

“Médecine, Psychothérapie et Transmission Culturelle”

15 – 17 Octobre, 2015

Monroe Hôtel – Beyrouth, Liban



Table de Matières

L'idée du congrès.....	4
Tabyeen	5
Agenda	6
Mot d'ouverture:.....	12
Jour 1	15
Introductions.....	16
Séance I.....	24
Séance II.....	45
Séance III.....	62
Séance IV	71
Jour 2	110
Séance I.....	111
Séance II.....	121
Séance III.....	136
Séance IV	160
Séance V.....	200
Jour 3	220
Interventions manquées:.....	274
Intervention d'Imane Chahine	274
Intervention de Mahmoud Chahine.....	276
Intervention de Dr. Frem.....	279
Presentation de Dr Abbas Makke	283
Annexes	292
Annexe 1 :	293
Annexe 2 :	310

L'idée du congrès

Notre congrès fait suite à celui de Marrakeche 2012. Il poursuit les objectifs du WCP (la santé mentale est incluse dans la santé globale) et la psychothérapie se doit d'assimiler les acquis des recherches médicales, neurologiques, pharmacologiques et celles de la psychopathologie fondamentale afin de comprendre le message du symptôme (sens et fonction) et pour l'être vivant et pour les systèmes dans lesquels ce « vivant » porte en lui les fossiles de son passé et l'angoisse de son avenir. Le congrès aspire à jeter un regard sur les systèmes infiniment grands et lointains (le transgénérationnel) et l'infiniment petit et proche (le baquet des différents transferts -marques du passé).



Tabyeen est un centre de recherche et de formation en psychothérapie «analytico-systémique et intégrative». Sa conception théorique de base est la psychopathologie fondamentale et les théories des systèmes. Tabyeen est membre associé à l'EFTA et ses activités scientifiques sont en large coordination avec l'institut d'étude de la famille et des systèmes humains (IEFSH) à la base d'un programme de formation élaboré par Mony Elkaim (président d'IEFSH) et Abbas Makke (président de Tabyeen fondé en 2009). Les activités de Tabyeen couvrent le Liban et les pays arabes du Machreque. Le programme de formation de Tabyeen s'étale sur 4 ans:

- Deux ans de psychothérapie de groupe pour débloquer les problèmes de communication et préparer à la thérapie individuelle et à la supervision (12 heures par mois)
- Deux ans de supervision des cas individuels et institutionnels qui seraient présentés comme mémoire de 5 cas soutenu devant un jury de Tabyeen et d'IEFSH (12 heures par mois)
- Un séminaire mensuel donné par Abbas Makke “concept” le premier mercredi du mois (4 heures) qui porte sur les concepts de la psychopathologie fondamentale, la psychanalyse et les théories des systèmes.

Tabyeen et ABAAD continuent leur coopération visant à concrétiser les objectifs du WCP adoptés par les sociétés de thérapie à l'échelle mondiale. Le comité scientifique du congrès de Beyrouth (2015) a décidé de publier les textes des intervenants. On a décidé d'organiser un colloque d'une journée à Beyrouth, octobre 2017, sous le thème : la psychothérapie au service des activités des ONGs.

Un Congrès aura lieu en octobre 2018 sous un thème liant la thérapie à l'écologie, l'environnement, et les sciences du vivant dans notre monde arabe : Beyrouth se doit de devenir un centre de coordination des actions du WCP au Machreque.

-Agenda

"Medicine, Psychotherapy and Cultural Transmission"

Ladies and gentlemen, speakers and participants, welcome to our scientific activities.

Scientific Committee and President of the Conference

Mesdames et messieurs, intervenants et participants, bienvenus à nos activités scientifiques.

Comité scientifique et Président du congrès

SCIENTIFIC COMMITTEE

Honorary President of the Scientific Committee:

Professor **Mony EIKAIEM**

President of the IEFISH, President of the EFTA (European Family Therapy Association) and vice president of the WCP, Europe representative – Belgium

President of the Scientific Committee:

Professor **Antoine BOUSTANY**

President of the Lebanese Order of Physicians. Psychiatrist - Lebanon

Members of the committee:

Professor **Ahmed BAYDOUN**

Professor of neurology – AUB (American University of Beirut)

Founder of the Lebanese society of Epilepsy - Lebanon

Professor **Charles BADDOURA**

Psychiatrist - President of the Arab Federation of Psychiatrists

Teaching professor of Psychiatry - Psychiatric Hospital of the Cross (HPC) - Lebanon

Professor **Marc JABER**

President of the French Association of Ethnic Medicine - Associate Professor at the Faculty of Medicine of Paris - state council member

Professeur **Kamal RADDAOUI**

Psychiatre - Psychotherapeute Professeur De Psychiatrie

Vice- President Du Conseil Mondial De Psychotherapie

Membre Et Fellow De L'Association Americaine De Psychiatrie

Dr. **Adel AKL**

Psychiatrist - Psychoanalyst - Co-founder of the Lebanese society of Psychoanalysis - Lebanon

Professor **Abbas MAKKE**

Vice President of the WCP - President of the SPPC - Founder and President of TABYEEN - Lebanon

President of the Conference:

Professor **Abbas MAKKE**

Vice president of the WCP - President of the SPPC - Founder and president of TABYEEN - Lebanon

ORGANIZING COMMITTEE

Marie Nasr MAALOUF - Infomed

Project manager

Rony N. ABOU DAHER - TABYEEN

Responsible of the scientific activities coordination

www.psymedconf.com - Facebook Group: Psymed Conference

"Médecine, Psychothérapie et Transmission Culturelle"



Thursday - October 15 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL A
08:30 - 09:30			
OPENING SESSION / SÉANCE D'OUVERTURE			
<p>Presentation of the Speakers and the Program Présentation des orateurs et du programme</p> <p>Prof. Abbas MAKKE President of the Congress - President of the SPPC - Founder and President of TABYEEN Vice President of the World Council of Psychotherapy</p> <p>Word of the President of the Scientific Committee of the Congress Mot du président du comité scientifique du congrès</p> <p>Prof. Antoine BOUSTANY President of the Lebanese Order of Physicians</p> <p>Word of / Mot du</p> <p>Prof. Adnan ElSayed HUSSEIN President of the Lebanese University</p> <p>Word of / Mot du</p> <p>Prof. Mouin HAMZE General Secretary of the National Council for Scientific Research - CNRS, Lebanon</p> <p>Word of / Mot du</p> <p>Prof. Alfred PRITZ President Of The World Council Of Psychotherapy</p> <p>Word of / Mot du</p> <p>Prof. Mony ELKAÏM Honorary President of the Congress - Representative of Europe World Council of Psychotherapy Former President of Family Therapy European Association - President IEFSSH - Bruxelles</p>			
09:30 - 11:45			
PLENARY SESSION / SESSION PLENIÈRE			
<p>President of the Session: Prof. Abbas MAKKE Moderator: Wassil BOUDJI</p> <p>09:30 - 10:00</p> <p>From Avicenna to Averroes to a Fundamental Psychopathology D'Avicenne à Averroès vers une Psychopathologie fondamentale</p> <p>Prof. Mareike WOLF FEDIDA University Paris Diderot - Paris 7, France</p> <p>10:00 - 10:30</p> <p>The Clinical Case / Le cas clinique</p> <p>Prof. Daniel WIDLOCHER - Psychiatrist - Psychoanalyst - Salpêtrier Hospital, France</p> <p>10:30 - 11:00</p> <p>Transcultural Dimension of Psychotherapy La dimension transculturelle de la psychothérapie</p> <p>Prof. Kamal RADDAOUI - WCP - Maroc</p> <p>11:00 - 11:30</p> <p>Observations in Ethnopsychiatry / Observations en Ethnopsychiatrie</p> <p>Prof. Marc JABER President of the French Association of Ethnic Medicine Associate Professor at the Faculty of Medicine of Paris - State Council Member</p> <p>11:30 - 11:45</p> <p>Question and Answer / Question et Réponse</p> <p>11:45 - 12:00</p> <p>Coffee Break / Pause Café</p>			

"Medicine, Psychotherapy and Cultural Transmission"

Thursday - October 15 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL A
12:00 - 13:35			
SYMPOSIUM / SYMPOSIUM			
<p>President of the Session: Mareike WOLF FEDIDA Moderator: Rony ABOU DAHER</p> <p>12:00 - 12:20</p> <p>History of Classifications in Psychiatry and Institutions in the Arab World Histoire des classifications en psychiatrie et des institutions dans le monde Arabe</p> <p>Charles BADDOURA MD, PhD - HPC</p> <p>12:20 - 12:40</p> <p>New Techniques in Psychotherapy Based on Cultural Developments Nouvelles Techniques en Psychothérapie en fonction des Développements culturels</p> <p>Adel AKL MD, PhD - USJ</p> <p>12:40 - 13:00</p> <p>Anorexia Nervosa: Psyche and Soma / L'anorexie Mentale: Soma et Psyché</p> <p>Dr. Sleiman JARI - Professor of Medicine at the Lebanese University</p> <p>13:00 - 13:20</p> <p>Towards a Bio-Psychosocial Approach: Reform of the Mental Health System in Lebanon Vers une approche bio-psychosociale: Réforme du Système de Santé Mentale au Liban</p> <p>Rabih Chammai MD, PhD Director of the National Program For Mental Health, Ministry Of Health, Lebanon</p> <p>13:20 - 13:35</p> <p>Question and Answer / Question et Réponse</p> <p>13:35 - 14:35</p> <p>Lunch Break / Pause Déjeuner</p>			
14:35 - 17:00			
WORKSHOP 1 / ATELIER 1			
<p>14:35 - 15:15</p> <p>The Experience of Creativity (simulation) / L'expérience de la créativité (simulation)</p> <p>Prof. Mony ELKAÏM - MD, PhD - WCP - Bruxelles</p> <p>15:15 - 15:35</p> <p>TABYEEN - IEFSSH</p> <p>Itinerary and Content of the Training Program TABYEEN (Lebanon) - IEFSSH (Belgium) Itinéraire et contenu du programme de formation à TABYEEN (Liban) - IEFSSH (Belgique)</p> <p>Yousra ELHAGE Psychologist and Psychotherapist (Individual, Couple and Family); Trainer to TABYEEN (Beirut); Associate Member of the IEFSSH (Brussels)</p> <p>Malake ELJOUAYDE Master II en Psychologie du travail- Psychologist in Institutions</p> <p>15:35 - 15:45</p> <p>Question and Answer / Question et Réponse</p> <p>15:45 - 16:00</p> <p>Coffee Break / Pause Café</p> <p>Start of the parallel program in hall B P6 / Début du programme au hall B P6</p> <p>16:00 - 16:20</p> <p>ABAAD</p> <p>From Restoring Dignity to Saving Lives: Mental Health, the Pulse of Feminist Activism</p> <p>Ghida ANANI - ABAAD Founder & Director Marie-Adel SALEM KHOURY - ABAAD MHPSS Technical Advisor</p> <p>16:20 - 16:30</p> <p>Question and Answer / Question et Réponse</p>			

"Médecine, Psychothérapie et Transmission Culturelle"



Thursday - October 15 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL A
16:30 - 16:50	IMC Systems Thinking in Mental Health - IMC Model in the ME Dr. Mohammed EISHAZLY Regional Mental Health and Psychosocial Support Advisor - Middle East		
16:50 - 17:00	Question and Answer / Question et Réponse		
WORKSHOP 2 / ATELIER 2			
17:00 - 17:15	The Systemic and the Analytico-Systemic Approach Practice Le systémique et l'analytico-systémique en application Rony ABOU DAHER - TABYEEN		
17:15 - 17:30	Coordination Between Psychiatrist and Psychotherapist at the Hospital Coordination entre Psychothérapeute et psychiatre à l'hôpital Eliane ABI RACHED - TABYEEN		
17:30 - 17:45	Offering Dignified Palliative Care Services in Lebanon: The Continuous Interplays of Latest Medical Interventions and Analytic - Systemic Dimensions Les services de soins palliatifs au Liban : L'interaction continue entre les interventions médicales récentes et les dimensions analytico - systémique Michel KHOURY MD - TABYEEN		
17:45 - 18:00	Psychotherapy for Women Survivors of GBV Psychothérapie des femmes battues et abusées Gisèle NADER - TABYEEN		
18:00 - 18:15	Psychotherapy for Children with Difficulties Psychothérapie des enfants difficiles Ellana KAI - TABYEEN		
18:00 - 18:15	Couple Psychotherapy / Psychothérapie du couple Rita JREIJIRI - TABYEEN		
18:30 - 18:45	Question and Answer / Question et Réponse		

"Medicine, Psychotherapy and Cultural Transmission"

Thursday - October 15 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL B
UL FACULTY OF PUBLIC HEALTH / UL FACULTÉ DE SANTÉ PUBLIQUE			
16:00 - 17:00	RELATIONAL PSYCHOSOMATIC: A NEW MULTIDISCIPLINARY PERSPECTIVE AND RELATIONAL ISSUES BETWEEN THE PSYCHE AND THE SOMA La psychosomatique relationnelle: Une nouvelle perspective pluridisciplinaire et des enjeux relationnels entre la psyché et le soma Dr. Joelle HAROUN - Professor at the Lebanese University		
16:20 - 16:30	Question and Answer / Question et Réponse		
16:30 - 16:50	THE PATH TO FREEDOM / LE CHEMIN VERS LA LIBERTÉ Wadih NASSOUR Member of the Executive Committee of the Syndicate of Psychotherapists in Lebanon Founder of Phoenix Association		
16:50 - 17:00	Question and Answer / Question et Réponse		
WORKSHOP 3 / ATELIER 3			
17:00 - 17:20	Creativity and Symbolic Reconstruction: Psychosocial Interventions in Armed Conflicts Créativité et reconstruction symbolique: Interventions psychosociales dans le contexte de conflits armés Karim DAKROUB - TABYEEN Marie-Adèle KHOURY - TABYEEN Ibrahim ABOU KHALIL - TABYEEN		
17:20 - 17:30	Question and Answer / Question et Réponse		

"Médecine, Psychothérapie et Transmission Culturelle"



Friday - October 16th, 2015

Scientific Program / Programme Scientifique

HALL A

08:00 - 10:15	
CONFERENCE 1 / CONFÉRENCE 1	
08:00 - 08:30	President: Prof. Abass MAKKE Psychotherapy and Pharmacology Psychothérapie et pharmacologie Prof. Kamal RADDAOUI - WCP - Member & Fellow of the American Psychiatric Association - Maroc
08:30 - 09:00	Fundamental Psychopathology, History and Key Concepts Psychopathologie fondamentale, histoire et concepts clés Prof. Mareike WOLF FEDIDA
CONFERENCE 2 / CONFÉRENCE 2	
09:00 - 09:30	President: Prof. Ahmad BEYDOUN Analytico-Systemic Model / Modèle Analytico-systémique Prof. Abbas MAKKE
09:30 - 10:00	Psychotherapeutic Observations of a Pulmonologist Psychothérapeutic observations of a pulmonologist Prof. Marc JABER
10:00 - 10:15	Question and Answer / Question et Réponse
10:15 - 10:30	Coffee Break / Pause Café
INSTITUTIONS / INSTITUTIONS	
10:30 - 11:10	ADVANCE SCHOOL EPILEPSY at School / EPILEPSIE au milieu scolaire Arlette Hunein NAIM Dr. Yaman MAKKE Start of the parallel program in hall B P9 / Début du programme au hall B P9
11:10 - 11:30	From the Institution of the Family to the Educational Institution: A Working Paradoxes Relationship Between the Education and Mobilization of Parental Power De l'institution familiale à l'institution scolaire: Un travail des paradoxes entre le relationnel éducatif et la mobilisation du pouvoir parentale Dr. Nayla KARROUM
11:30 - 11:50	HIMAYA Himaya's Case Management for Child Protection: A Specialized Psychosocial Approach La gestion de cas à HIMAYA pour la protection de l'enfant: une approche psychosociale spécialisée Wissam Koteit / Michel Maragel - Psychologue clinicien, Programme Résilience
11:50 - 12:00	Question and Answer / Question et Réponse
11:30 - 11:50	IMC MHPSS in Crises Response Programs in Lebanon MHPSS dans les programmes de réponses aux crises au Liban Dr. Michel SOUFIA - Psychiatrist - IMC Lebanon MHPSS Advisor
12:20 - 12:30	Question and Answer / Question et Réponse
12:30 - 14:00	Lunch Break / Pause Déjeuner

"Medicine, Psychotherapy and Cultural Transmission"

