prescrit.

Etablir une échelle n'est pas une fin en soi en psychiatrie, l'objectivation à outrance d'un état psycho-pathologique et d'un état dépressif en particulier peut nous en faire perdre l'essence et la signification. C'est dire tout l'importance de l'évaluation psycho-dynamique et de l'abord psychothérapeutique qui doit nécessairement s'instaurer dans le cadre de ce colloque singulier avec le déprimé.

Il n'y a pas de traitement standard de la dépression car il n'y a pas que des Dépressions, il y a surtout des Déprimés. Chacun d'entre eux constitue une équation spécifique ; aussi, au risque de paraphraser Boris VIAN cité par ZARIFIAN dans "Les jardiniers de la folie" : "Il ne s'agit pas de faire le bonheur de tous les déprimés mais de chacun d'entre eux".



LE MONDE PLUS PROCHE DE VOUS AVEC...

MEGA

MIDDLE EAST AIRLINES AIRLIBAN

L'EXIL EN QUETE DE L'AUTHENTIQUE

PAR A.HOUBBALLAH

Avant d'aborder ce sujet, je voudrais avancer une petite réflexion concernant la notion de stress.

C'est un terme vague qui couvre beaucoup de concepts et dont il sera difficile de limiter à la seule définition : neuro-physio-pathologique, laquelle ne tient pas compte de sa genèse exogène ou endogène. Cette notion est souvent confondue avec la dépression, l'angoisse et l'accès de panique, malgré les liens forts qu'elle entretient avec ses manifestations.

Pour ma part, j'avance une notion qui ne tient compte que du facteur de l'environnement : le stress serait l'expression d'une situation due à une inadéquation entre le temps vécu et la performance exigée pour réaliser une tâche. C'est ce qu'on appelle le stress de la modernité où le rapport du sujet à la société devient de plus en plus surmoïque. La performance est devenue un culte social, une idolâtrie, voire même un idéal où chaque individu essaie de s'y identifier pour assumer une rivalité compétitive. Il est obligé d'accepter le pari ou risque de s'exposer à toutes les incertitudes et les imperfections de sa structure.

Notre rapport au temps est toujours subjectif (c'est une notion acquise dès la première enfance : grâce aux séquences de l'absence et de la présence que le facteur temps devient une mesure de pulsions vitales. Ce temps peut nous apparaître lent, trainant, ralenti, ou au contraire rapide, accéléré, immaîtrisable, provoquant une panique intérieure, autrement dit le stress, alors que le temps lui-même est loin d'être stressé, lent ou accéléré : il est calme, serein, rythmé, toujours fidèle à lui-même, marche à travers les âges sans se soucier de ce qui peut nous arriver, oblige les hommes à se soumettre à sa loi.

Le temps, c'est le destin des hommes.

Ce rapport au temps, avec sa conception qui diffère d'une culture à une autre, ou d'une civilisation à une autre, d'un sujet à un autre, représente la première difficulté de l'exilé face à la modernité. Il doit faire face à une idéologie où le plaisir individuel est devenu un culte et la performance est l'accès nécessaire à la réussite. Le temps vécu de l'exilé ne fonctionne pas de la même manière que l'homme moderne. D'un retard à un autre, il se voit submergé par le passé, incapable d'adapter sa pulsation temporelle à la fonction qu'exige la vie quotidienne.

Le temps vécu pourrait devenir de plus en plus lent, où les minutes et les secondes ne comptent et n'avancent que pour cerner un vide. Le temps est évacué de sa pulsation vitale. Cet état caractérise le vécu dépressif qu'il soit exilé ou non.

L'exilé est à cheval entre la pathologie et le normal. FREUD dans son article "Deuil et mélancolie" a mis la perte de la partie au rang de l'être cher. De ce fait, un processus de deuil se déclenche systématiquement au moment où la terre natale s'éclipse de son champ visual. Son voyage commence dès alors à travers le "site de l'Autre" ou site de l'étrange qui n'est pas son pays, ni le territoire d'accueil ; il est entre les deux mais sur une zone frontrière : où l'un et l'autre de chaque bord se trouve étranger et familier. Il est ni dans le passé, ni dans l'avenir. Le présent est tantôt l'un, tantôt l'autre. C'est un territoire hors géographie, hors temps, une sorte d'espace imaginaire où chacun est à la recherche du temps perdu.