Friday - October 16th, 2015

Scientific Program / Programme Scientifique

HALL A

14:00 - 13:35	
PLENARY SESSION / SESSION PLÉNIÈRE	
President of the Session: Dr. Bechara Al ASMAR Moderator: Dr. Michael KHOURY	
14:00 - 14:20	The Pain Pathways / Les voies de la douleur Joseph MAARAWI MD, PhD - Saint Joseph University of Beirut
14:20 - 14:40	Pain: Wormholes into the Extra-Sensory Dimensions Elie D. Al-CHAER PhD, JD - AUB
14:40 - 15:00	Pain management in Lebanon Roadblocks and How to Overcome Them? Gestion de la douleur au Liban : Les barrages et comment les surmonter? Roland KADDOUM MD - AUB
15:00 - 15:20	Pain Assessment in Clinical Practice Évaluation de la douleur dans la pratique clinique Joseph MAARAWI MD, PhD - USJ
15:20 - 15:40	Chronic Low Back Pain: Is the Axial Spondyloarthritis or is Fibromyalgia La lombalgie chronique : Est-ce la spondylarthrite axiale ou est-ce la fibromyalgie Nelly Ziade MD, PhD - USJ
15:40 - 16:00	Pain in Multiple Sclerosis / Douleur dans la sclérose en plaques Salam KOUSSA MD - USJ
16:00 - 16:20	Acute Postoperative Pain Treatment Modalities Modalités de traitement de la douleur postopératoire aiguë Marie MAROUN-AWAD MD - AUB
16:20 - 16:35	Question and Answer / Question et Réponse
16:35 - 16:50	Coffee Break / Pause Café
SYMPOSIUM 2 / SYMPOSIUM 2	
President: Dr. Michael KHOURY Moderator: Dr. Jaqueline AYOUB	
16:50 - 17:10	Drugs and Drug Addiction / Drogue et Toxicomanie General Ali MAKKI
17:10 - 17:30	Cultural Considerations in the Practice of Psychotherapy in Saudi Arabia Les considérations culturelles dans la pratique du psychothérapeute en Saoudi Arabie Dr. Nadia ALTAMIMI - KSA - Consultant Clinical Psychologist - KING FAHAD MEDICAL CITY
17:30 - 17:50	Couple and women psychotherapy between the Maghreb and the Mashreq Psychothérapie des femmes et couples entre Maghreb et Mashreq Dr. Aitka JARI - Maroc
17:50 - 18:10	Mothers and Sick Children / Mères et enfants malades Dr. Nazek TURKI - Kuwait
18:10 - 18:25	Habitat and Mental Health / Habitat et santé psychique Architect Mahmoud CHAHINE
18:25 - 18:40	The Ethnomathematics (Ilm el Raml) / L'Éthnomathématique (Ilm el Raml) Dr. Imane CHAHINE - Assistant Professor - Mathematics Education
18:40 - 18:55	Question and Answer / Question et Réponse

"Médecine, Psychothérapie et Transmission Culturelle"



Friday - October 16 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL B
11:00 - 12:15			
WORKSHOP 1 / ATELIER 1			
11:00 - 11:15	Prison and the Psychopathology Language - السجن و لغة المرض النفسي Crises non épileptiques psychogènes	Dr. Fahed ELRACHIDI	
11:15 - 11:30	The impact of domestic physical and verbal violence on depression among Adolescents in Kuwait - اثر العنف الاسري الجسدي و اللفظي على الاكتئاب لدى المراهقين في الكويت L'impact de la violence domestique verbal et physique sur la dépression chez les adolescents au Kuwait	Dr. Jamal DOUSARY	
11:30 - 11:45	Psychotherapy in the Palestinian Camps Psychothérapie dans les camps Palestiniens	Rania SLEIMAN - TABYEEN	
11:45 - 12:00	Psychotherapy with Religious Legal Courts Psychothérapie auprès des cours juridiques religieuses	Sanaa BARAKAT	
12:00 - 12:15	Question and Answer / Question et Réponse		
12:15 - 13:00			
WORKSHOP 2 / ATELIER 2			
12:15 - 12:30	Providing Psychosocial Support for NGOs Travail de support psychosocial auprès des ONG	Dr. Jaqueline AYOUB	
12:30 - 12:45	Psychological Assessment for Lebanese Adolescents Bilan psychologique des adolescents libanais	Ether BOU ANTOUN	
12:45 - 13:00	Question and Answer / Question et Réponse		
13:00 - 14:00	Coffee Break / Pause Café		

"Medicine, Psychotherapy and Cultural Transmission"

Friday - October 16 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL B
14:00 - 15:00			
SYMPOSIUM 1 / SYMPOSIUM 1			
President: Dr. Sleiman JARI - UL Moderator: Karim DAKROUB			
14:00 - 14:20	Ibn Rushd et Ibn Sina et les maladies psychosomatiques Ibn Sina and Ibn Rushd and psychosomatic illnesses	Prof. Ahlam Shahid ALI - Iraq	
14:20 - 14:40	Arab Medicine Between Imitation and initiation to Modern Medicine and Psychotherapy La médecine arabe entre imitation et initiation à la médecine moderne et psychothérapie	Dr. Wassili BODJI	
14:40 - 15:00	Correlation Between Socio-Cultural Malaise and Diseases of the Body and Soul in Lebanon Corrélation entre malaise socio-culturel et maladies du corps et de l'âme au Liban	Dr. Kamal HAMDAN- Executive Director of CRI (CONSULTATION AND RESEARCH INSTITUTE) Beyrouth	
15:00 - 15:20	Violence, a Communication Tool in the Media La violence, un moyen de communication dans les médias	Nicolas NASSIF	
15:20 - 15:35	Question and Answer / Question et Réponse		
15:35 - 16:10			
HIMAYA			
14:40 - 15:00	Himaya's Resilience Center: A Global Model for Developing and Evaluating Individual Life Projects Le centre de résilience de HIMAYA: Un modèle global pour le développement et l'évaluation des projets de vie individuels		
15:55 - 16:10	Question and Answer / Question et Réponse		

"Médecine, Psychothérapie et Transmission Culturelle"



Saturday - October 17 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL A
PLENARY SESSION / SESSION PLÉNIÈRE			
09:00 - 10:50	President: Dr. Marc JABER Moderator: Dr. Hussein ISMAEEL - AUB		
09:00 - 09:25	Non Epileptic Psychogenic Seizures / Crises non épileptiques psychogènes Prof. Ahmad BEYDOUN MD, PhD - AUB		
09:25 - 09:50	Psychiatric Comorbidities of Patients with Non Epileptic Psychogenic Seizures Les comorbidités psychiatriques des patients souffrant de crises non épileptiques psychogènes Wassim NASKREDDINE MD, PhD - AUB		
09:50 - 10:15	Epilepsy, Memory and Consciousness / Epilepsie, mémoire et conscience Mohammad KOUBEISSY MD		
10:15 - 10:35	The Mutual Influence Between the Neurological and the Psychological L'influence mutuelle du neurologique et du psychologique Yaman MAKKE MD - USA		
10:35 - 10:50	Question and Answer / Question et Réponse		
SYMPOSIUM 1 / SYMPOSIUM 1			
Moderator: Prof. Abbas MAKKE			
10:50 - 11:10	Chest Pain and Coronary Disease Maladies cardiaques psychosomatiques Hussain ISMAEEL MD		
11:10 - 11:30	Psychosomatic Heart Diseases Oppression thoracique et maladies coronariennes Angela MASSOUN RN, MScN - Cardiology Clinical Nurse Specialist -AUBMC PhD student Biobehavioral Research - University of Colorado Denver		
11:30 - 11:50	Buco-dental Health and Psychology La santé bucco-dentaire et la psychologie Dr. Raymond EPHRAM - Dental Surgeon		
11:50 - 12:00	Question and Answer / Question et Réponse		
12:00 - 12:20	Coffee Break / Pause Café		

"Medicine, Psychotherapy and Cultural Transmission"

Saturday - October 17 th , 2015		Scientific Program / Programme Scientifique	HALL A
SYMPOSIUM 2 / SYMPOSIUM 2			
Moderators: Prof. Abbas MAKKE - Rony N. ABOU DAHER			
12:20 - 12:40	Ethical issues in Dermatology Practice Questions éthiques dans la pratique de dermatologie Mazen KURBAN MD, PhD - AUB		
12:40 - 13:00	Problem of Women's Anorgasmia Problématique de l'anorgasmie de la femme Sleiman JARI MD, PhD - UL		
13:00 - 13:20	Psychosomatic Pain in Gynecology: How much do we know? Douleur psychosomatique en gynécologie: Comment savons-nous ? Faysal ELKAK MD MS ARCOG - Clinical Associate, Dept of ObGyn, AUBMC and Senior Lecturer, FHS/AUB		
13:20 - 13:40	Question and Answer / Question et Réponse		
CLOSING / Clôture			
Moderator: Prof. Abbas MAKKE			
13:40 - 14:40	Toward the Focal Point of the Conference: Federating the Different Approaches of the Mental and Medical Health - Frame: Fundamental Psychopathology Vers le point focal du congrès: Fédérer les différentes approches de la santé mentale et médicale - Cadre: La psychopathologie fondamentale		
14:45	Question and Answer / Question et Réponse		

Mot d'ouverture:

Prof. Abbas Makke

Chers collègues, Chers amis,

J'exprime ma grande joie, que notre congrès se réalise.

D'Avicenne (980-1037) au Machreque, Le Cheikh El - Rais (prince des savants), le plus grand des médecins, le Maître par excellence, le 3ème Maître (après Aristotle et AL FARABI); avec son CANON - CANOUNE (1020) qui servit de livre de base (fondamental) de l'enseignement de la médecine en Europe jusqu'au XVII (17)ème siècle, avec son sens de l'observation et de la description et sa capacité de poser des hypothèses, sa pertinence en diagnostic et en pronostic, sa compréhension du processus psychosomatique, sa culture qui couvrait, à l'époque, tout l'étendu du savoir: mathématique, physique, chimie, pharmacologie, médecine, astronomie, musique, poème (Poème de la médecine d'Avicenne)... De l'économie et de la métaphysique, sa définition de la médecine comme “l'art de conserver la santé et éventuellement de guérir la maladie survenue dans le corps”... et que “la médecine peut être, non seulement curative, mais aussi et surtout préventive - d'où l'importance de la pratique du sport, de l'hydrothérapie et l'importance des relations humaines dans la conservation d'une bonne santé mentale et somatique, sa pensée “systémique” et surtout familiale et ses observations pertinentes sur les rôles de la famille et du mariage (le couple) et des relations affectives et sexuelles, qui aboutissent tous, à la conservation de la santé du corps, du cœur et de l'âme ...

A la base de toutes ces données, Avicenne mérite d'être centre de notre congrès comme grand penseur dans le domaine de l'étiologie, la nosologie, la nosographie et l'élaboration de la théorie psychopathologique.

A Averroès (1126-1198) au Maghreb:

D'une culture homologue à celle d'Avicenne, surtout avec son livre (AL - Kulliyatt Fi - L - Tub), le rôle qu'il a joué en Europe, dans tous les domaines scientifiques, qu'il possédait (les mêmes domaines cités et pratiques par Avicenne) à une époque (hélas renouvelé actuellement dans notre région!) où la science et les scientifiques étaient ciblés par l'ignorance pathologique, pour ne pas dire par des ignorants névrotiques.

Averroès mérite d'être l'autre pôle d'attraction dans notre congrès (Je compte sur mon ami prof Rad-daoui, de dire plus sur ce génie arabe.)

Ces deux grands génies scientifiques dont a été transmise constituent la base de notre 3ème axe du congrès : La Transmission Culturelle.

Transmission génétique - Transmission Culturelle

La médecine (dans tous ses domaines) sera présentée par de collègues médecins de hautes qualités et renommées mondiales. Les axes qui relèvent de la médecine dans notre congrès figurent dans l'étendu de la psychologie médicale et de la psychosomatiques ce qui nécessite une coopération entre médecin et patient, psychothérapeute et médecin. (Balint: le médecin, son malade et la maladie)

La coordination des efforts sont nécessaires dans ce domaine - ce qui a imposé l'idée du congrès: Le corps malade qui présente des symptômes bien détectés et bien analysés au laboratoire ou en imagerie devient l'objet de la cure ou de la prévention. Les médecins interviennent pour détecter afin de guérir un symptôme ou une maladie bien localisée. Le psychothérapeute à localiser les biens entre le non-dit et le dit de la souffrance et de la douleur des patients dans des lieux difficiles à détecter! On est pleinement dans l'intersubjectif. Les médecins, et les psychothérapeutes ramènent, adoptent la même logique inaugurée par nos ancêtres! L'observation, l'écoute, et les hypothèses. Voilà un point de départ entre nous, dans notre congrès.

Objectivité, subjectivité et “neutralité bienveillante”!

La thérapie, psychothérapie ou “médico-thérapie”, est un métier humain et humaniste. On est tous, dans le domaine de la santé générale, mais différemment positionnés, voilà le défi du congrès. Nous sommes condamnés, tous, à travailler ensemble dans un monde en malaise, en souffrance et en misère.

Toutes les sciences médicales: L'ethnomédecine, l'ethnopsychiatrie, la neuropsychanalyse... etc. œuvrent dans ce sens et situent la Transmission culturelle, génétique et psychopathologie dans le cadre de la santé générale.

Freud fut, en son siècle, Le Cheikh _ El _ Rais

Dans son “Esquisse d'une psychologie scientifique”, Freud neurologue, a essayé “d'aboutir à une psychologie comme science en cherchant de rapprocher la “scientificité” de la pensée de Charcot à “l'humanisme” de sa pensée concernant “l'organe vraiment malade”. Les patients de Charcot, en “parlant” de leur souffrance, misère et douleur, désignaient à la fois leur corps, leur cœur et leur psyché. Les archives du salpêtre identifiaient: hystérie féminine, hystérie masculine et épilepsie.

Faute de nanotechnologie et d'imagerie, échec de “l'esquisse”.

Nous voilà capable de reprendre la schématisation, en ébauche dans “l'esquisse”.

Freud, sur la lignée d'Avicenne et d'Averroès, (Socrate, maître des trois.)

FREUD: Abou Anna: Ibn Jakob (Fils de Jakob) que faire d'eux avec le mythe du meurtre du père et du fils... et du compte d'œdipe ?!

Freud transmet aux fils les concepts de base de son œuvre scientifique, et lui, (Abou Anna) résiste à son meurtre par ses fils psychanalystes pour pouvoir continuer son œuvre (ma vie et la psychanalyse suivi du psychanalyse et médecine).

Aïe, mes ailleux (Anne Ancelin Schiitzenberger) / Voir loin, c'est voir vieux, disent les physiciens, et Freud voulait voir vieux pour pouvoir voir loin.

(Totems et Tabou, moïse et le monothéisme, l'avenir d'une illusion)

Voir vieux, c'est la Transmission

Voir loin, c'est le Changement

Notre congrès est un lieu de rencontre de médecins et des psychothérapeutes avec l'histoire des sciences et les actualités scientifiques.

- Je remercie son excellence, monsieur le recteur de l'université libanaise, Université Nationale de note pays, le Liban.
- Je remercie mon ami, Le Prof. Antoine Boustany, Président de L'ordre de Médecin du Liban qui a bien accepté de présider notre comité scientifique.
- Je remercie mon ami, Prof. Mouein Hamzé, secrétaire générale du CNRS Libanais pour le soutien du CNRS au congrès et J'ai l'honneur de le représenter dans cette séance d'ouverture.
- Je remercie le Prof. Alfred Pritz, Président du WCP qui est à la tête de la haute instance internationale en psychothérapie et qui soutient notre événement scientifique. Je dis au Prof. Pritz que les thérapeutes libanais continuent à concrétiser les objectifs du WCP et de L'ONU dans le domaine de la santé générale.
- Je remercie mon ami et partenaire en thérapie systémique, Prof. Mony Elkaim, Président de IEFSSH, et premier Président de l'EFTA (fondateur).
- Je remercie toutes les associations et organisation scientifique qui ont soutenu notre projet: EFTA _ EAP_ LLAE, LLSP. SPPC. Abaad, IMC et la société d'organisations INFOMED et toutes et tous qui ont aidé à la réalisation du congrès.

Jour 1



Jour 1

Introductions

Le congrès s’entame avec l’hymne national libanais

Dr. Abbas MAKKE

On a bien commencé avec l’hymne national du Liban, qui souffre et qui est en souffrance depuis longtemps, mais il est quand même résilient. Et je souligne ce point parce que dans nos travaux il y a une bonne partie sur la douleur et la souffrance. La douleur et la souffrance ne sont pas seulement corporelles

et physiques, c’est aussi moral. Et pour commencer, **je considère les activités du congrès comme**

hommage à Pierre Fédida. L’agenda caché, Madame professeur Mareike Wolf Fédida, ici présente et qui a longtemps travaillé avec Pierre Fédida. **L’agenda caché du congrès, c’est le retour à Pierre Fédida: régresser pour construire le changement.** Régresser pour construire le changement, je fais allusion au phénomène de transfert. Et voir loin le changement c’est voir vieux. Voir loin, je trace la trajectoire du temps, du présent on s’adresse vers l’avenir. Voir loin, c’est voir vieux, c’est ça la régression. Je souligne aussi qu’il n’y a pas mal d’absents des collègues, qui devaient être présents avec nous. Le **Dr Mohammad Kobaisi**, devait venir. Il est neurologue, qui travaille sur la conscience et l’inconscience, et sur l’épilepsie aussi. Il était supposé venir des Etats-Unis, mais il a eu un empêchement majeur. **Dr. Raymond Freim**, médecin dentiste, devait parler, les thèmes sont toujours là et nous allons les publier. On devait avoir une intervention de **l’architecte Mahmoud Chahine**, sur l’espace vital et la souffrance, par exemple l’habitat. Ça va être publié. On devait avoir **Dr. Imane Chahine** qui devait nous parler de l’ethno mathématiques. Et une série d’interventions des collègues qui devaient venir du Koweït, et ils se trouvaient empêchés de venir, vu la situation au Liban. Monsieur **le professeur Alfred Pritz est absent** et sous les auspices du double VCP, alors que le congrès a lieu maintenant. Aussi **le professeur Mony AlKaim**. On va passer leurs vidéos. Ils ont envoyé des vidéos. On commence avec le mot d’ouverture de mon ami de longue durée, Professeur Antoine Boustany, président de l’ordre des médecins du Liban. A vous, professeur Boustany.

Dr. Antoine Boustany

المحضور الكرم

لثلاث أو أربع عقود حنّت. لم يكن للأمراض العقلية والنفسيّة مكان ثابت في عالم الطبّ بالمعنى الكلاسيكيّ المتعارف عليه. وكانت التفسيرات الناجمة عن التحاليل النفسيّة التي استولى عليها المحلّل النفسيّ فرويد. ذات أبعاد فلسفيّة ونفسيّة بعيدة عن القواعد العلميّة المتّبعة والمفروضة في عالم الطبّ. كان على من يختار هذا الإختصاص القبول

بالموجود. وبالطريق شبه الوحيد. أو فلنقل الرئيسيّ في تشخيص الإضطراب وأسبابه وعلاجه. أمّا عند عامّة الشعب. فكانت تلك التصرفات اللاسويّة والسلوك الخارج عن المألوف والأفكار الهذيانّة والهلوسات في كافّة أنواعها من أعمال الأرواح الشريرة أو الغضب الإلهيّ أو ترتقي في أحسن الأحوال إلى الماورائيّات. لذا كنت تلك الأمراض موضع خوفٍ وخجل. يتستّر أهل المصاب عن البوح بها قدر الإمكان. شهدت بداية الخمسينات من القرن الماضي إكتشاف أوّل دواء تخليقي هو الكلوربرومازيم الذي لحظ تأثيره المثبّط على الهيجان الحركي بالصدفة. ومن ثمّ فعاليّته على إضطراب الافكار. وكثرت السبحة. وتوالى إكتشافات المضادات للإكتئاب والمهدئات وباقي الأدوية التخليقيّة. وكما نلاحظ. حصل تقدّم في التشخيص والعلاج. أمّا العوامل السببيّة فضلّت غامضة. وخاضعة لتفسيراتٍ شتى صادرة عن مدارس مختلفة من خلال مناظراتٍ ترتكز على آراءٍ نفسيّة أو فلسفيّة وحتى أحياناً أدبيّة. لا تأخر ولا تقدّم في الواقع الطّبي بشيء. إلى أن أنت بداية الثمانينات. حيث أصبح التطوّر التكنولوجي قادراً على سبر أغوار الدماغ. هذا العضو الذي بقي حتى هذا التاريخ عصيّاً على الأبحاث والدراسات والذي ما زال الأكثر صعوبة في وروجه. وبدأت الكيمياء الحيويّة تسلّم أسرارها وأسباب الإضطرابات العقليّة والنفسية تنكشف و بدأ تداول الكلام عن الطبّ النفس عقليّ البيولوجي. أي بمعنى آخر. تطوّر الخطاب في هذا المجال وتحوّلت اللغة الفلسفيّة إلى لغة بيولوجيّة فيزيائيّة علميّة. وصار بإمكان هذا الإختصاص إحتلال مرتبة خاصّة به في عالم الطبّ. والبرهان على ذلك. أنه ليس من سبيل الصدفة الملاحظة إبتداءً من تلك الفترة. إنتقال مرضانا من المشافي المحصّنة لهم. التي غالباً ما كان يطلق عليها اسم مأوى والتي كانت تقع بعيداً عن الأماكن السكنيّة. المعالجة في الأقسام الخاصّة بهم في المستشفيات العامّة. تماماً كأقسام الجراحة أو التوليد أو الأطفال إلى بخره. قبلت أوراق الإعتماد طبيّاً وحتى إجتماعيّاً.

إن نقابة الأطباء تعتبر نفسها مؤتمنة إلى جانب الجمعيات العلميّة والمؤسسات الأكاديميّة. على صحّة المواطن والمجتمع. وهي تشجّع على عقد المؤتمرات الطبيّة وتنظيم الإجتماعات العلميّة والصحيّة ونشرها على الجمهور ليكون لتلك المؤتمرات والإجتماعات تأثير إيجابي في إرشاد المواطنين وتزويدهم بالمعلومات الصحيّة المفيدة. كما ترى النقابة من واجبات الأطباء المهنيّة المشاركة الفاعلة في برامج التثقيف الطّبيّ المستمر من خلال الحضور إلى المؤتمرات واللقاءات والإجتماعات العلميّة المكثّفة. الأمر الذي يوفّر للطبيب ثقافة طبيّة أوسع وللمواطن خدمة طبيّة أفضل. كما يساهم في رفع المستوى الصحيّ العام. إن التثقيف الطّبيّ المستمر ركن الأساس في تحقيق الجودة المطلوبة. وهو يمثل اليوم أهمّ المحاور التي نعمل على ترسيخها في الأداء الطّبيّ لدى كلّ طبيب لبنانيّ.

زملائيّ. اسمحوا لي أن أثمن كلّ جهد تبذلونه في سبيل نشر التوعية. إزاء التحديات الصحيّة والملّحة التي تواجه مجتمعنا اليوم. وشكراً.

[Traduit de l'arabe]

Chère audience,

Pendant les trois ou quatre siècles écoulés, les maladies mentales et psychologiques n'avaient pas une place stable dans le monde de la médecine dans son sens classique et commun. Les explications résultant des analyses psychologiques menées par le psychanalyste Freud portaient en elles des dimensions philosophiques et mentales, loin des règles scientifiques imposées et appliquées dans la sphère médicale. Celui ou celle qui choisissant cette spécialisation devait se contenter de ce qui était disponible, du chemin quasi-unique, ou plutôt principal, pour ce qui est du diagnostic du trouble, de ses causes et de son traitement. Par ailleurs, selon le peuple, ces comportements anormaux et hors de l'ordinaire, ainsi que les idées délirantes et hallucinations de tous genres étaient issus d'esprits maléfiques, de la colère divine, ou

dans les meilleurs des cas, relevaient de la métaphysique. Ainsi, ces maladies étaient jadis causes de peur et de honte, poussant les proches du malade à cacher cela autant que possible. Le début des années 50 vit la découverte du premier médicament de synthèse, la chlorpromazine, dont les effets inhibiteurs du délire furent découverts par hasard, suivis par son efficacité sur les troubles de la pensée. Par la suite, furent découverts d'autres antidépresseurs, calmants, et autres médicaments de synthèse. Nous pouvons aussi noter que des progrès furent réalisés en diagnostic et en traitement. Quant aux facteurs de la maladie, ils demeurèrent obscurs et sujets à diverses explications issues de différentes écoles, à travers des débats se basant sur des opinions philosophiques, et parfois même littéraires, n'effectuant aucun changement à l'échelle de la réalité médicale. Ceci était le cas jusqu'aux années 80, durant lesquelles la technologie devint capable de sonder le cerveau, cet organe qui pose jusqu'à présent problème aux recherches, et qui reste le plus difficile à explorer. La biochimie commença donc à dévoiler ses secrets, et les causes des troubles mentaux et psychologiques se démasquèrent peu à peu. On commençait alors à parler de médecine psychologique et biologique. En d'autres termes, le discours dans ce domaine se développait, et le langage philosophique se transformait en langage biologique, physique et scientifique. Ainsi, cette spécialisation a pu détenir une place propre à elle dans le monde médical. En guise de preuve, dès cette période nous constatons que nos patients laissèrent les hôpitaux spécialisés, que l'on nomme souvent « asiles » et qui se situaient loin des régions résidentielles, pour suivre leur traitement dans des sections spécialisées dans les hôpitaux généraux, tout comme les sections de chirurgie, de maternité, ou d'enfants etc.

Les accréditations ont été adoptées sur le plan médical, et même social.

L'Ordre des Médecins du Liban se considère, aux côtés des organisations scientifiques et institutions académiques, gardien de la santé du citoyen et de la société. Il soutient l'organisation de congrès médicaux, scientifiques et sanitaires, ainsi que leur diffusion au public, afin d'orienter et d'informer les citoyens de manière efficace. L'Ordre des Médecins estime également qu'il est des devoirs du médecin de participer activement aux programmes de formation médicale continue en assistant aux congrès et conférences scientifiques de manière intensive, ce qui fournit au médecin une culture médicale plus vaste, et au citoyen un service médical de meilleure qualité. Outre l'amélioration du niveau de santé général, la formation médicale continue est un pilier fondamental pour atteindre la qualité requise, et elle est aujourd'hui l'un des éléments essentiels que nous œuvrons à enraciner dans la pratique médicale de tout médecin libanais.

Chers collègues, permettez-moi de valoriser tout effort de sensibilisation que vous effectuez, face aux défis sanitaires qui affligent notre société aujourd'hui.

Merci.

Chers confrères et amis,

Parmi tous les systèmes qui caractérisent et structurent cet être vivant, qui relève de la catégorie des hominidés, il me semble que le processus psychique est le fondement et le terrain sur lequel va prendre naissance le futur être humain. Vous imaginez donc l'importance à louer à ce processus. Il m'est arrivé lors de séances d'ouvertures de colloques, portant sur la pathologie de divers systèmes cardiovasculaire, immunitaire, gynécologiques, orthopédiques ou autres, de mettre en relief l'importance ou la valeur de

telle ou telle fonction dans l’enchaînement des moments de la vie dans le déroulement des cours de l’existence, voire de leurs sens et de leurs destins. Mais à bien y penser, parmi tous ces systèmes, et l’ensemble de cette organisation humaine, le thème qui nous réunit ce jour tient le haut du pavé. Dans lui se trouve la genèse de l’être vivant dans ce qu’il est, et de l’humain dans ce qu’il deviendra. Notre spécialité autant dans ses normes que dans sa pathologie requiert une attention professionnelle soutenue, des efforts scientifiques permanents, afin de contribuer à assurer autant que faire se peut, les conditions optimales pour le déroulement de cette aventure terrestre. Mais de nos jours, le contentement de nos connaissances ou le retranchement derrière notre expérience n’est plus l’attitude idoine pour l’exercice de notre profession. Qu’en était-il des connaissances il y a 50 ans? Où en sommes-nous aujourd’hui? Qu’en sera-t-il demain? Un monde de connaissances sépare ces trois étapes. Toutes mises au service de l’être humain, de la continuité et du bien-être de la race. Cela veut dire tout simplement, qu’il n’y a plus de termes à notre formation médicale. Impérative et continue, elle nous aurait octroyé le statut d’étudiants permanents, n’aurait été ce diplôme dit de « fins d’études », car il faut bien travailler pour vivre, suivi d’un certificat de spécialité, puis de surspécialité en attendant la suite de cette dissection. Qu’est-ce que tout cela veut dire? Où nous amène-t-il? Que nous impose-t-il? Le progrès fulgurant de la science, l’avancée hilarante de la technologie ont aboutis à la mondialisation de la médecine. La fréquence des colloques, workshops et congrès, dont le vôtre aujourd’hui, en est la manifestation courante. Je tiens, au nom de l’ordre des médecins, à remercier les organisateurs de cette cérémonie, à les encourager, et à leur assurer que nous sommes toujours à l’écoute de leurs difficultés, leurs doléances, à leurs suggestions et à leurs services professionnels et scientifiques, toujours dans un cadre confraternel, et surtout, surtout dans un esprit d’éthique.

Je termine en réitérant mes remerciements, et en souhaitant à nos amis et à nos hôtes un séjour agréable à Beyrouth,

Et merci.

Dr. Abbas Makke

Je remercie Mr le professeur Dr. Antoine Boustany, président de l’ordre des médecins du Liban, et qui nous a facilité la tâche surtout en parlant arabe et français. Et le recteur de l’université libanaise, Professeur Adnan Sayed Hussain devait être présent, mais il est en voyage hors du Liban. Vous savez que l’université libanaise couvre toutes les activités scientifiques au Liban, que ça vienne des professeurs de l’université libanaise ou ailleurs dans les universités du Liban. Alors, c’est cette présence de l’université libanaise, en la personne de Mr le Doyen de la faculté des sciences humaines, Nabil el Khatib, qui donne la couleur nationale à ce congrès.

Professeur Nabil El-Khatib

صباح الخير ،

أحيي المجلس العالمي للعلاج النفسيّ بشخص نائب الرئيس البورفيسور عباس مكّي. وأحيي نقيب الأطباء، الذي يمثل وجوده هنا تأكيداً على أهميّة التواصل والتكامل بين الجانب الطّبيّ والجانب العلاجيّ التي يقوم به المعالجون النفسيّون

إلى جانب الأطباء. العلاج الطبّ النفسيّ والعلاج النفسيّ والانتقال الثقافيّ. وأنا أقول التواصل والتكامل الثقافيّ بين الامرين. بين الطرفين. وعندما نعلم أن هذا الأمر ملحوظ منذ ابن رشد وابن سينا. هاذان العالمان اللذان جمعوا بين الطبّ من جانب وبين الفلسفة من جانب. وتناولوا الجانب النظريّ لموضوع العلاج النفسيّ. وقد انتبها وتنبها إلى أهميّة هذا الجانب. الجامعة اللبنانيّة. وكلّيّات الآداب والعلوم الإنسانيّة بالذات تنبّهت إلى هذا الموضوع. ورأت أنه من الضرورة ومن الأهميّة بالمكان. أن يكون للعلاج النفسيّ مكان ومجال للدرس وللمتابعة تمهيداً للوصول إلى غفران الرسميّ من قبل وزارة الصّحة لهذا الموضوع. لهذا العلاج. وبالتنسيق مع الدكتور عبّاس. وضعنا برنامج للعلاج النفسيّ. يحصل الطالب في آخره على دبلوما في الإستشارات النفسيّة وفي العلاج النفسيّ. وسيبدأ العمل في هذا الدبلوما في هذا العام إن شاء الله. الجامعة اللبنانيّة وكلّيّات الآداب تقف إلى جانب نشاط المجلس العالميّ وإلى جانب العلاج النفسيّ. وإذا كانت نقابة الأطباء ترى أن هذا الأمر ضروريّ وملحّ إذا يجب العمل على تثبيت هذا التواصل وهذا الانتقال الثقافيّ بين الطرفين. ونحن نعلم أن الكثير من الأطباء يطلبون من الحالات الذين يرونها أن يعالجونها. أن تستشير معالجاً نفسيّاً. إذا الأمر حقيقيّ. والأمر موضوعيّ والأمر علميّ. فلا بدّ من التأكيد على وجوده وعلى حضوره وعلى تعميق التعامل معه.

أنا أريد أن أشكر الدكتور عبّاس. وأن أشكر جميع المنظمين والمهتمين الذين يقومون على هذا المؤتمر. ونحن الجامعة اللبنانيّة. نمّد يدنا إلى التعاون وإلى تسهيل نجاح هذا الجانب. وأنقل تحيات معالي رئيس الجامعة إلى الجميع. وإلى الدكتور عبّاس وإلى الحضور. وما كان ليتأخر لولا ظرف

السفر كما ذكر الدكتور عبّاس. أريد أن أشكركم وأن أحبيكم. وقّكم الله.