L'exilé est sans cesse pris dans un mouvement de vacillation entre le présent et le passé : toujours en quête d'un semblant qui peut susciter en lui les sensations, les émotions de l'objet authentique. Il est dans un espace où se mêlent le réel et l'imaginaire, dans une combinaison telle que lorsqu'elle est propulsée à l'extrême, il lui serait difficile de faire la part des choses entre l'authentique dans sa référence à l'imaginaire et l'irréel dans sa référence au réel. C'est dans cette dimension qu'apparaît le sentiment d'étrangeté avec tout son contexte clinique où l'objet vacille entre ce réel et cet imaginaire.

Pour illustrer ce phénomène, j'ai trouvé deux expériences citées par BLANCHOT dans le "Livre à venir", p.28 et dont l'une concerne PROUST et l'autre Jean SANTEUIL : toutes les deux évoquent le même phénomène mais dans une orientation différente.

"Cependant, écrit-il, au moins une fois, Proust s'est trouvé devant cet appel de l'inconnu, lorsque, devant les trois arbres qu'il regarde et qu'il ne réussit pas à mettre en rapport avec l'impression ou le souvenir qu'il sent prêt à s'éveiller, il accorde à l'étrangeté de ce qu'il ne pourra jamais ressaisir, qui est pourtant là, en lui, autour de lui, mais qu'il n'accueille que par un mouvement infini d'ignorance".

Ce lieu de l'étrangeté est entre l'authentique et le semblant, il est intimement lié à soi-même et étranger au même temps.

Cette étrangeté correspond à cet instant même où l'homme se trouve subitement face à quelque chose de familier, son image par exemple dans le miroir, avant de pouvoir la reconnaître comme étant la sienne.

BLANCHOT trouve chez SANTEUIL une expérience analogue, mais, par différence à celle de PROUST, elle débouche sur l'exaltation des sensations.

Cela a donc eu lieu là où J.SANTEUIL se promenait, au bord du lac de Genève; il reconnaît dans le paysage la mer de Berquill auprès de laquelle il a séjourné jadis et qui n'était alors qu'un spectacle indifférent.

J.SANTEUIL reconnaît dans ses jaillissements de sensations et de bonheur, non pas le souvenir d'un passé mais celui de la "transmutation du souvenir en une réalité directement sentie". Il en conclut disait BLANCHOT qu'il se trouve là devant quelque chose de très important, une communication qui n'est pas celle du présent ni du passé mais le jaillissement de l'imagination dont le champ s'établit entre l'un et l'autre.

L'exilé en quête de sensations et d'émotions : guette l'ombre d'un arbre, le coin de la rue, le bruit d'un ruisseau, la vue d'une montagne, le souffle d'air frais d'un soir d'été chaud, l'odeur de la campagne, le goût des aliments, etc... quelque chose qui lui rappelle l'authentique qu'il avait connu et qui ressuscite en lui les sensations de cet objet qu'il avait perdu. Mais à chaque fois qu'il fait la rencontre avec ce semblant, il est saisi par l'impression de ne pas être dans le vrai. C'est de cette proximité entre le vrai et le réel que surgit l'inquiétante étrangeté.

Selon FREUD :

- La source.....retour du même toujours
- rapport à la mort avec son ambiguïté et son
- ambivalence
- retour de la conviction de passée
- rapport avec ce phénomène étrange du double

Il est tout à fait important, pour nous, de faire la part des choses entre l'étrangeté et la dépersonnalisation, notion souvent à tort confondue dans l'usage clinique.

FREUD, après avoir été victime d'un malaise devant l'Acropole : où il a éprouvé un sentiment d'étrangeté, fait son analyse de ce phénomène : il considère que si l'étrangeté et la dépersonnalisation appartiennent à la même catégorie, ils ne se rapportent pas au même OBJET.

Le sentiment d'étrangeté représente d'une façon générale une fonction de défense, une mesure que le moi adopte face à quelque chose qu'il voudrait éloigner ou nier.

Or, les défenses peuvent avoir deux objectifs en fonction de leurs sources. Lorsque l'objet à écarter ou à nier surgit à l'intérieur du moi, sous forme de tendances ou de pensées, nous avons affaire à des phénomènes de dépersonnalisation. Alors que par contre, lorsque le monde extérieur réel est la source de cet objet à nier, c'est le phénomène d'étrangeté qui surgit d'autant que cet objet entretient avec le moi des relations très intimes, d'autant plus qu'elles ont un rapport avec la mort.

Le sujet en exil, en quête des semblants de l'authentique, oscille dans un mouvement vertigineux entre l'intérieur et l'extérieur, entre la dépersonnalisation et l'étrangeté proprement dite, entre le normal et la pathologie frôlant de près le territoire de la dépression.