[Traduit de l'arabe]

Bonjour,

Je salue le conseil international de psychothérapie, représenté par son vice-président le professeur Abbas Makke, et je salue également le président de l'ordre des médecins, dont la présence souligne l'importance de la liaison et de la complémentarité entre le côté médical et le côté thérapeutique, qui s'illustre par le travail des psychothérapeutes aux côtés des médecins. La psychiatrie, la psychothérapie et la transmission culturelle connaissent une liaison et une complémentarité culturelle. Ceci est constaté depuis Avicenne et Averroès, ces deux savants qui ont réuni la médecine d'une part, et la philosophie d'autre part et qui ont traité l'aspect théorique de la psychothérapie. Ils ont pris conscience de l'importance de cet aspect. De même, l'Université Libanaise, notamment les facultés de lettres et de sciences humaines, ont pris conscience à ce sujet, et estiment qu'il est indispensable que la psychothérapie détienne une place en formation et suivi, en vue d'une reconnaissance officielle du ministère de la santé. En coordination avec le professeur Abbas Makke, nous avons mis en place un programme de formation en psychothérapie, à la fin duquel l'étudiant obtient un diplôme en consultation psychologiques et en psychothérapie. Ce diplôme sera lancé cette année, si Dieu le veut. L'Université Libanaise et les facultés de lettres soutiennent l'activité du conseil international de psychothérapie ainsi que la psychothérapie en tant que telle. Et si l'Ordre des médecins estime cela nécessaire et urgent, il faut donc œuvrer à renforcer cette liaison et cette transmission culturelle entre les deux partis. Nous savons que les médecins demandent souvent aux patients qu'ils traitent de consulter un psychothérapeute. Ceci est donc un fait réel, c'est un fait objectif, c'est un fait scientifique. Il est donc nécessaire de souligner son existence et sa

présence, et de s’y approfondir.

Je veux remercier le professeur Abbas Makke, ainsi que tous les organisateurs qui ont mis en place ce congrès. Et nous, l’Université Libanaise, nous nous ouvrons à la collaboration afin de faciliter le succès de cette partie. Je vous transmets les salutations du président de l’université libanaise au professeur Abbas Makke et à l’audience.

Je vous salue et vous remercie.

Dr. Abbas Makke

Je remercie Monsieur le doyen de la faculté des sciences humaines, Nabil el Khatib.

Monsieur le professeur Mouin Hamze, directeur général du CNRS Libanais, qui couvre surtout scientifiquement et relativement matériellement les activités du congrès, à cause de ses préoccupations hors du Liban ou à un autre congrès, n’a pas pu être là. Il m’a donné l’honneur de vous dire à sa place: bienvenue. Le CNRS œuvre toujours à soutenir toute activité scientifique, et je signale que le recteur, son excellence Professeur Adnan Said Hussain œuvre aussi à soutenir les recherches scientifiques, dans le cadre du Comité Central de la Recherche Scientifique au Liban. Je cite le Dr. Mouin Hamze et vous transmet ses mots de soutien. Je devais donner la place, c’est le moment d’écouter la vidéo du professeur Alfred Pritz, le président du Conseil mondial de psychothérapie, et président de l’Université Freud à Vienne. C’est sous les auspices du conseil mondial que le congrès a lieu, mais on a un problème technique. Je vais donc passer à mon ami, collègue, le professeur Mony Elkaim, mon partenaire dans le processus de formation, qui préside l’Institut d’études de la famille et des systèmes humains à Bruxelles et qui était le premier président de l’EFTA, qui couvre aussi nos activités, donc l’Association européenne de thérapie familiale. Il nous a envoyé une vidéo que nous allons écouter.

Professeur Mony Elkaim

Je devais remercier l’organisateur de ce congrès, qui m’offre ces quelques minutes de bienvenue, pour vous. Je veux dire à quel point ce congrès qui vous avez organisé nous semble fondamental et important, et pourquoi est-ce qu’aussi bien au nom de l’Association européenne de thérapie familiale qu’au nom de l’Institut d’études de la famille et des systèmes humains de Bruxelles je me fais une joie de vous dire à quel point j’estime que ce congrès est un jalon important, pas seulement pour le Liban, mais aussi pour nous. Pourquoi? Parce que c’est un congrès où vous mettez ensembles des personnes importantes, des représentants prestigieux du domaine de la médecine et de la psychothérapie, dans un contexte où vous parlez de la transmission culturelle. Or, pour moi, ce qui est important c’est que le monde arabe a été le monde qui a permis à la science, qui a permis à toute une série d’éléments aujourd’hui vu comme quotidiens dans le monde occidental, c’est grâce au monde arabe que cette transmission a pu se passer entre le passé grecque et la culture occidentale aujourd’hui. Et, sans parler des nombreuses découvertes qui ont été faites aussi bien au niveau scientifique que philosophiques et autres. Mais ce qui me semble important aujourd’hui c’est ceci: bien sûr que la médecine, bien sûr que la psychothérapie nous apportent des modèles intéressants, des modèles qui viennent en général d’Occident, des Etats-Unis, d’Europe ou d’ailleurs. Mais ce qui me semble important c’est comment est-ce que au Liban, qui est un pays qui

a donné l'exemple de la coexistence harmonieuse pendant des générations de différentes populations, comment au Liban on peut reprendre cet apport étranger, le retravailler pour en faire quelque chose d'original et de spécifique qui s'applique à la population libanaise, et pourquoi pas, à d'autres populations, quand nous prendrons, à ce moment-là, exemple sur vous.

Je voudrais dire également, tous mes remerciements au professeur Abbas Makke, qui est un homme d'exceptionnelles intelligence, culture et qui, pas à pas, est en train de construire les bases de ce qui pourrait être une forme de psychothérapie qui tout en gardant des éléments de l'extérieur, les enrichit à partir de la créativité du professeur Abbas et de ses associés. Et ça me semble important de remercier, non seulement les personnalités importantes des domaines de la médecine et de la psychothérapie, mais aussi les sponsors, qui ont aidé à organiser ce congrès.

Je vous souhaite un excellent congrès à vous tous, merci de m'avoir écouté.

Dr. Abbas Makke

Mony ElKaim, Alfred Pritz, ou Alfred Pritz et Mony ElKaim, peu d'importance, ils sont sur la même lignée. Donc on écoute maintenant le professeur Alfred Pritz.

Professeur Alfred Pritz

Dear colleagues in Beirut, it is a pleasure for me to welcome you all to the congress, from the 15th to the 17th of October 2015. You have a very ambitious program, going through the different times, into the different topics of psychotherapy, in a very profound manner. I am happy that you brought together the old thinking and the new thinking in psychotherapy as well as the views of the Middle East together with what we have achieved in Europe. And I wish you a very fruitful coming together and good insights during this congress. And I hope to see you in the World Congress of 2017, of the World Council of Psychotherapy in Paris.

Goodbye.

[Traduit de l'anglais]

Chers collègues à Beyrouth,

C'est avec plaisir que je vous souhaite la bienvenue à ce congrès, ayant lieu de 15 au 17 octobre 2015. Vous avez un programme très ambitieux, se penchant sur les différentes périodes et les divers thèmes de la psychothérapie de manière très profonde. Je suis heureux que vous ayez rapproché la pensée ancienne à la nouvelle, ainsi que les visions de Moyen-Orient à ce qu'on a réalisé en Europe. Je vous souhaite un fructueux dialogue et de bons renseignements durant ce congrès. J'espère vous voir au Congrès du Conseil Mondial à Paris en 2017.

Au revoir.

Dr. Abbas Makke

Je ne vais pas tarder, je vais vous dire, parce que j’ai écrit bien de choses durant ces quelques minutes, je ne vais pas prendre de temps, je vais dire l’essentiel pour présenter le programme.

J’ai dit au professeur Mareike Wolf que j’ai bien entendu il y a deux semaines, on s’est vu à Paris il y a quelques jours, qu’il était question dans le *Nouvel Observateur*, d’un article portant sur Avicenne, Ibn Sinna, et vous avez remarqué que le président du Conseil Mondial a dit Abou Sinna, je ne sais pas si vous aviez entendu. Or, entre Abou et Ibn, on risque de se perdre ici dans le monde arabe. Alors, à l’époque, et c’était l’ère de la maison de la sagesse, avec la loi d’Ibn Sinna. Alors j’ai dit à Mareike, qu’il était question dans le *Nouvel Observateur* de quelque chose sur les Abou et les Ibn. Et on m’a apporté le numéro du *Nouvel Observateur*, « Les géants de la pensée arabe » (Dr. Abbas Makke montre au public le magazine). Et voilà Avicenne, (il signale la pancarte derrière lui), et voilà Averroès. On a pensé à Marrakech, n’est-ce pas mon amie, en 2012, de parler donc, c’était une intuition paraît-il, de la renaissance arabe en Europe, ce n’est pas le cas sur le terrain actuellement. Donc, dans l’article, il y a, tu permets Mareike, il est écrit sur Avicenne: « le savoir comme émancipation ». Je pense à Avicenne à l’époque, c’est « le vieux », et comment ça se passe actuellement. Et il est écrit sur Averroès « la puissance de penser ». Je veux dire trois choses en bref, le texte va être publié dans les travaux du congrès. Je veux dire qu’Avicenne, dans son livre “La Loi” qui a été enseigné durant 300 ans en Europe, il était connu pour son sens pertinent de l’observation, les hypothèses etc., et on va entendre bien de choses de la part du professeur Mareike Wolf Fedida sur cette question. Et il s’appelait, Al Sheikh El Raiis, c’est-à-dire le prince des penseurs. Donc on a le canon avec Avicenne, et “Les Facultés de Médecine” avec Averroès. Et c’est cela qui présente pour nous, dans ce congrès, la transmission culturelle. Ils nous ont transmis la transmission, je ne sais pas si on est actuellement des récepteurs, transmission/réception. Je termine la troisième idée avec l’Al Sheikh El Raiis du XIXème - XXème siècle, Abu Anna Ibn Jacob, ou les psychanalystes, je ne veux pas aller très loin avec la disparition des écoles de psychanalyse ; il a écrit cela dans son livre Freud, La vie et la psychanalyse et la médecine et la psychanalyse. On est pleinement dans ce cas. Je retrouve avec Freud, Avicenne et Averroès pleinement le complexe d’Œdipe et le meurtre du père et du fils aussi. Et je sais pas « Abou » qui massacre « Abou » qui, et « Ibn » qui. C’est un chaos, c’est un chaos actuellement dans les pays arabes, alors qu’il y a une lumière qui nous parvient l’été, du *Nouvel Observateur* en Europe. Je compte sur mon amie, professeur Mareike Wolf Fedida, pour situer, dorénavant, les travaux d’Avicenne et d’Averroès, sur la lignée des essais de nosologie et de nosographie dans le monde entier. Je termine pour dire que le changement c’est voir loin, et voir vieux c’est la régression, et on régresse dans la situation thérapeutique. Si on ne régresse pas, on n’arrive pas à comprendre, il y a deux personnes qui régressent, le malade et le médecin. Et c’est un travail, de mettre un peu d’ordre dans le chaos de la régression, pour faire un petit changement. Et je termine pour dire qu’Averroès et Avicenne n’étaient pas seulement psychothérapeutes et médecins, mais étaient en quelque sorte des systémiciens. Je vous remercie. On passe maintenant à la première séance, avec professeur Mareike, professeur Kamal et professeur Jaber.

Séance I



Séance I

Dr. Abbas Makke

Donc, la première séance, je souligne que le professeur Daniel Widlöcher devait être présent, il a des difficultés pour se déplacer, il est un peu malade, donc il ne va pas être présent ici avec nous et Madame le professeur Mareike Fedida va donc parler deux fois, une fois sur son thème a elle « vers une psychologie fondamentale » et le thème qui devait être traité par le professeur Daniel Widlöcher. Je donne la parole au professeur Mareike Wolf Fedida pour occuper son espace et gérer son intervention.

M. Wassili Boudji

Bonjour. Avant de commencer je veux vous transmettre un message que j'ai eu hier soir c'est de la part de M. Paul Boyesen fondateur de l'école française d'analyse psycho-organique (EFAPO), qui est également le fondateur de la technique. Il vous salue énormément et aurait voulu être parmi nous aujourd'hui mais n'a pas pu l'être vu son occupation, et j'ai transmis le message. Actuellement, on va parler du premier thème, avec professeur Mareike Wolf Fedida, qui est psychopathe à l'université paris VII et au centre de recherches de psychanalyse, médecine et société. A vous la parole, madame.

Professeur Mareike Wolf Fedida

Bonjour. Donc tout d'abord je voudrais remercier l'excellent accueil du Liban. C'est toujours avec plaisir que je reviens donner des conférences et travailler avec mes collègues. Ensuite je voudrais remercier le comité scientifique pour l'excellente organisation et pour la qualité des communications, et ensuite je souhaite remercier mon ami et collègue professeur Abbas Makke, que je connais depuis 30 ou 35 ans, on ne va pas se vieillir. Donc on se connaît depuis très très longtemps. Voilà, et je te remercie pour l'hommage que tu as fait à Pierre Fedida. Donc, effectivement depuis quelques mois, j'ai connaissance du thème de ce congrès, d'Avicenne à Averroès. J'avoue, j'ai lu trois ouvrages et aussitôt lus, j'avais l'impression qu'il fallait les relire dix fois et sans quoi je n'aurais jamais été là. Donc j'avance à petits pas dans ce domaine. Ensuite j'ai eu le Nouvel Observateur, je me suis dit que décidément c'est l'extérieur qui me poursuit avec ce sujet et je vous avoue ça continu avec cette rentrée avec mes étudiants, parce qu'en tant que directeur des recherches j'ai un fort pôle de doctorants internationaux, notamment une chercheuse du Canada qui voudra travailler sur le psychosomatique et évidemment elle a comme référence Avicenne et Averroès, je me suis dit décidément ça continue comme ça. Et je ne vous dis pas pour mon cours d'histoire de la psychologie. Mais je ne peux pas parler des maîtres sans, en quelque sorte, rendre hommage aux maîtres de pensées et aussi des maîtres de pensée un peu vous tous et aussi d'Abbas Makke. Et comme, en quelque sorte, nous allons rendre hommage à Avicenne et Averroès, il est proprement impensable pour moi de commencer ma communication en mon propre nom, donc je souhaite avant tout dire un mot pour restituer le travail de Pierre Fedida en collaboration avec Daniel Widlöcher et faire passer en premier cette communication de Daniel Widlöcher qui est souffrant, qui ne peut plus faire un voyage international, voire même plus se déplacer. Avant l'été nous avons eu en commun un jury de soutenance de doctorat et avec notre doctorant, qui a déjà été docteur puisqu'il est l'urgentiste à l'hôpital de la Salpêtrière, Simon

Baroudi, que j’ai mandaté d’interviewer sur Avicenne et Averroès, qu’il m’a transmis. Donc je vous lirais, donc comme lui-même est libanais, j’ai préféré mettre notre doctorant en avant pour récolter cette entrevue. Donc je vais avancer à petit pas, et je pense dans cette construction vous voyez un peu la manière dont nous travaillons à Paris VII et dans justement la transmission de l’enseignement, et comment on va du général au particulier. Donc j’espère ainsi de ne pas vous endormir dans un monologue et de donner [la place à de] différentes voix. Et j’espère que cela vous incitera à poser des questions et à discuter. Donc, justement Daniel Widlöcher qui était mon patron de thèse m’a autorisé à parler en son nom, à transmettre cette entrevue et aussi à résumer le travail qu’il a effectué avec Pierre Fedida, et je vais retracer la voie qu’il a prise, et nous avons choisi en commun l’intervention sur le cas clinique. Et après, dans un deuxième temps, j’entamerai mon intervention et je donnerai ma version des choses. Donc c’est l’idée de donner plusieurs voix, et nous sommes justement dans le tronc culturel, pour donner plusieurs entrées de lectures. Moi-même, je suis témoin, à la fois en tant qu’épouse de Pierre Fedida qui est mort en 2002, mais aussi en tant que doctorante de Daniel Widlöcher à l’époque, nous nous situons 35 ans en arrière à peu près, en 1980. Donc à la Salpêtrière fort original où on a eu l’idée de la pluridisciplinarité et l’interdisciplinarité. Et comme en psychiatrie il y a les formations DIS et DES qui se destinent tout d’abord aux futurs psychiatres et infirmiers psychiatriques, c’était dans l’idée de proposer une formation par trois professeurs ; donc Daniel Widlöcher qui représentait la psychiatrie, Pierre Fedida qui représentait la psychanalyse et la phénoménologie, et Julia Kristeva, professeur de lettres qui représentait la sémiologie. Cette cohabitation montre déjà que dans une clinique de soins on se situe toujours de plusieurs cotés : de la clinique, du diagnostic mais aussi de la métaphore, pour parler au patient. Cela semble donc pertinent de former les étudiants dans ces trois voies. Cette formation a duré à peu près une douzaine d’années, mais vous savez déjà à l’époque dans les années 90, on s’est rendu compte que c’est bien beau de faire des formations, vous pouvez bien faire des colloques et congrès, il faut un outil de communication, il faut communiquer. On n’était pas encore dans l’ère internet, donc communiquer c’était plutôt par voie de publications. Était née la revue internationale de psychopathologie, qui voulait définir quelles sont les variations et différents points de vues par rapport à la psychopathologie sur le plan international. On a vu cela plus tard avec les différentes révisions du DSM, que les catégories de pensées changent d’un pays à l’autre. Qu’on pense que quelqu’un est paranoïaque ou schizophrène plutôt et puis on a vu apparaître beaucoup de catégories qui semblent nous sembler évidentes aujourd’hui, mais qui ne l’étaient pas à l’époque, donc cette revue était en quelque sorte comme un grand pôle, un grand champ où on pouvait mettre en avant la pensée. Et justement dans les années 90, c’était le moment où naissent les « Theories of Mind » ou les théories de l’esprit, et les neurosciences qui prenaient en quelque sorte une place comme synthèses, à travers les différents concepts en psychopathologies. En fait la revue avait pour enjeu de dire que la psychopathologie, certes, c’est de la clinique mais il y a aussi de la recherche, que l’on peut faire sur le plan international à travers les pays, et qui sont les outils dont on peut disposer. Donc, les publications et les auteurs ont cherché à définir ces outils qui étaient à notre disposition. Pourtant cette activité de revue qui a duré aussi une douzaine d’années, dont les directeurs étaient Pierre Fedida et Daniel Widlöcher, il y a eu des points de vue différents par rapport à la psychopathologie. Parce qu’après tout, qu’est-ce que c’est la psychopathologie? Est-ce que c’est une discipline autonome qui pourrait se détacher de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, de la psychanalyse? Est-ce qu’on peut la rendre autonome, ou est-ce qu’elle a un peu dans chaque discipline, et est à ce moment-là tributaire de cette méthodologie. C’est le grand débat. Donc à l’université Paris VII par exemple, où il y avait un laboratoire de psychanalyse, représenté par Jean Laplanche, il y a eu, à un moment donné une grande dispute théorique, parce que selon Jean Laplanche, la psychanalyse est en elle-même de la psychopathologie. Et

il n'était pas utile de parler encore d'une autre psychopathologie parce que tout allait être couvert par la psychanalyse. Ce dont Pierre Fedida n'était pas du tout du même avis, puisque lui-même était formé à la fois par le philosophe Henri Maldiney et par Ludwig Binswanger en Suisse, et ensuite son fils Wolfgang Binswanger. Donc il a toujours voyagé et donc dans ses conceptions sur la psychopathologie fondamentale, où il est venu au Liban, mais il a aussi enseigné au Brésil, il y a donc une forte influence internationale. Et il est devenu évident que dans la psychopathologie, il fallait trouver un élément beaucoup plus fondamental et plus fédérateur. Et donc cela allait devenir la création de la psychopathologie fondamentale, et j'ai vu dans le programme que j'expliquerais davantage demain matin. Donc je vais venir maintenant au parcours de Daniel Widlöcher qui a continué aussi de mettre au point sa conception de la psychopathologie, à l'intérieur de ce travail de revue. Donc Daniel Widlöcher n'était pas seulement psychiatre, il était aussi psychanalyste et président de l'IPA, et évidemment, on est dans les années 90, il se définissait comme davantage psychologue, parce qu'il voulait dire qu'après tout ce qui est important c'est le patient, c'est la parole, c'est le terrain. Donc c'est une conception qui investit fortement la clinique, et dans ses étapes il a donc publié un traité de psychopathologie où il a fait intervenir tous ses collaborateurs sur le plan international. C'est très important, parce que, si vous voulez, le traité de psychopathologie, donc il y avait déjà Karl Jaspers en 1913, et on remonte à Eugene Linkovski. Donc les traités de psychopathologie sont très importants dans l'histoire des idées. Donc Pierre Fedida a développé sa conception de la psychopathologie et Daniel Widlöcher est allé plus vers une conception plus unifiant de la psychopathologie à travers ce traité qui est publié dans les presses universitaires de France pour regrouper les outils en psychopathologie et donner une ouverture à ces différents points de vue, et c'est dans cette optique que vient sa conception du cas unique. Donc comme c'est un exemple clinique, je voudrais avant tout, faire part de ses pensées, de cette entrevue sur Avicenne et Averroès, je vous rappelle, qui a été sollicitée par Simon Baroudi, qui était urgentiste, double docteur.

Donc, tout d'abord je veux transmettre les meilleures salutations du professeur Daniel Widlöcher qui a parlé, avec beaucoup d'intérêt, d'Avicenne et d'Averroès, qu'il qualifie comme passionnants. Entre autre, il a parlé des philosophes arabes sous le prisme de leurs traductions latines, en termes de leur originalité et leur progrès par rapport aux grecques, et qui ont montré que l'existence de Dieu ne peut être démontrée par une cause première, sinon l'on finirait avec une recherche sans fin de cause, à partir du moment où en sort l'explication du prince qu'une chose existe par la volonté dans notre être. La philosophie arabe a su montré la nécessité de définir des choses essences existantes et les choses virtuelles comme possibles. Sur la grande mutation apportée par Avicenne par rapport à Aristote, quand il a abordé le principe majeur dit de « l'indifférence de l'essence », tout en insistant sur le caractère primordial de la signification laquelle revient à l'intentionnalité en tant que projection mentale de sujet, dans le domaine du signifiant, lesquels les signifiants peuvent déjà être existants, ou bien seulement existant en puissance de manière potentielle. On sait comment Printannaux a repris le thème fondamental de l'intentionnalité à Avicenne, puis comment Ursell a bâti sa théorie de la phénoménologie en développant à sa manière le concept avicennien d'intentionnalité. Avicenne fut-il le précurseur d'Ursell? On peut dire sans exagération qu'il fut un précurseur de Merleau-Ponty. Pour ce qui est de la thèse de monopsychisme d'Averroès, qui fut ardemment et injustement combattu jusqu'à l'excès par l'église romaine médiévale et fut prudemment arrêté par Thomas D'Aquin, mais qui constitue une source d'inspiration remarquable qui rejoint le structuralisme psychologique, et par certains égards, le structuralisme de Lacan. Toujours est-il, que Saint Thomas d'Aquin a repris la thèse de l'indifférence de l'essence à son compte en théorisant que Dieu est un être et son essence implique son existence. Radegeur par la suite propose de laisser tomber une pensée exclusivement métaphysique en privilégiant le fait de vivre en plein de conscience son existence comme une

réalité de son être et sortie la pensée dans un cadre conceptuel. Bref, un sujet passionnant, injustement méconnu, porteur de promesses, de recherches et de progrès dans les connaissances de la vie mentale et des mécanismes psychothérapeutiques.

Donc je propose les publications de ces actes, je transmets cette entrevue au professeur Abbas Makke pour que ça soit traduit en arabe.

Donc, justement, dans cette perspective, venons au cas clinique, comme il l’a intitulé, mais cela amène déjà à la conception : est-ce qu’on va parler du cas clinique comme un cas unique, comme un « single case », c’est-à-dire un cas singulier, un cas signifiant, un cas significatif? Donc, comment faut-il concevoir le cas clinique? Et avec chaque mot, on change déjà dans la perspective. Donc, le but de cette intervention et de ramener un débat qui nous est tous commun, c’est-à-dire une situation de soins avec le patient, comment on se le représente, et comment on veut le transmettre, puisqu’il est question de transmission. Est-ce que les variations sont importantes, ou finalement le cas en lui-même peut-il se suffire? Donc, Daniel Widlöcher explique, quel psychiatre n’a pas rêvé un jour de trouver le médicament qui pourra guérir la schizophrénie et pouvoir dire « eh bien voilà, vous voyez bien, j’ai administré cela et le patient, il se porte mieux ». C’est donc là un rêve que l’on peut avoir, au moment de la découverte de l’imipramine avec des propriétés antidépressives, le rêve que la streptomycine guérissait la méningite tuberculeuse, c’est le rêve ou Pasteur découvre un remède contre la rage. En médecine, il faut dire, le remède trouvé, cela ouvre toute une dimension ou l’on pourrait dire « désormais on pourrait guérir les patients ainsi ». Donc c’est toujours l’idée d’aller du cas unique vers la généralisation, c’est-à-dire, quand on a vérifié un traitement, tous les collègues peuvent faire pareil, ils n’ont qu’à respecter la méthodologie. Donc c’est toute la question de la validité et de la fidélité inter juge, pourvu aussi que vos collègues le fassent de la même manière et qu’ils respectent cette méthodologie. Donc ce « single case », ce cas unique implique que vous procédez de la même manière dont c’était fait par vos collègues, mais est-ce que dans le soin médical ou psychothérapeutique on peut prétendre de guérir de la même manière que son collègue? Donc, la question se pose dans différents axes, mes collègues se soufflent qu’est-ce que ça veut dire de guérir? Donc il ne faut pas que je fasse discuter, apparemment mes collègues. Donc Daniel Widlöcher avance sur une boutade qui vient déjà de Skinner, et qui dit « au lieu d’étudier mille rats à raison d’une heure chacun, ou cent rats à raison de dix heures chacun, il est préférable d’étudier un rat durant mille heures ». Au moins, on saura la vie du rat. Donc ce point avance dans la réflexion, il ne peut y avoir de cas unique ou de cas singulier si nous n’avons pas déjà suffisamment approfondi les questions sur ce qui se passe dans le soin avec une personne, et cela suffisamment longtemps, et là nous avons évidemment de la psychanalyse, qui a modèle sur le cas unique. Alors j’avance dans la conclusion. Donc si on s’intéresse à cet usage fait du cas clinique et comment cela se passe dans le cas de psychothérapie et d’orientation psychanalytique, un cas donné est une entrée en matière qui doit être suffisamment ouverte pour donner des voies d’associations aux collègues pour se débrouiller dans un cas similaire, parce que vous n’allez jamais avoir le même patient, vous n’allez jamais vous trouver dans la même situation relationnelle. Donc en psychopathologie en même temps quand on donne un cas unique, si on sent le besoin de le donner c’est parce que l’on a eu un problème en quelque sorte avec ce cas. Parce que sinon cela ne devient pas un cas pour vous, vous n’allez pas raconter tous vos patients, tous vos patients ne sont pas dignes d’un cas. Donc il y a toujours un souci méthodologique quand vous avancez un cas. Donc justement je vais y venir avec ma propre discussion. Donc si j’ai bien compris la proposition est que j’annexe tout de suite ma propre communication. Je termine donc sur le point de vue de Daniel Widlöcher qui m’est évidemment proche puisque c’était mon directeur de recherches.

Donc j'étais frappée à la lecture de ces trois ouvrages, du parcours d'Avicenne et d'Averroès, de leurs préoccupations, et leurs écrits qui étonnent par leur modernité. Parce qu'en fait ils posent la question de la méthodologie, à savoir que, tout ce savoir médical doit être fait de manière transdisciplinaire, on voit cela dans la Sagesse du prince, qu'en fait on ne peut pas cloisonner les disciplines et pour soigner il faut penser à tous les aspects. Et nous avons donc l'exemple au moment où il est au service du roi, où il est question de malaise, et il a va trouver que c'est à cause du récipient duquel le roi boit, parce que le récipient comporte une peinture qui est toxique. Pour cela il fallait avoir des connaissances chimiques ou alchimiques comme on disait à l'époque. Donc on ne peut pas soigner sans avoir connaissance de cela, et il fallait avoir assez de diplomatie pour demander à l'entourage d'apporter ce récipient, donc la vaisselle sacrée, pour ne pas faire penser que l'entourage veut empoisonner son roi. Donc c'est une situation délicate, dans laquelle nous nous trouvons toujours quand nous soignons, parce qu'il faut avoir aussi d'autres aspects à l'esprit. Vous ne pouvez pas soigner votre patient sans penser à l'entourage dans lequel il se trouve, l'entourage culturel, de sa famille, de son ascendance, de la migration. Donc on ne peut pas cloisonner, c'est un premier aspect. L'autre aspect est le souci de la rigueur méthodologique et l'érudition de ses savants-chercheurs, situe le débat d'emblée dans un questionnement des fondamentaux du système de soins. Donc effectivement, soigner est toujours une question de vie et de mort, non seulement pour le patient si vous le soignez mal, mais aussi pour vous. Donc la preuve, le prince il se trouvait à un moment donné emprisonné, comment vous pouvez toujours dire que votre traitement est tout à fait valable? Donc on a beaucoup de discussion chez Averroès « le discours décisif », à savoir comment est-ce qu'on est de bonne foi, mais il faut être suffisamment érudit pour être de bonne foi, mais ils peuvent toujours commettre des erreurs. Même si l'on se fie à Dieu, les erreurs sont toujours possibles pour des questions qui nous échappent, et la encore une fois c'est Dieu qui intervient, donc on n'est pas dans le projet. Donc toujours dans le soin, ce qui nous ramène en lisant Avicenne et Averroès sur les questions absolument fondamentale en médecine et en psychothérapie. Il y a toujours une référence à savoir lorsqu'on se met à la place de soigner, qu'on représente une autorité, pour ne pas se donner trop de place, pour ne pas se confondre avec Dieu, que l'on n'est pas versé dans la métaphysique, dans la philosophie, et pour avoir une certaine esthétique, c'est-à-dire qu'est-ce que l'on demande en échange, comme par exemple toute la question des honoraires, jusqu'où il est raisonnable de demander des honoraires ou de ne pas les demander. C'est tout ce questionnement. Ensuite, on voit à partir d'Avicenne et d'Averroès un modèle pour les jeunes chercheurs d'aujourd'hui, d'une recherche que ne s'arrête ni aux frontières des pays ni aux frontières des disciplines. Donc ils ont voyagé géographiquement pour se former sur le terrain, dans leurs parcours. Donc comme je vous ai dit, on ne cloisonne pas les disciplines. Ensuite, dans ce souci méthodologique qui traverse la médecine, la psychiatrie, la phénoménologie, la psychothérapie il y a toute une question que l'on retrouve autour de la fidélité aux références. C'est pour cela que nous sommes, et c'est ainsi que j'ai voulu tourner le débat, nous sommes toujours tributaires à ceux qui nous ont enseigné. Nous ne sommes jamais ce praticien en nous-mêmes, nous avons tous nos maîtres de pensée, et combien il faut retourner dans le temps pour rendre hommage à ceux qui nous ont formés dans la pensée et dans la pensée de nos maîtres. Et donc cela est toujours important de nous remettre dans l'esprit, et nous avons une réflexion très approfondie par rapport à la fidélité aux références. Donc comme nous sommes dans le tronc culturel, et par apport à l'arabe, que l'on sait peut se traduire de différentes façons, et on le sait par apport au Coran, donc nous sommes toujours dans une réflexion de la traduction et aussi de l'interprétation où il faudra toujours être vigilant et se rendre à l'esprit. Donc je trouve là un débat tout à fait passionnant ou je ne me vois pas du tout maître, ce sont là de grands axes que j'ai dégagé que l'on devrait toujours avoir à l'esprit. Maintenant je viendrais plutôt vers mes propres préoccupations de re-