Il doit assumer son pari, et faire face à des épreuves difficiles. Il est devant deux alternatives :

- ou bien il transforme le "Site de l'Autre" en terre du désir et il se réalise en tant que sujet de son être,

- ou bien il succombe au retour du refoulé et rentre ainsi dans le territoire de deuil et mélancolie.

Là, commence notre voyage avec lui, qu'on soit médecin, psychiatre, psychologue ou psychanalyste.

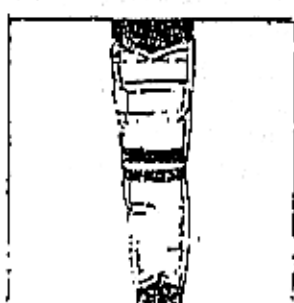
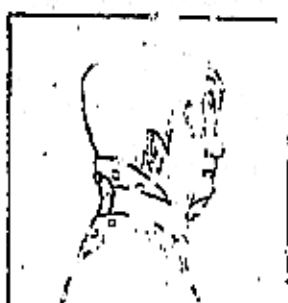
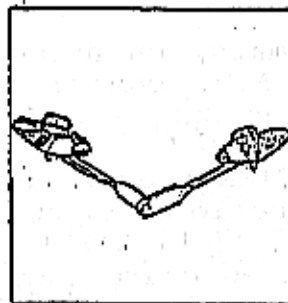


9 rue Léopold Bellan - 75002 PARIS

Tel. (1) 42.33.83.46 - Fax. (1) 42.33 58.99

APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE

Orthèses-Prothèses-Attelles
Chaussures orthopédiques et thérapeutiques
Corsets moulés et lombostats
Appareillage sportif
Semelles orthopédiques



COMPTE-RENDU DES DEUX SOIREEES DU 21 FEVRIER ET DU 26 MARS 1992

Dr E. HADDAD

Dans le cadre des soirées d'enseignement post-universitaire de l'A.M.F.L., nous nous sommes réunis à deux reprises ce premier trimestre 1992.

Le 21 Février, au Méditel, a eu lieu une soirée débat sur le thème du cancer du rectum. Le Pr Alain FARAH, coordinateur du débat, avec les docteurs L.MIGNOT, J.MOSNIER et E.HADDAD, ont passé en revue les nouveaux progrès techniques et thérapeutiques concernant cette maladie. L'échographie endorectale permet d'apprécier de façon assez précise l'importance de l'infiltration pariétale par la lésion, et oriente ainsi les indications thérapeutiques. La chirurgie, par l'amélioration des techniques et du matériel, devient de plus en plus conservatrice ; La radiothérapie pré ou post-opératoire, associée à la chimiothérapie permet de diminuer les récurrences locales et d'améliorer la survie de certains sous-groupes de patients (stades B2 et C). La chimiothérapie est également en plein essor, le "5fluoro-uracile, modulé par l'acide follinique, ou associé à l'interféron ou au levamisole, se révèle très prometteur, certains protocoles de chimiothérapie adjuvante ont même montré une amélioration de la survie chez les patients à haut risque.

Le jeudi 26 mars, en association avec l'U.N.I.M., et grâce à l'institut U.A.P. contre le SIDA, l'A.M.F.L. organisait une rencontre débat sur le thème : "Traitement du SIDA, un défi au praticien de ville".

Le Pr J.FROTTIER nous a retracé l'épidémiologie, l'état de la recherche actuelle ainsi que les nouveaux médicaments concernant cette maladie. Le Dr KIRSTETTER, praticien de ville, spécialisé dans la prise en charge des patients atteints du SIDA, a passé en revue les différentes maladies pouvant survenir au cours de l'évolution de ce syndrome, ainsi que le contact et le suivi des sidéens en ville. Le rôle de la radiothérapie dans le contrôle du sarcome de Kaposi associé au Sida, a été développé par le Dr E.HADDAD ; Ce rôle est assez intéressant étant donné la sensibilité de cette maladie aux radiations, mais il reste limité et surtout palliatif, ne pouvant influencer sur l'évolution du Kaposi, lui même dépendant de l'immunodépression. Le Dr S.TAWIL a clôturé le débat en nous exposant son point de vue sur la prise en charge psychiatrique des patients atteints de Sida.

La soirée se termina comme d'habitude autour d'un excellent buffet libanais.

510 PATIENTS TRAITES UN AN AVEC LA TIANEPTINE

COMMUNICATION PRESENTÉE PAR T. BROCHIER

L'action antidépressive et anxiolytique de la tianeptine a été évaluée au cours de nombreuses études contre divers produits de référence.