cherches. C'est-à-dire, en psychothérapie quand vous recevez un patient il n'a pas marqué sur le front « névrosé » ou « psychotique », et ce n'est pas parce que vous avez une chose que vous ne pouvez pas avoir l'autre. Vos patients peuvent avoir des troubles organiques, neurologiques, génétiques, immunologiques, psychopathologiques. Et qu'est-ce que ça veut dire que quelqu'un est simplement névrotique? Donc il faut toujours être très prudent, et faire très attention avec quelqu'un qui est simplement « quelque chose ». Et là j'aimerais rapprocher les thérapies systémiques et les thérapies familiales. Nous savons bien que notre patient n'est pas un célibataire psychique tel que nous le recevons, il est ainsi parce qu'il est dans un couple, dans une famille. Donc, nous touchons aussi à la vie de couple, aux secrets familiaux, à la transmission Inter et trans-générationnelle. Donc dans la psychothérapie, par définition, nous travaillons de manière intégrative. Je ne vois pas quel psychothérapeute, même pratiquant la psychothérapie psychanalytique va sérieusement cloisonner, en disant qu'il exclut tout cela dans son esprit. Je dirais qu'il n'est pas moderne, qu'il n'est pas de notre temps, donc cela joue toujours. Donc ce qui est important, pour venir au sujet fédérateur de notre congrès, c'est que tout ce que nous avons pour nous orienter c'est la parole du patient. Et je vais vous donner un bref exemple clinique d'une patiente, pour vous montrer comment ma recherche avec un patient ou une patiente peut tout d'un coup se situer dans une recherche de psychopathologie fondamentale. Donc je précise ma spécialité dans notre équipe de recherche dans le centre de recherche de médecine, psychanalyse et société et donc le pont entre la psychanalyse et la phénoménologie et à l'intérieur je me suis spécialisée sur le bilinguisme et le plurilinguisme vécu. Donc effectivement, vous avez peut être remarqué un petit accent, je suis en fait d'origine allemande. Et quand vous travaillez dans un pays qui n'est pas le vôtre, vos collègues ils ont vite fait de vous mettre tous les doctorants d'origines étrangères, parce que parfois ils sont parfois difficiles à comprendre, ils n'ont pas lu toutes les références, et ça vous fait cinq fois plus de travail. Mais ce qui est passionnant, c'est qu'ainsi j'ai pu former un groupe de « pys », psychiatres, psychologues, psychanalystes bi-plurilingues comme moi, qui travaillent avec des patients bi-plurilingues, ce qui a donné tout un nouvel observatoire sur le bilinguisme vécu. Donc c'est tout un champ du travail, on nous avons publié, d'ailleurs il est dit que j'ai apporté des livres au premier étage, pour vous donner un peu une idée. Maintenant il est tout à fait passionnant comment la recherche pourrait avoir un impact sur le terrain, pour quelqu'un qui semble a priori être monolingue. C'est à dire ne pas être touché spécialement par le bilinguisme. Et effectivement dans cette recherche de bilinguisme vécu c'est cette position par rapport au langage qui m'a intéressé, donc je fais l'analogie de la position de l'enfant par rapport à la langue des adultes. L'enfant en entendant les adultes, c'est un peu une langue étrangère, les parents qui se disputent, qui ont un malentendu, c'est un peu comme la mère et le père qui parlent une langue étrangère et l'enfant se fait souvent interprète. Il cherche à réconcilier les parents. L'enfant donc se situe dans un pays étranger, comme interprète. De même quand vous travaillez avec des patients psychotiques, vous allez remarquer, ils vont toujours vous dire de leur problème avec la langue. Le langage ne leur convient jamais, soit ils refusent de parler, soit ils vont parler de leur manière, mais de toute façon ils ne vont pas retrouver leur vérité représentée dans le langage tel qu'on le pratique. Et en fait, troisième position, l'étranger, qui se trouve dans un pays et qui adopte peu à peu la langue de ce pays, mais qui a infantiliser, donc ce n'est jamais au point. Donc il se trouve dans la position de l'enfant, et il y a aussi ce préjugé que si vous ne parlez pas bien, vous ne pensez pas bien, vous déraisonnez. Donc il se trouve aussi dans la position du psychotique. Donc vous voyez j'établi une analogie entre ces trois positions, l'enfant, l'étranger, le patient psychotique, par rapport à la position du bilinguisme vécu. Donc il y a plein de choses très intéressantes qui se dégagent. Mais dans l'optique de mon maître de thèse, Daniel Widlöcher, je vais vous présenter brièvement une vignette d'une patiente, qui a priori se situe dans l'idée du cas unique et dans le mono-

linguisme. Donc cette patiente quinquagénaire vient me voir parce qu'elle n'arrive pas à s'exprimer, elle a des problèmes de couple, et même elle a des problèmes suicidaire. Donc il est très difficile de la faire parler à chaque fois, elle n'en a pas l'habitude et pour elle c'est carrément une révolution que de voir que face à face elle arrive à dire des choses sur elle-même et qu'il y a des choses à dire sur elle-même. Donc elle parle de sa vie de couple avec son mari, elle mariée depuis 35 ans, les enfants sont grands ils ont déjà des métiers, et dans sa vie de couple quand son mari revient du travail il lui dit c'est un peu comme si rencontre un poisson rouge dans un bocal qui a un neurone. Donc cette femme complètement retranchée dans son isolement, se voit parler pour une première fois, et je cherche à la faire parler comme on peut donc quel est son quotidien, comment est sa vie familiale, et d'un coup, grâce à cette recherche sur le bilinguisme et le plurilinguisme, ça fait comme l'ampoule qui s'éclaire. Donc elle me parle, c'est comme une lignée, mais il n'empêche dans les cas où la personne n'arrive pas à parler, que je cherche à faire des génogrammes, c'est-à-dire que ça a montré qu'il y a une lignée chez elle ou les femmes ont eu des enfants sans pères. Elle a donc grandi avec sa mère qui l'a eu jeune, qui travail et qui a donc mis sa fille chez ses propres parents. Comme elle a eu sa fille très jeune, les grands-parents avaient au début 43 ou 44 ans, donc ils avaient encore l'Age pour avoir leurs propres enfants. Donc, ma patiente, qui a grandi chez ses grands-parents qui avaient encore certainement une grande passion pour vivre leur couple. Mais qu'est-ce qui va se passer ? Nous sommes aussi dans une histoire de migration parce qu'il y a eu la guerre, donc c'est en fait, le grand-père qui vient de l'Est, du Caucase, de la Russie, et qui a peu à peu migrée vers la France. Donc chaque fois qu'il y avait une dispute ou une question de vie amoureuse, ils vont donc parler dans le dialecte de là-bas. Donc une langue étrangère. Donc imaginez une jeune fille qui non seulement grandit chez ses grands-parents, mais tout ce qui va être affectif, c'est-à-dire un peu coloré affectivement, va être dit dans une autre langue. Elle peut juste suivre la tonalité, mais elle ne suivra pas le contenu. Donc elle est exclue. Donc elle disait que quand ils sortaient parfois, parce qu'eux aussi travaillaient beaucoup, lorsqu'ils étaient assis à table, la grand-mère aimait bien être séduisante et bien habillée, donc ils parlaient dans leur dialecte et la jeune fille était là à siroter sa limonade et devait se contenter à regarder l'entourage. En fait, c'était une position qu'elle avait pris depuis toute petite. Non seulement s'était-elle habituée à s'exclure ou à ne pas participer lorsqu'on parle, mais aussi elle n'avait pas de modèle de couple. Elle ne savait pas, dans un couple, comment fait la femme lorsqu'elle accueille son mari, comment on gère les compromis, comment on gère les disputes, comment est le langage affectif, comment on pourrait être déraisonnable. Donc en fait, elle a une idée très aseptisée du couple. Donc quand elle parle de sa vie de couple, ça se résume, tout de même que son mari lui apporte le petit déjeuner au lit tous les matins, si vous voulez ça remplace toute la vie sexuelle dans le couple, il n'y en a pas. Ce qui est normal pour elle, quand elle pense à ce modèle grand-parental. Donc les grands moments pour elle c'est quand elle est malade, les grands-parents l'appellent et regardent la télévision. Donc son modèle du couple on dirait deux perroquets dans une cage. Donc c'est un modèle très aseptisé et elle n'y arrive pas. Donc il y a tout le mal à lui faire penser la vie sexuelle dans le couple avec tout ce qui est affectif. Et bien sûr il faut le faire par le langage, il faut la faire entrer dans le langage, et peu à peu elle trouve la voie. Donc je ne pouvais pas m'imaginer à quel point elle était cloisonnée, et elle m'a avoué avec le temps qu'elle était extrêmement suicidaire. C'est-à-dire que cet isolement lui faisait penser qu'à tout moment elle pouvait prendre une moto ou une voiture et foncer dans un mur. Et aussi au cours de quelque activité, elle avait un fantasme d'un coup qu'elle pourrait se suicider de quelque manière. Et c'est donc la reprise du langage, comme on avait dit le langage est multiple, il y a le langage infantile par rapport à l'adulte. Alors que ce mouvement a été exclu chez elle, elle est toujours en train d'explorer ces plusieurs strates du langage, et on est dans une dimension, un tronc culturel à l'intérieur d'un monolinguisme. Donc nous avons là un

exemple à la fois de comment le bilinguisme peut être appliqué dans un cas clinique, comment on peut faire une recherche de psychopathologie fondamentale par apport à une situation très spéciale, par apport à la patiente. Et quand je lui ai expliqué comment elle était exclue de la communication affective, elle a raconté ça à son mari, à sa belle-famille, on lui a dit que oui c'est en fait quelque chose qui n'est pas normal. Donc du coup elle était pardonnée pour beaucoup de ses attitudes et ça a complètement changé le contexte familial. Donc ça a défait ce symptôme familial, ou elle pouvait partir sur un coup de tête et planter toute la famille, le mari, les enfants. Et si je n'avais pas fait cette recherche, je n'y aurais pas pensé. Donc j'arrête là pour cette démonstration, et pour tout le concept de la psychopathologie fondamentale, on en reparlera demain. Donc en conclusion, voilà un exemple de cas unique, et j'espère qu'il vous servira à penser à combien il est important de se représenter ce bilinguisme et plurilinguisme que nous portons en nous, et vraiment à tous les coups, j'explore vraiment avec un patient qui n'est pas dans cette dimension plurilingue. Parce qu'en fait les langues sont pour nous des identités qui cohabitent et que nous faisons cohabiter, et quand ils cohabitent mal, cela pourrait expliquer facilement le problème identitaire. Donc il y a une espèce de psychodrame dans les langues, une thérapie familiale dans les langues, que votre patients va vous présenter et vous allez plus vite dans la représentation d'un conflit intrapsychique.

Dr. Abbas Makke

Donc je remercie professeur Mareike Wolf Fedida pour ces deux exposés en profondeur et de la pensée de Daniel Widlöcher, de Pierre Fedida et de sa pensée à elle. Je vous remercie.

En attendant, je continue mes remerciements, en soulignant qu'Abaad, les sponsors de notre congrès, a fait un effort extraordinaire pour aider à la réalisation de ce congrès. Je remercie donc la société Abaad et je remercie la société de l'épilepsie au Liban, je remercie la société libanaise de la recherche sur la douleur, mes remerciements vont aussi au IMC qui a œuvré à la réalisation de ce congrès, et la société des praticiens de la psychothérapie et consultants, que je préside après la présidence excellente de ma collègue Docteur Najat Braidy.

Donc je donne la parole à mon ami et collègue le professeur Kamal Raddaoui.

Prof. Kamal Raddaoui

Merci, merci mon ami Abbas. Quand tu m'as proposé d'intervenir, et que j'ai pris connaissance du thème, je me suis dit qu'effectivement soit on parle trop soit on ne parle pas assez de la dimension culturelle, et que c'est toujours intéressant d'apporter un éclairage sur les données de la culture dans ses rapports avec la psychothérapie. Et ceci d'autant plus que nous sommes en train de construire un pont entre l'est et l'ouest, comme l'on a fait souvent entre le Nord et le Sud. Ces travaux collaboratifs sont essentiels pour cerner un peu ce que pourrait être la problématique psychique de l'Homme, sa souffrance, et les moyens par lesquels on peut parvenir à le soulager un peu. Alors effectivement, on peut faire un saut dans l'histoire et voir l'éclairage que nos ancêtres nous ont apporté, mais aussi celui de nos contemporains dans les quatre coins de la planète et tâcher de confronter les idées. Comme c'est un sujet très vaste, on pourra toujours discuter tout à l'heure pourquoi ce sous-titre, pourquoi ce choix, de mettre la lumière sur le transfert culturel. Nous vivons dans un monde polymorphe, multiculturel, multiethnique, multi religieux. Il n'y a pas un espace dans le monde où il n'y a pas ce polymorphisme, ce qui fait qu'il y a

des similarités dans une universalité, mais aussi une singularité en même temps. Donc comme le temps m'est compte, je vais avancer un petit peu. J'espère ne pas trahir le Liban, mais je parle quand même de nos pays, car il y a des similarités en tout cas chez nous, un manque extraordinaire de psychothérapeutes et d'institutions d'accueil de la souffrance humaine. Il y a aussi une absence de politique adéquate pour la prise en charge de la Santé mentale. On a toujours privilégié la santé physique par rapport à la santé mentale. Et donc, paradoxalement, malgré le besoin, il y a très peu d'études épidémiologiques sur les psycho-traumatisme, sur les troubles anxieux, pas d'un point de vue médical, parce que, sur l'épidémiologie de ces pathologies sur un plan médical peut ramener des chiffres et pour convaincre les responsables politiques pour mettre plus d'argent sur les traitements chimiques, là il n'y a pas de problèmes. Alors quelle est la situation dans le monde, si vous me le permettez ? Il y a de plus en plus de personnes qui souffrent, et qui vont nécessiter des soins. Il n'y a qu'à voir ce que nous avons traversé ces dernières décennies, en révolutions, en guerres, en conflits intercommunautaires et inter-religieux, et je pense que le Liban a payé un lourd tribut à ces conflits. Nécessité de sensibiliser davantage les pouvoirs publics afin de pouvoir développer la psychothérapie. Et là encore je pensais trouver Alfred Pritz ici, peut-être qu'on pourra lui écrire un lettre et le solliciter, nécessitant une plus grande implication du WCP pour aider à la formation et au développement de la psychothérapie dans le nos pays. Alors, deux termes qui se croisent : psychothérapie et culture. Bien sûr il y a une littérature très abondante et beaucoup de travaux anthropologiques et ethno-psychiatriques. Et on commence à parler de plus en plus de la dimension transculturelle de la psychiatrie et de la psychothérapie, parce qu'il faut justement prendre en compte la dimension culturelle et les particularités des groupes d'appartenances de nos patients. Bien sûr, pour éviter les amalgames, les généralisations et de les mettre dans le même moule, et pour respecter leurs spécificités et donner des réponses adéquates aux sujets souffrants. Bien sûr je me répète, nous vivons dans un monde multiculturel, et ceci parce que tout le temps, les êtres humains ce sont déplacés, du Nord au Sud, du Sud au Nord, de l'Est à l'Ouest, les gens circulent à travers la planète et au grès du climat, des besoins économiques, des besoins culturels. Les gens donc circulent et partagent des choses, comme le mariage mixte. Et donc finalement, cette hétérogénéité, ce mélange fait que partout où nous nous trouvons il y a cette hétérogénéité, et il y a à la fois les similitudes et les différences. Nous sommes au Liban, donc je vais appeler à témoigner un des vôtres, Amine Maalouf, et je suis sûr que nombreux d'entre vous ont dû lire son ouvrage que je cite ici en référence « Les identités meurtrières ». Et donc avec ce très beau cliché de lutte fratricide, quand Caïn tue Abel, donc vous verrez l'importance de ce cliché plus tard dans mon exposé. Donc je vais tout simplement lire quelques passages pour dire qu'il est en plein vraiment dans le thème de ce congrès. Alors il dit qu'il « vit à la lisière de deux pays, de deux ou trois langues ». Et puis a la question, à laquelle on lui demandait de répondre, s'il se trouvait plutôt libanais ou s'il se sentait plutôt français. Alors il dit que « absolument pas, que l'identité ne se compartimente pas, qu'elle ne se répartit ni par moitié ni par tiers, ni par plage cloisonnée ». Il dit ne pas avoir plusieurs identités, il n'en a qu'une seule, mais faite de tous les éléments qui l'ont façonnés, selon un dosage particulier qui n'est jamais le même d'une personne à l'autre. On lui rétorque « oui mais, c'est bien, vous avez très bien parlé, c'est très intéressant ce que vous dites. Mais au fond de vous-même, que sentez-vous vraiment ? ». Il répond que « cette interrogation insistante m'a longtemps fait sourire. Aujourd'hui je ne souris plus. C'est qu'elle me semble révélatrice d'une vision des hommes fort répandue, et à mes yeux dangereuse. Lorsqu'on me demande ce que je suis au fin fond de moi-même, cela suppose qu'il y a au fin fond de chacun une seule appartenance qui compte, sa vérité profonde déterminée une bonne fois pour toute à la naissance et qu'il ne changera plus. Comme si le reste, tout le reste, sa trajectoire d'homme libre, ses convictions acquises, ses préférences, ses affinités, sa vie en somme, ne comptait pour rien. Et lorsqu'on incite nos contempo-