La présente étude coordonnée par le Professeur LOO visait à traiter durant une période d'un an plus de 300 patients déprimés. Elle avait pour but d'évaluer le maintien de l'efficacité thérapeutique, son action dans la prévention de la survenue des rechutes et des récurrences dépressives et d'estimer l'acceptabilité clinique et paraclinique lors d'une prescription au long cours de la tianeptine.

Patients et méthodologie - Sélection des patients

Il s'agissait d'hommes ou de femmes âgés au moins de 18 ans, présentant un état dépressif défini selon le DSM III comme : soit un épisode dépressif majeur isolé (296.22) ou récurrent (296.32), soit un trouble dysthymique (300.40). L'intensité de la dépression devrait être au minimum de 25 à l'échelle de MONTGOMERY et ASBERG et nécessiter une chimiothérapie antidépressive.

Les principaux critères d'exclusion

- . Les dépressions majeures avec mélancolie ou caractéristiques psychotiques étaient exclues.
- . Les patients devraient être sevrés depuis 15 jours d'un traitement par IMAO et depuis 7 jours d'un antidépresseur non IMAO. Ils ne devraient prendre ni barbituriques, ni régulateurs d'humeur (lithium, carbamazépine, valpromide), ni triazolobenzodiazépines (alprazolam, triazolam, estazolam) en raison de leurs éventuelles propriétés antidépressives.

Le déroulement de l'étude

L'étude a eu lieu en ouvert. Cent cinquante sept psychiatres exerçant en ville et/ou à l'hôpital y ont participé. L'inclusion du patient était précédée d'une période de placebo de 4 à 7 jours afin d'exclure les patients placebo-répondeurs rapides. Le traitement usuel était de 3 comprimés par jour.

Les critères d'évaluation

Les patients inclus ont eu un premier bilan d'évaluation après 14 jours, puis après 1, 3, 6, 9, 12 mois de traitement. Enfin, 8 jours après la dernière prise de tianeptine, un bilan recherchait des signes éventuels liés à l'interruption du traitement.

Lors de chaque bilan, les cliniciens devaient évaluer leurs patients à l'aide des trois items de la Clinical Global Impression (C.G.I.), de la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (M.A.D.R.S.) et de l'Hamilton Anxiety Rating Scale (H.A.R.S.). L'Hopkins Symptom Check-List (H.S.C.L.) devait être remplie par le patient lui-même. Enfin, la Check-List Evaluation Somatic Symptoms (C.H.E.S.S.84) a permis un recueil des plaintes exprimées par les patients avant traitement et après 1, 6 et 12 mois de traitement.

Les résultats

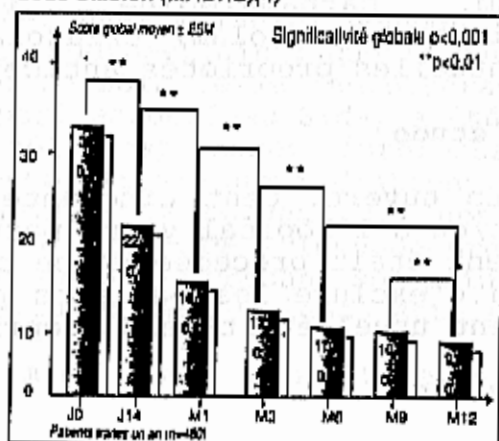
1 - Le maintien de l'efficacité antidépressive

L'évolution du score global moyen de la M.A.D.R.S. des patients traités un an objective une amélioration rapide dès le 14e jour ($p < 0,01$), se prolongeant par rapport au temps précédent jusqu'au 6e mois ($p < 0,01$). Cette amélioration a été associée à une réduction de 51 % du score global moyen initial après un mois de traitement. L'amélioration cliniquement constatée entre d'une part les 6e et le 12e mois et d'autre part les 9e et 12e mois a été également confirmée par une différence significative ($p < 0,01$). (Fig.1)

Le même profil évolutif est retrouvé pour l'évolution du score global moyen de l'échelle d'anxiété de HAMILTON. L'amélioration, nette dès le 14e jour ($p < 0,01$) c'est prolongée jusqu'au 6e mois ($p < 0,01$) par rapport au temps précédent. Une amélioration encore significative ($p < 0,01$) est également retrouvée entre le 9e et le 12e mois de traitement.

Au total, cette étude portant sur l'observation de 510 patients traités un an a permis de confirmer le maintien de l'efficacité au long cours de la tianeptine.

Amélioration des troubles dépressifs sous Stablon (MADRS)(4)



2 - Rôle de la tianeptine dans la prévention des rechutes et récurrences dépressives

Afin d'évaluer le taux de rechutes et récurrences dépressives sous tianeptine, seul ont été retenus les patients déprimés sans alcoolisme surajouté et ayant initialement répondu favorablement au traitement antidépresseur (n=783).

Ainsi ont été exclus les patients déprimés avec alcoolisme surajouté (n=277) et les patients ayant interrompu leur traitement pour inefficacité / aggravation (n=171 ; 17,9%).

Le taux de rechutes dépressives a été évalué au cours des 6 premiers mois de traitement. Ce taux représente, d'une part, les patients ayant interrompu l'étude pour rechute dépressive et, d'autre part, ceux ayant présenté à M3 et/ou M6 un score à la M.A.D.R.S. ≥ 25 (critère initial d'inclusion).

En théorie, la récurrence dépressive ne peut s'affirmer que chez un patient ayant présenté une guérison stable. Pour répondre à cette définition, le patient devrait avoir un score à la M.A.D.R.S. ≤ 12 , lors des bilans des 3e et 6e mois de l'étude. Parmi les patients, encore présents au terme de 6 mois de traitement, 244 répondaient à ce critère. Dans ce groupe, le taux de récurrences sur les 6 mois de traitement ultérieur est estimé, d'une part, à l'aide des patients ayant interrompu leur traitement pour récurrence dépressive et, d'autre part, à l'aide de ceux ayant présenté à M9 et/ou M12, un score à la M.A.D.R.S. ≥ 25 .

Rechutes dépressives

Au cours des 6 premiers mois de traitements sur les 783 patients déprimés ayant initialement répondu au traitement, 87 (11,1%) ont interrompu l'étude pour rechute dépressive et 85 (10,9%) ont eu un score ≥ 25 à la M.A.D.R.S. lors des bilans des 3e et/ou 6e mois. Ainsi, pour 22 % des patients, il s'agit, selon la définition retenue, d'une rechute dépressive. Le taux de rechute est comparable aux résultats observés dans la littérature (1) (2) (3).

Rechutes et récurrences dépressives de l'ensemble des patients

Critère	Rechutes dépressives n = 783	Récurrences dépressives n = 244
Arrêts pour rechutes ou récurrences	11,1 %	3,3 %
Score à la MADRS ≥ 25	10,9 %	3,7 %
Total	22 %	7 %

Récurrences dépressives

Parmi les patients traités 12 mois et ayant un score de 12 à la M.A.D.R.S. lors des bilans du 3e et 6e mois (n=244), 17 patients (soit 7 %) ont répondu à la définition de récurrence dépressive.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans la littérature sur des périodes de suivi identique (4) (5).

Conclusion

Cette vaste étude, ayant permis de traiter 510 patients un an par tianeptine, a permis de confirmer :

- le maintien de l'efficacité antidépressive de la tianeptine au long cours,
- l'excellente acceptabilité tant clinique que biologique de la tianeptine,
- enfin, le rôle de la tianeptine dans la prévention des rechutes et plus encore des récurrences qui mérite d'être confirmé au cours d'une étude contrôlée versus placebo.

APPEL

Pour venir en aide aux enfants victimes du SIDA, les LION'S Clubs de France organisent le 13 et 14 Juin prochain :

"LA GRANDE KERMESE DE L'ESPOIR"

sur la pelouse de St Cloud (Paris 16°)

N'oublions pas tout ce que les LION'S Clubs ont fait pour le LIBAN, et en particulier, le Lion's Club "Paris Panthéon-Saint Victor", fondé en 1988 par notre amie dévouée Yvette TURPIN.

Les membres de l'Association Médicale Franco-Libanaise se doivent de répondre à cet appel, en s'y associant étroitement par leurs dons et leur présence, à cette kermesse, contribuant ainsi au succès de cette belle action humanitaire.

Chèque libellé à l'ordre de :

Fondation de France
Compte : 600381

et adressé à :

Michel CLAUSMANN
77 avenue de Saint Mandé
75012 PARIS

COMPTE-RENDU DU SEMINAIRE SUR LE THEME : STRESS ET DEPRESSION

J.M. ALBY

Le stress, anglicisme que nous avons renoncé à traduire, signifie à la fois dans le langage commun la cause, agression interne ou externe vis à vis de l'organisme et la réaction de celui-ci à ce choc, réaction aspécifique qualifiée de syndrome d'adaptation avec sa séquence alarme, résistance et épuisement correspondant à la mise en oeuvre des neuromédiateurs mais aussi de la mobilisation des affects, des représentations avec leurs connotations émotionnelles, bref, de l'ensemble de la vie psychique.