rains à affirmer leur identité comme on le fait si souvent, qu'on leur dit que par là ils doivent retrouver au fond d'eux-mêmes cette prétendue appartenance fondamentale et souvent religieuse, nationale, raciale ou ethnique et la brandir fièrement à la face des autres, et quiconque revendique une identité plus complexe, se retrouve marginalisée par les deux communautés, d'origine et d'adoption. Mise en demeure de choisir, ce n'est pas seulement par les fanatiques et xénophobes de tous bords, mais par chacun d'entre nous à cause de ses habitudes d'expression si ancrées, à cause de cette conception étroite, exclusive et simpliste qui réduit l'identité entière à une seule appartenance proclamée avec rage, c'est ainsi que l'on fabrique des massacreurs ai-je envie de crier ». Et il le crie, et il a bien raison de crier. Un autre témoignage, puisque j'ai été amené à parler de déplacement et du brassage des cultures, c'est le drame que nous connaissons en méditerranée de ceux qui vont traverser quelle que soit la situation, quelques soient les moyens de fortunes, pour aller chercher refuge quelque part. Asile politique, travail ou échapper à quelque chose, peu importe ce qu'il fuit, peu importe ce qu'il cherche, l'homme a toujours bougé et a toujours circulé. Et je crois qu'aucune politique mise en place ne peut empêcher le déplacement des êtres humains à travers la planète, et la mer méditerranée nous en donne un exemple flagrant. Voilà un petit peu, des exemples des « boat peoples », ceux que l'on appelle boat people, dans des bateaux et barques remplies à ras-bord, pas le moindre centimètre, pour essayer de traverser quoi qu'il en coûte. C'est des vérités, c'est des clichés vrais, ce ne sont pas des photos trafiquées. Regardez un peu les moyens par lesquels on essaie de traverser pour essayer d'atteindre l'autre rive. Evidemment, avec de moyennes fortunes, les drames se produisent, les drames se répètent, et on en a montré des exemples flagrants, on en a beaucoup parlé ces derniers temps, les responsables politiques de l'Europe se sont réunis pour trouver des solutions, et partager un peu les réfugiés de manière équitable, pour que chaque pays en prenne un petit peu. Et ça fini par le drame, des cadavres par centaines et par milliers, échoués sur les plages. Ce n'est pas pour vous frapper ou pour vous émouvoir, mais c'est la réalité. Voilà un petit peu les statistiques de 2014, on apprend qu'il y a des centaines de milliers de traversées, avec des morts qui n'en finissent pas. Et là, cette partie à laquelle j'appartiens, le Maroc, est très proche de l'Europe. Tellement proche que finalement entre les deux rives, on peut regarder à l'œil nu, et vous voyez que la tentation est très grande. Les gens pensent pouvoir y arriver, à la nage, avec une barque avec n'importe quoi, parce que c'est si proche. C'est tellement à côte, que c'est tentant. Et nous avons une immigration subsaharienne énorme au Maroc, parce qu'ils essaient de traverser le détroit de Gibraltar. Ça a donné lieu d'ailleurs, au mythe d'Hercule qui lui serait en train d'écartier les deux continents pour créer le détroit de Gibraltar. D'ailleurs il y a des grottes à Tanger que l'on appelle les grottes d'Hercule, il n'y a pas le temps de développer cela. C'est-à-dire les différences culturelle existent même au sein d'un même pays ou plusieurs communautés religieuses vivent parfois des tensions et conflits extrêmement violents et beaucoup plus qu'avec des communautés étrangères. Ces polymorphismes rendent nécessaire un approche transculturelle même dans le même pays, dans le cas de la rencontre entre un thérapeute et un patient du même pays.

Donc qu'est-ce que la relation thérapeutique ? Elle ne se limite pas au lien existant entre le patient et le thérapeute. Mais c'est une interaction entre le système du patient et celui du thérapeute, c'est-à-dire incluant leurs groupes d'appartenance. Et il faut toute la plasticité psychique du thérapeute et son attitude empathique pour une relation thérapeutique de qualité.

La psychiatrie transculturelle, soit on en parle beaucoup soit on en ne parle pas assez. Donc elle recouvre 3 types d'études :

- Recherche anthropologique sur la forme et la nature des troubles psychiques présentés par les popu-

lations non occidentales. Donc vous voyez bien ça vient de l'Occident, l'éclairage vient de l'Occident, les recherches et les travaux sont faits en Occident, sur une personne non-occidentale.

- Réflexions sur la forme et la nature et la nature des désordres, présentées par des populations migrantes, qui servent de modèles.

- Etudes épidémiologiques cherchant à établir des corrélations entre l'appartenance culturelle et la prévalence de certaines spécificités des syndromes psychiatriques.

Et là on va regarder tous les dérapages possibles avec des théorisations vraiment approximatives et des erreurs à n'en plus finir. La culture met à la disposition de l'individu une grille de lecture du monde qui lui permet d'anticiper le sens de ce que peut survenir et donc maîtriser la violence de l'imprévu. Donc il est important de prendre en compte les représentations sociales et culturelles de la maladie, qui sont des éléments communs autour de la méditerranée. Chaque groupe a une conception et une explication différente de la maladie : ça pourrait être une superstition, une possession démoniaque. D'où le florilège de la thérapie traditionnelle. Pourquoi ces thérapies traditionnelles marchent beaucoup, je ne sais pas au Liban mais en tout cas chez nous ça marche énormément, car la théorie est plus cohérente et le système de soin est en harmonie avec la conception. Si vous êtes possédés par le diable ce n'est pas une chimiothérapie ou une psychothérapie qui va vous en délivrer, mais c'est le guérisseur traditionnel parce que lui il connaît bien les recettes pour vous en libérer. Alors il faut qu'il y ait une cohérence entre la conception de la maladie et le type de soin qui est proposé.

[Le professeur montre une image d'un homme supposé être possédé, tout seul ligoté dans une cellule]

Voici donc un exemple des excès. Possédé par le diable, il est dangereux donc il faut le ligoter. Il est donc privé de soins.

Un petit tour d'horizon sur les conceptions d'ethnopsychiatrie. Durkheim donne la priorité au social sur l'individuel, et théorise une « conscience collective ». Ça se résume par une seule phrase « si chacun est libre de penser ce qu'il veut, il ne peut le faire qu'à travers des codes fixés par la culture ». Et Mauss dit: la culture assure une fonction symbolique qui se transmet à travers les mythes, les rites et les croyances.

Nous avons tous traversé une période du dualisme Psyché/Culture. Donc le psychisme et la culture sont deux entités qui se construisent, se fécondent, qui sont en interaction constante tout au long de la vie et tout au long des générations. Donc il y a une transmission trans-générationnelle également. La culture serait également, pour reprendre Winnicott, un espace intermédiaire qui articule le code psychique et personnel et le code social. Une véritable aire transitionnelle.

Qu'en est-il du postulat de l'universalité psychique? Freud dans « Totem et Tabou » postule l'existence d'un « mythe fondateur », vous connaissez tous le meurtre du père de la horde primitive. Lévi-Strauss fondateur de structuralisme, et qui a bouleversé l'anthropologie, la psychanalyse et la sociologie, va définir la règle de prohibition de l'inceste comme étant l'élément permettant le passage de l'état de nature à l'état de culture. L'anthropologie structurelle elle, s'attache à découvrir les lois d'organisation des systèmes symboliques culturels.

Je veux faire appel à une équipe à Paris, l'équipe de Devereux et De Meuron, qui sont les pionniers en matière de thérapie transculturelle. Devereux définit donc 3 types de thérapies transculturelles :

- la thérapie intra-culturelle : thérapeute et patient appartenant à la même culture
- la thérapie interculturelle : thérapeute et patient appartenant à de cultures différentes, mais le thérapeute comprend la culture de son patient et l'utilise comme levier thérapeutique
- la thérapie métaculturelle : le thérapeute et le patient sont de cultures différentes mais le thérapeute comprend le concept de culture et l'utilise dans l'établissement du diagnostic et la conduite du traitement.

Venons maintenant au contre-transfert. J'ai réfléchi beaucoup à introduire ce sous-titre, et je ne vous ferais pas l'insulte de vous répéter ce qu'est le contre transfert d'après les travaux freudiens. Mais voyez comment il a été élargi par les ethno-psychanalystes, et qui serait l'ensemble des réactions explicites et implicites, conscientes et inconscientes du thérapeute par rapport à son patient. Et Devereux postule aussi qu'il se déploie chez tous les chercheurs en sciences humaines par rapport à leurs sujets de recherche. Du fait que tout être humain est un être de culture, on peut reconnaître au transfert et au contre-transfert une dimension socioculturelle. Donc cette dimension culturelle du contre-transfert a été nommée « contre-transfert culturel » par Nathan, et a été ensuite développée par des ethno-psychanalystes.

Alors en clinique, comment ça se présente ? Devereux a élargi la notion de contre-transfert de l'analyste à tout psychiatre, psychothérapeute, ethnologue, anthropologue... et tout chercheur en sciences humaines. Et pour reprendre cette idée du contre-transfert, je vais vous rappeler une infirmière hongroise qui était dans le service, et qui elle utilisait son contre-transfert pour faire des diagnostics. Elle disait tout simplement « non docteur, moi je ne la sens pas cette patiente, je ne l'aime pas ». Donc si elle ne l'aime pas c'est qu'elle était hystérique. Par contre si elle était sympathique, si elle l'aimait bien, elle était psychotique. Pour elle, elle aimait les psychotiques mais détestait les hystériques. Pour elle c'était essentiel de se baser sur son ressenti pour promulguer si cette patiente était hystérique ou psychotique. Je ne sais pas si j'ai le temps de développer le cas de Naima et sa famille. Donc je dirais deux mots, et là c'est le contre-transfert non pas du thérapeute, mais d'un membre de la famille. Dans le Maghreb, ou le Maroc, il est essentiel d'attendre l'arrivée du garçon. Le garçon qui est porteur du nom, qui est celui qui va perpétuer la tradition. Et donc c'est l'histoire d'une famille traditionnelle, qui va avoir une première fille, deuxième grossesse, une deuxième fille, troisième grossesse une troisième fille. Où est le garçon ? Quatrième grossesse, une grossesse gémellaire, le garçon enfin, mais une quatrième fille. Donc tout à l'heure on parlait des génogrammes, et c'est extrêmement importants les génogrammes, parce que le garçon arrive en quatrième position. Mais il n'est pas seul, il y a une fille qui lui colle et qui gâche un peu la fête. Qu'est ce qu'on va faire d'elle ? Et bien la mère de Naima elle dit « ah cette fille elle était toujours insupportable, impossible. Elle était toujours en train de pleurer, jamais satisfaite. » Et c'est difficile à vivre, vous voyez. C'est des éléments de projection, des éléments contre-transférentiels. Je pense qu'elle est mal partie cette fille, pour avoir une vie normale. Et donc qu'est ce qui va se passer ? Elle était constamment chez une tante, un oncle mais jamais avec sa famille. Ils trouvaient toujours moyen de la caser quelque part, soit pour les vacances, les weekends et les fêtes. Et un jour c'était l'été, la famille est partie en voyage et Naima et rester chez de la famille, parce qu'il n'y avait pas de place dans la voiture. Il n'y a jamais de place pour elle. Et quand la famille est partie, ils ont fait un accident, et l'héritier de la famille est mort. Et donc elle doit son salut au fait d'être restée et de ne pas être partie en voyage. Et donc, je vais précipiter le mouvement, c'est peut-être elle qui devait mourir et pas lui, c'était elle qui était de trop. Donc réaction psychopathologique de cette fille quand elle apprend la mort de son jumeau, elle va sortir de la maison, elle va errer dans les rues et ne peut pas rentrer chez elle parce que c'est insupportable. Elle va rencontrer

un homme, qui va l’emmener, qui va la violer. Et puis elle rentre à la maison honteuse, doublement coupable, d’avoir été violée et de ne pas être morte à la place de son frère. Et elle va développer un délire, que la famille va la jeter dehors, va la rejeter et que dehors tout est dangereux. C’est un peu une analyse de ces relations avec la famille, plutôt avec la mère, qui va permettre de faire évoluer Naima, et de la faire sortir de son délire, pas à coup de médicaments mais beaucoup plus par accompagnement.

Donc je vais aller vite sur cette notion d’altérité, donc le tronc clinique et culturel, et qui va assigner au patient et au thérapeute une place dans la différence des générations, des sexes et des cultures.

Nathan va définir le contre-transfert culturel comme l’ensemble des réactions d’un homme qui rencontre un autre homme d’une autre culture, et entre en relation avec lui. Meuron précise que le contre-transfert culturel dans son aspect clinique, va dire qu’il concerne la manière dont le thérapeute se positionne par rapport à l’altérité du patient. Il s’agit donc des réactions implicites et explicites, conscientes et inconscientes du clinicien aux affiliations de son patient. Donc c’est liée à l’histoire personnelle du thérapeute, son identité professionnelle, son appartenance culturelle et sociale. L’élaboration du contre-transfert exige un décentrage, l’élaboration que de Meuron nomme l’altérité en soi. Ce décentrage suppose une connaissance respectueuse et approfondie de la fonctionnalité de la culture, pour permettre l’élaboration de la culture en soi et d’accéder au niveau métaculturel pour pouvoir faire un travail cohérent en clinique. Et ceci suppose aussi le regard du tiers, qui est nécessaire au contre-transfert culturel. Donc la supervision est essentielle pour pouvoir analyser les mouvements et attitudes contre-transférentiels.

Le registre émotionnel est important, puisque l’affect est considéré comme le registre préférentiel du contre transfert. La littérature nord-américaine a beaucoup décrit cet aspect. Ainsi certains affects tels que la culpabilité, la petite et l’agressivité seraient plus fréquents en thérapie interculturelle. Par exemple, la culpabilité d’une thérapeute juive en réaction avec une patiente arabe, ainsi que la pitié qui en découle.

Et le mot et fort, mais il est utilisé, celui de racisme institutionnel. Ce terme désigne un fonctionnement institutionnel qui provoque des inégalités ou même l’exclusion de certaines populations (sans conviction raciste des psychiatres). Exemple, le retour au pays prescrit pour des migrants venus chercher du travail ou des étudiants étrangers à la fin de leurs cursus universitaires. Des travaux nord-américains rapportent que les afro-américains et les hispano-américains étaient volontiers diagnostiqués schizophrènes plus que leurs compatriotes de race blanche. Ils recevaient souvent une chimiothérapie, voire même une psychothérapie. Il recevait volontiers de fortes doses de neuroleptiques, beaucoup plus que les blancs, et de préférence par voie intramusculaire. Ceci émousse leur affectivité et permet de confirmer a posteriori le faux diagnostic.

Je cite Knowles, une sociologue américaine qui développe la thèse que la surreprésentation des noirs dans les services fermés et les unités médico-légales serait une façon de détourner la loi pour permettre des détentions arbitraires. Elle évoque même que la santé ferait partie des instruments de contrôle social par le groupe majoritaire sur les noirs. Elle interprète la psychopathologie des noirs américains comme la voie de résistance ultime à l’oppression du groupe social dominant. Donc finalement il y a une méfiance des noirs à l’égard des thérapeutes blancs, de l’émigré à l’égard du thérapeute du pays d’accueil et du compatriote à l’égard jadis de la médecine occidentale du colon. Les médecins et les prêtres étaient les premiers à s’aventurer à la campagne et dans les montagnes pour « pacifier » les populations avant l’installation de l’administration, de l’armée de l’occupant et ensuite des colons au Maghreb. Tout cela mène donc à la question du stéréotype culturel. La littérature anglo-saxonne met en évidence les préju-

gés, les stéréotypes et contre-attitudes des cliniciens en situation interculturelle à l'égard des afro-américains. Nous avons vu également au Maghreb, à travers les observations rapportées par les psychiatres coloniaux et la fameuse école d'Alger, dont on a beaucoup parlé, qui décrit une psychopathologie du maghrébin, et décrit le maghrébin comme étant quelqu'un qui n'a pas de cortex pour réfléchir et qui a des structures archaïques, et qu'il serait incapable d'adhérer aux codes sociaux.

Un petit mot sur le narcissisme des petites différences (malaise dans la civilisation) : la réflexion sur les phénomènes de guerres et de violences collectives. Ce sont les petites différences dans ce qui se ressemble qui fondent le sentiment d'étrangeté et d'hostilité entre les individus. Un petit mot, si j'ai le temps sur l'inquiétante étrangeté ou les paradoxes d'altérité. Rien n'est plus inquiétant, rien n'est plus angoissant que la familiarité que l'on va trouver chez un étranger, ou l'étrangeté que l'on va découvrir chez un proche. C'est justement des mouvements qui vont désargenter et qui vont provoquer une angoisse extraordinaire. C'est précisément lorsque nous commençons à ressentir que l'autre « n'est au fond que le dépositaire de certains aspects de nous-mêmes, dont nous ne voulons rien savoir, qu'il revêt sa dimension la plus inquiétante ». Donc juste un mot sur le temple de la psychothérapie à Paris qui est l'hôpital Avicenne de Bobigny, et ce n'est pas par hasard que la psychiatrie transculturelle est née la-bas. Autrefois il s'appelait l'hôpital franco-musulman, et vous allez y voir une architecture très particulière et aussi une équipe très particulière puisque c'est sous la direction de Marie Rose Moro qui elle-même est immigrée espagnole et s'est beaucoup intéressée à la population immigrée de la région qu'elle couvre. Et lors d'une réunion récente avec Marie Rose Moro elle me dit « devine combien de langue on a parlé durant cette année dans le service, plus de quarante ». Et elle en était fière parce que pour elle, c'était un laboratoire vivant de toutes ces richesses multiculturelles.