L'organisme peut être lui-même dépassé soit par l'intensité du stress, soit un défaut de métabolisation mettant en jeu la qualité de la régulation neuropsychique. Cette situation peut aboutir à initier un trouble de l'humeur, une régression, la mise en oeuvre de formations réactionnelles mais nous sommes déjà dans l'histoire du sujet, la référence à ses origines, à sa singularité.

Permettez-moi, amis libanais, une référence à "La Maison absente" de Gérard KHOURY, ouvrage analysé avec une grande sensibilité par Solange FASQUELLE. L'auteur, exilé de son pays ravagé, vit tragiquement sa double appartenance à la faveur d'un reportage qui la confronte à la réalité du drame, de la proposition de son frère, resté au pays, de faire disparaître les ruines de la maison de son enfance pour vendre le terrain. Son identité est menacée, son écrit paraît être une tentative désespérée de restaurer une image de soi.

U.N.I.M.

LEADER DE L'ASSURANCE DES PROFESSIONS DE SANTE. 55000 ADHERENTS.

DEMANDEZ UN AUDIT GRATUIT DE L'ENSEMBLE DE VOS CONTRATS

- §- AUTOMOBILE
- §- RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE.
- §- MULTIRISQUES PRIVEES ET PROFESSIONNELLES.
- §- COMPLEMENTAIRE-MALADIE.
- §- PREVOYANCE

L'UNION NATIONALE POUR LES INTÉRÊTS DE LA MÉDECINE

ASSURANCES MEDICALES DE L'ILE DE FRANCE Christophe DÉAL

11, rue de Londres 75009 PARIS - Tél. : 42 81 38 40 - Fax : 42 81 11 76

LE DEPRIME, CE CONTAGIEUX

PAR CHAWKI AZOURI

Dans trois bandes dessinées par FRANQUIN, on voit Gaston Lagaffe et Jules essayer à tout prix de "sortir" leur ami Bertrand d'une très forte "déprime". Au bout du compte on voit que ce ne sont pas Gaston et Jules qui réussissent à transmettre leur bonne humeur à leur ami Bertrand mais plutôt ce dernier qui réussit à transmettre son humeur triste à ses deux compères.

Alors que Gaston et Jules veulent à tout prix montrer à Bertrand la beauté et la gaieté du paysage, ce dernier, triste, ne remarque que les hérissons écrasés au bord de la route. Quand le soufflé au fromage préparé par Gaston et Jules pour stimuler l'appétit éteint de Bertrand se dégonfle et tombe, on voit alors la tristesse envahir le visage de Gaston et Jules.

Le déprimé est contagieux. Il transmet sa tristesse parce que sa tristesse est l'effet d'un regard sans complaisance qu'il porte sur lui-même. Il se voit dans sa petitesse face à la prédominance de l'Autre. Il n'est rien sans l'Autre. Il est le déchet de l'Autre. On voit Bertrand, l'ami de Gaston recroquevillé sur lui-même dans une poubelle, identifié au déchet.

Cette vérité à laquelle accède le déprimé est contagieuse. Elle fait sur nous l'effet d'un retour du refoulé. Nous ne supportons pas de voir sur nous cette vérité qui nous rappelle la nôtre et nous détournons le regard.

Au contraire, l'hypomanie nous attire et nous recherchons la compagnie de l'hypomane qui nous fait oublier, qui nous permet de fuir devant la vérité que nous rappelle le déprimé. Voilà pourquoi nous ne supportons pas la dépression chez l'autre.

Du médecin au psychanalyste, de la prescription immédiate à la "contre-indication" posée par l'analyste, le thérapeute ne veut rien savoir de ce que dit le déprimé.

Présentée hors de son contexte audiovisuel et des commentaires "in vivo" cette communication perd une grande partie de son charme et de sa pertinence. Le Dr AZOURI a cependant accepté de nous en faire parvenir ce résumé (N.D.L.R.).

QUELQUES REFLEXIONS SUR LA DEPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT

PAR Philippe MAZET

Au cours de cette réunion consacrée à l'abord du thème "Stress et Dépression", il apparaît intéressant de s'arrêter quelques instants sur la spécificité et les particularités de la dépression chez l'adolescent.

A cette phase de l'évolution psychologique du sujet, on peut voir tous les aspects cliniques de la dépression, y compris ceux qu'on observe plus tard à l'âge adulte, notamment un tableau d'état dépressif majeur par exemple celui d'une mélancolie délirante.

De la même façon, le contexte dans lequel survient l'état dépressif peut être celui d'une psychose maniaco-dépressive dont on sait que à l'adolescence la première manifestation peut être celle d'une bouffée délirante polymorphe avec alternation de l'humeur, ou bien celui de conflits névrotiques ou d'une réaction à un événement ayant la signification d'une perte majeure pour l'adolescent. De manière plus générale, l'adolescence n'est-elle pas souvent marquée par l'existence de moments dépressifs qui bien-entendu ne sont pas des états dépressifs proprement-dits mais qui traduisent le travail de deuil propre à cette période et lié à la perte des "objets infantiles" à travers la nécessité de se séparer ou tout au moins de renoncer à un certain type de relation avec ses parents, avec les adultes en général d'ailleurs, à travers le changement dans les plaisirs et les projets, à travers aussi la nécessaire confrontation à la réalité et à la prise de conscience progressive de ses limites, à tout le travail de désillusion, de désidérialisation de soi mais aussi de ses propres parents, travail de deuil qui entraîne à certains moments des sentiments de vide, de solitude, de dévalorisation, voire d'authentiques sentiments dépressifs que le recours à l'agir peut évidemment venir tenter de combler.

En effet, ce recours à l'agir, c'est-à-dire à une expression comportementale ayant volontiers une dimension de décharge, motrice notamment, caractérise volontiers les conduites d'un adolescent luttant contre les sentiments de malaise psychique notamment des sentiments dépressifs. Cela peut se traduire dans la vie quotidienne par différents comportements (bagarres, disputes, "cuites", "sécher le lycée", sorties ou balade ou voyage impromptus, ou bien encore modification brutale de l'apparence physique, par exemple au niveau de l'habillement ou des cheveux, etc...).

Ces comportements peuvent, au sein des relations de l'adolescent avec les adultes comme avec ses pairs, revêtir une véritable forme de stratégie interactive poussant l'autre à réagir, avec parfois une certaine dimension de provocation dont on voit bien les risques d'entraîner l'adolescent et son entourage dans une espèce d'escalade de conduites agies.

Mais l'agir peut se manifester par des conduites plus caractérisées éventuellement plus problématiques, voire inquiétantes, ayant comme fonction de mettre à l'écart les affects et les pensées dépressives. Certains affrontements verbaux ou physiques, violents, répétés, posant problème. Certaines conduites de consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes ou bien-entendu de drogues illicites, certaines conduites boulimiques ou anorexiques sévères, certaines fugues ou conduites "anti-sociales" où la dimension de passage à l'acte peut être très présente ou bien encore certaines conduites à risque génératrice par exemple d'accidents, et bien-entendu des conduites suicidaires.

Ce qui est évidemment important au-delà de toutes ces conduites marquées par l'expression comportementale et l'agir, est la reconnaissance de la problématique dépressive sous-jacente et d'un travail d'aide et d'accompagnement psychologique de l'adolescent à ce niveau. Bien-entendu, là encore le travail avec l'entourage familial est particulièrement important. Ce qu'il y a lieu de noter, c'est la fréquente efficacité de certains abords thérapeutiques brefs, par exemple de quelques consultations thérapeutiques ou thérapies brèves, ou bien encore de certaines modalités particulières de prises en charge de l'adolescent comme psychodrame.

APPEL DE COTISATIONS

=====

La cotisation est un gage d'engagement personnel et d'indépendance collective.

Elle est indispensable au fonctionnement régulier des institutions associatives.

C'est grâce à l'implication financière de ses membres que l'A.M.F.L. a pu développer ses activités, et garder son autonomie de décision et d'engagement.

Le bilan financier de l'association est publié de façon régulière lors des réunions publiques ainsi que dans MEDILIEN.

La cotisation est fixée à :

Interne, Etudiant : 250 Francs

Praticien Hospitalier et Libéral : 500 Francs

Membre bienfaiteur : 500 Francs

Un reçu fiscal sera délivré dès réception.

Chèque à libeller à l'ordre de l'A.M.F.L.

Adresser à : A.M.F.L.

B.P.54 , 92204 Neuilly sur Seine Cedex

BLOC - NOTES

Pour tout article ou annonce à insérer dans le MEDILIEN

écrire ou contacter : Abdel Rahim HIJAZI
129 Allée le Verdier
42155 Saint Léger Sur Roanne

Tél : 77.66.80.02

Chawki AZOURI, psychiatre psychanalyste installé à Paris continue sur sa lancée et publie dans la collection FLASH MARABOUT, un instantané dont le titre est déjà fortement évocateur : La psychanalyse.

La préhistoire et la naissance de la psychanalyse. La conception freudienne ou du psychisme, l'approche psychanalytique, les écoles, la pratique et la formation de l'analyste, sont abordés de façon thématique qui rend ce sujet, si méconnu, compréhensible par tous. Un livre destiné aussi bien à ceux qui ignorent la psychanalyse qu'à ceux qui la fréquentent ou la pratiquent.

Bravo !

CHANGEMENT D'ADRESSE

* Dr Yann Hani KANAAN, neurologue :
61, avenue Marceau 75116 Paris
Tél : 40/70/05/00 ou 47/20/66/85

* Dr Richard N. ZALLOUM :
24, rue Cluseret 92150 Suresnes
Tél : 45/06/24/13

* Dr Nadim MERHEB, gynéco-obstétrique :
12, rue Hale Saint-Marc 78540 Vern
Tél : 39/71/17/28

* Dr Antoine KAZZI, radiologue :
33, avenue Jean Baptiste Bulot 03200 Vichy
Tél : 70/59/92/16

* Dr Jean-Jacques MOURAD :
10, rue de Belfort 92600 Asnières
Tél : 47/93/86/16

* Dr Nabil RIZK :
18, bis allée Henri Barbusse 93190 Livry Gargan
Tél : 43/81/44/75

* Le docteur Emile ANDARI, endocrinologue, installé précédemment à Menton, nous fait part de son installation définitive à Jounieh.

Bonne chance.

* Roland ANHOURY, chargé de cours à la faculté de pharmacie, traducteur de textes médicaux en français arabe et anglais (et vice-versa) communique sa nouvelle adresse :
6 cour Saint-Eloi
75012 Paris

INSTALLATION

Le Dr Jacqueline KHOBER-ABBOSH, neuro-psychiatre, psychothérapeute pour enfants et adolescents consulte sur rendez-vous : 8 bis, chaussée de la muette 75016 Paris
Tél : 46/47/47/01

DECES

Les familles Abou Zeid, Abou Did, Daoud, Francis, Bousanayeh, Feghali et Kassar ont la douleur de nous faire part du décès de Madame Laure ABOU ZEID survenu le 13 Février 1992, à Créteil.

Nous avons appris avec tristesse le décès, à Paris le 16 Mars 1992, de Madame Sirarpie BAYADJIAN, mère de notre confrère le Dr Aharon BAYADJIAN et tante de notre confrère le Dr Kegham Der Sarkissian.

Nous avons la tristesse d'apprendre le décès, survenu à Beyrouth, le 28 Février 1992 de Joseph Michel PHARES, père de nos confrères André PHARES et Arlette TAWIL.

La rédaction présente ses sincères condoléances aux familles amies

NAISSANCE

Le Docteur et Madame GHATTAS DAOUID sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille KAREN le 14 avril 1992.

** Assistante médicale cherche à louer 3 pièces, région parisienne, bonnes références. Contacter Dr GHOLAM DIMITRI.
Tél : 47/85/83/35

** Paris 10° SCM en formation, beaux locaux, bien situés, recherche chirurgien, médecins spécialistes (sauf gastro. et dermato.), poss. LAM, Radio., MG, dentiste (branchements prévus), et paramédicaux. Sans apport de capital. Tél : 47/30/33/27 ou écrire au Dr Toni RAHME 6, rue Jules Ferry. 92300 LEVALLOIS-PERRET.

NOTA BENE NOTA BENE NOTA BENE

Un dîner-rencontre est prévu le samedi 20 Juin 1992 à Creil au domicile du docteur Nassif KARKMAZE.

Les membres de L'A.M.F.L. résidant dans la région Nord-Pas-de-Calais, ainsi que les lauréats de la faculté de médecine d'Amiens, sont cordialement invités.

Pour tout renseignement et inscription, prière de s'adresser au Dr Hassan TARRAF. Tél : 44/24/41/30

Le premier congrès annuel de l'A.M.F.L. se tiendra cette année à Nice le 30 Mai 1992 (Week-end de l'Ascension). Plusieurs membres de l'association ont déjà réservé leurs places. Nous ne pouvons que conseiller aux adhérents de confirmer rapidement leur inscription. Ceux qui n'ont pas reçu le programme, peuvent le demander directement à l'A.M.F.L.

Nouvelle adresse A.M.F.L.

B.P. 54

92204 NEUILLY SUR SEINE CEDEX

MATERIEL MEDICO-CHIRURGICAL * PARA-MEDICAL



URGENCE

en

confiance

- Import-Export
- Remise 10% adherents AMFL - UNIM
- Contacter Mr AZAR