Alors, cliché pour finir, je dirai qu'il fait reconnaître la dimension socioculturelle du contre-transfert en psychothérapie et que l'homme est un élément d'un ensemble et une unité d'un réseau psychosocial. Ne pas reconnaître cela expose au risque d'expliquer l'expérience seulement par des contraintes internes sans considérer ses contraintes externes relationnelles et socioculturelles, soit à l'inverse, expliquer cette expérience uniquement par les contraintes externes. Cela revient à nier ce qui fait la singularité du patient ou ce qui en fait un être socioculturel. Il en est de même pour le thérapeute qui est aussi inscrit dans un contexte socioculturel différent ou sensiblement identique. Il se doit donc être attentif aux enjeux historiques, politiques et de pouvoir qui peuvent se jouer dans la relation thérapeutique. Il faut enfin se méfier des interprétations limites, soit « la violence de l'interprétation ». Celles-ci doivent être en accord avec le système de valeur du sujet et ses croyances.

Donc quelle psychothérapie pour nos pays ? Dans nos pays traversés par des révolutions, conflits intercommunautaires et guerres, les populations ont plus que jamais besoin de psychothérapeute et de notre soutien pour les écouter et apaiser leur souffrance. Un petit mot sur le Child Trauma Network (CTN), qui se penche sur la prise en charge des enfants victimes de trauma, il faut une formation en psychothérapie, c'est urgent et essentiel. Les jeunes en formation doivent s'ouvrir à diverses approches et développer un certain éclectisme sans oublier la dimension transculturelle.

Je vous remercie.

Dr. Abbas Makke

Je remercie monsieur le professeur M. Kamal Raddaoui. Mon ami, tu nous as pris en voyage dans le monde, avec la misère et la souffrance des hommes sur terre. Et c'est au psychologue de bien se préparer pour savoir écouter la souffrance et d'essayer de faire quelque chose dans le sens du changement, on fera ça ensemble auprès du Professeur Alfred Pritz. Merci beaucoup. Je donne la parole à mon ami, j'ai beaucoup d'amis, on est tous amis, au professeur Marc Jaber, qui va nous parler de l'ethnomédecine.

Pr. Wassili Boudji

Alors Pr. Marc Jaber est président de l'association française de la médecine ethnique, associée aussi à la faculté de médecine de Paris. Il va nous présenter le titre de son intervention, donc « L'ethnomédecine et spécificités ethniques ». Alors, a vous la parole professeur.

Dr. Marc Jaber

Bonjour, je vous souhaite d'abord la bienvenue, et je vais essayer d'être court et concret, parce que le temps passe, et je vais aller à l'essentiel et ne pas me noyer dans un discours interminable qui a l'effet d'un somnifère, parce que on est presque à midi, et la sieste on pourra la faire plus tard. Mais je vais essayer de vous parler d'un vécu des cas cliniques, des cas concrets, qui vont nous enrichir en quelque sorte, parce que l'expérience est la base de notre enseignement, en acquérant des leçons de notre pratique, nous allons les transférer à nos étudiants de nos facultés, dont nous avons la charge de former. Il y a quelques années en arrière, l'ethnomédecine n'était pas prise au sérieux, malgré la nécessité absolue de la compréhension de l'aspect culturel et de l'appartenance culturelle du patient. Comme vous le savez, on ne peut pas séparer l'individu, le patient de son appartenance culturelle, c'est impossible. On ne peut pas non plus séparer le corps de l'esprit, ça aussi c'est impossible. Il y a un effet réciproque, quand le corps est malade, l'esprit est malade, c'est normal, on est inquiet quand on nous apprend que l'on a une maladie grave, par exemple un cancer, ou une maladie organique qui va nous rendre handicapé... Et la première réaction de l'être humain, même si la maladie est organique, c'est l'inquiétude. Pourquoi on est inquiet ? Parce qu'on a peur de la mort, de la souffrance, de beaucoup de choses, de quitter notre famille et les gens que l'on aime, de les embêter avec notre handicap. Donc il y a indiscutablement un lien entre le physique et le psychique. Et puis quel psychique ? Nous appartenons tous à une culture dont on a beaucoup de mal à se détacher. Et c'est bien aussi. Pourquoi se détacher de sa culture ? On ne peut pas mais on peut améliorer. Mais le problème, ce n'est pas parce qu'on vient de pays d'orient ou d'autre d'Afrique, que l'on doit se dissoudre dans une civilisation européenne ou occidentale. Le problème ce n'est pas ça. Le problème c'est de ne pas opposer les cultures. Il ne faut pas les opposer, comme il ne faut pas opposer les médecines, la médecine occidentale et la médecine dite traditionnelle. Quand j'étais étudiants en médecine, je me posais une question, est-ce qu'il y a d'autres médecines que la médecine occidentale, dite moderne ? Et si ces autres médecines existent, sont-elles efficaces et crédibles, et jusqu'à quel niveau ? Malgré l'absence de la chirurgie, parce que la médecine traditionnelle ne peut pas remplacer un cœur ou greffer un foie, malgré l'absence des moyens diagnostics comme la radiologie, est-ce qu'elle demeure efficace malgré ces lacunes ? Et dans quelle mesure peut-on prendre au sérieux les pratiques ancestrales en Afrique ou ailleurs, quand on a besoin. Quand est-ce qu'on a recours à ces médecines culturelles ?

C'est quand la médecine occidentale ne marche pas, il y a un échec, ou elle n'existe pas tout simplement, parce que dans de pays reculés on n'est pas au courant que la médecine occidentale existe, comme dans les hautes montagnes du Pakistan ou dans les forêts amazoniennes... toutes ces questions nous ramènent à une seule chose, peut-on considérer tous les patients de la même manière ? Ou faut-il se pencher sur l'appartenance culturelle lorsque notre patient fait éruption avec ou sans rendez-vous dans nos cliniques ou dans notre salle de consultations, ou à l'hôpital ou dans notre cabinet privé ? C'est ça la question. Deuxième question, sommes-nous égaux devant la maladie ? Est-ce que tous les groupes ethniques du monde ont les mêmes chances d'attraper une maladie, est-ce qu'ils ont les mêmes chances de subir les mêmes traitements adaptés et efficaces. Donc on essaie de traiter tout ça parce que c'est concret. On ne parle pas de littérature ou on va aller discuter du sexe des anges. Il faut prendre une décision, on a un malade, il ne pense pas comme nous. Quand il rentre dans notre cabinet, il ne vient pas tout seul, ce n'est pas qu'un corps humain. Il ramène toute sa culture avec lui, il ramène sa croyance, il amène son éducation, sa mentalité, et ses conditions socio-économiques. Un pauvre qui n'a pas les moyens de se soigner, ne va pas comprendre pourquoi on lui demande ça, il ne comprend pas pourquoi il n'est pas vacciné, par exemple. Alors, je veux vous parler de mon expérience française, parce que je suis médecin en France dans la région parisienne, à Paris même. Et je me suis posé la question, est-ce que ça vaut le coup déjà de se pencher sur ces populations ethniques et différentes. Est-ce qu'ils sont nombreux ces étrangers, pour que ça fasse quand même effet. On s'est penché sur les statistiques, on a trouvé en France, où il y a une population totale de 75 millions d'individus, il y a environ 9 à 10 millions d'étrangers. 10 millions d'étrangers ce n'est pas rien. Puis après, il y a les diversités de concentration. La région parisienne, Paris et ses banlieues, représente la plus grande concentration de groupes ethniques en France. C'est un peu une ville à côté de Paris, qui s'appelle Mantes-la-Jolie, on voit qu'il y a 57 ethnies différentes dans cette ville qui regroupe 40 000 habitants, avec 32 langues et dialectes. Est-ce qu'il faut apprendre tous les dialectes ? C'est impossible. Est-ce qu'il faut prendre chaque individu de A à Z, pour l'instant on n'a pas les possibilités. Mais on a la possibilité de faire cela, de ne pas considérer que ce sont des corps uniquement, ou des numéros. Parce que tout simplement, ça ne marchera pas. Notre but comme médecins c'est de rendre service au malade, c'est de réussir dans notre prise en charge. Alors, pour réunir les conditions de la réussite de la prise en charge, quand vous êtes, vous confrères, devant un patient qui a une autre mentalité que la vôtre, une autre civilisation, une autre culture, essayez de comprendre un petit peu sa culture, parce qu'il n'y a pas de médecine sans culture. Et si on ne prend pas cet élément de culture médicale, de culture du patient, on n'y arrivera pas. Eh bien, je vais être bref et me concentrer sur les points clés. Qu'est-ce qui agit sur le comportement du malade ? Est-ce qu'il y a une influence génétique déjà ? La réponse est oui. Nous ne sommes pas égaux devant la maladie. Les habitants de l'Afrique de l'Ouest par exemple n'ont pas la même chance que nous avons par ailleurs. Nous avons découvert qu'il y a une maladie cardiovasculaire qui s'appelle l'hypertension, et qui est présente de manière très violente dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Togo, le Bénin, et qui commence très tôt. On est hypertendu à 24 ans, et puis on meurt des complications de l'hypertension à 35 ans. Pourquoi ? D'abord parce que ce sont des hypertensions malines, entre guillemets, et puis on n'est pas diagnostiqué, ici ce sont les conditions socio-économiques qui entrent en jeu. On n'a pas les moyens d'aller faire des bilans cardiovasculaires, des radiographies cardiaques ou rénales pour voir les dégâts de cette hypertension. Donc malheureusement ils meurent d'hypertension à 37 ans, ou d'incisions rénales qui font partie des dégâts de l'hypertension. De quoi s'agit-il ? On a pensé que c'était le mode de vie, on a pensé que c'était l'environnement. Mais finalement il y a une substance qui leur manque qui s'appelle la rénine, et c'est cela qui cause leur hypertension. Donc ça c'est le rôle des génétiques.

On s’est posé la question beaucoup après, pourquoi il y a chez l’afro-américain, en matière de pneumologie parce que je suis pneumologue de formation, pourquoi l’afro-américain, qui est le voisin du blanc américain et qui sont tous les deux fumeurs, il suffit à l’afro-américain de fumer la moitié de la quantité des cigarettes de son voisin blanc pour développer le même cancer. Donc c’est génétique. On compte par paquet/année, pour développer un cancer de poumons il faut 40 paquets/année, ce n’est pas 40 paquets par an, c’est un calcul de pneumologue, donc si on fume un paquet de cigarettes par jour on a un paquet/année par an. Donc il faut 40 paquets/année pour le blanc pour développer un cancer mais il en faut 20 pour le noir. On s’est donc demandé, on ne sait pas pourquoi par exemple la sclérose est une maladie des pays froids, pourquoi le bec de lièvre est 10 fois plus présent aux Philippines qu’ailleurs, pourquoi il n’y a pratiquement pas de cancer du sein dans le Sud-Est asiatique, et pourquoi il n’y a pas d’asthme au Kenya et en ile de Crêtes en Grèce. Plusieurs questions. Nous n’avons pas la certitude dans notre spécialité d’ethnomédecine de donner des réponses à toutes ces questions. Probablement il y a plusieurs facteurs qui jouent ensemble. Mais on a essayé de les classer. Donc on a parlé de la génétique, le facteur génétique joue un rôle évidemment, mais on ne peut pas faire de tests génétiques à plusieurs millions de personnes. Donc on est passé à un autre facteur, l’environnement. Pour l’environnement on prend pour exemple la population égyptienne, ou les autres populations au bord du Nil, on se rend compte qu’ils sont tous infectés par la bilharziose. Pourquoi ? Parce que les paysans du bord du Nil descendent pieds-nus dans le fleuve, et le ver s’infiltrant par la peau et détruit l’appareil digestif et l’appareil urinaire. En urologie, on voit beaucoup de dégâts de la bilharziose en Égypte. On peut considérer que 40% des égyptiens sont atteints par cette maladie. Donc quand il y a un égyptien qui vient à Paris, il y en beaucoup en ce moment, et qu’il a une hématurie, donc il urine du sang, la première réaction doit être de chercher à savoir s’il a la bilharziose ou pas, avant d’aller vers des bilans coûteux et interminables comme le scanner des reins, de la vessie, voire un IRM. Les choses sont beaucoup plus simples, on demande une sérologie de la bilharziose et elle revient positive dans 90% des cas. D’où l’intérêt de se pencher sur l’origine du patient, son environnement et son mode de vie. Par exemple en Crêtes, il n’y a pas d’asthme et très peu de mortalité liées aux complications cardiovasculaires, parce que le mode de vie des crétois est basé sur des règles saines : ils fument peu, la cuisine est à base d’huile d’olive, ils mangent très peu de viande, grâce à Hippocrate dit mon voisin, ils mangent beaucoup de poissons et marchent dans l’île où le climat est très favorable. Donc l’environnement a un rôle très important, et puis le mode de vie à plus forte raison. En matière de cancer de poumons, on a des relevées de pays de moyens à grands fumeurs ou le taux est très élevé. On peut parler du Liban par exemple, on a un taux de plus en plus élevé lié à deux facteurs, le tabagisme qui est une culture dans certaines régions, et puis la pollution. Donc ces facteurs mortels sont en train de sévir dans les pays du Proche-Orient. On voit cela se doubler, quand j’ai commencé ma carrière en pneumologie on voyait la moitié du taux de cancer de poumons, et aujourd’hui il est doublé, par l’intoxication tabagique et l’intoxication de l’atmosphère. Revenons aux égyptiens qui arrivent dans nos cabinets, porteurs d’une autre maladie qui s’appelle l’hépatite virale, et cette hépatite est soit de type B soit de type C, et qui malheureusement dans cette population touche 30 à 40% ce qui devient un problème de santé publique. Donc quand on voit un égyptien dans nos hôpitaux ou cabinets tout de suite notre réflexe c’est de chercher soit l’hépatite soit la bilharziose. Voyez donc comment l’ethnomédecine peut nous aider à mener un bon diagnostic et une bonne prise en charge du patient. Mais nous avons beaucoup de problèmes qui sont liés à la culture du patient. On ne peut pas traiter M. Dupont comme on traite M. Diawara qui vient du Mali. Parce que M. Diawara n’a pas la même culture, n’a pas la même croyance, il est venu avec ses croyances, elles sont déjà « prêt-à-porter » donc on ne peut pas beaucoup discuter avec lui. On peut essayer de se pencher vers lui mais on ne peut pas non plus tomber dans l’excès

de culturalisme, il faut faire attention. L'impact de la religion et de la culture est une arme à un double tranchant, on ne peut pas lui donner tout ce qu'il veut sinon on serait complices et on ne lui rend pas service. Je vais vous donner un exemple, il y a une quinzaine d'années j'étais chef de service aux urgences de l'Hôpital Bichat de Paris. Donc tout ce que j'ai vu dans ce service, on peut en écrire un bouquin, et un gros bouquin, de tous les cas culturels, religieux et de croyances, je suis en train de l'écrire je vous rassure. Nous avons reçus des gens qui appartiennent aux Témoins de Jehova et qui refusent la transfusion sanguine, alors que le patient était devant le danger de mort. Alors est-ce qu'il fallait respecter sa croyance, ou appliquer la loi européenne, et si on ne le faisait pas c'est considéré comme non-assistance de personne en danger. Donc nous avons pris la décision de le transfuser de force, donc c'est là où il y a la limite du respect de la culture et de la religion, et le respect du devoir de médecin. Nous avons aussi reçu des femmes africaines qui ne voulaient pas accoucher en position allongée, dans leur pays l'accouchement se fait en position accroupie. Déjà on a eu un mal fou à trouver un matelas. Selon leur croyance, la tête du bébé doit directement toucher le sol, sans tenir compte du trauma crânien qui pourrait se produire dans ce cas-là. Mais on a fini par céder, en ma qualité de responsable j'ai demandé un matelas qui avait peut-être un kilo de poussière, et même peut-être des petites bêtes, qui était au dépôt pendant des années, on l'a mis et elle a accouché. Là j'ai cédé. D'autre part, nous avons un cas à l'hôpital de Bondy en région parisienne, nous avons une femme qui était en état de grossesse et la sage-femme lui a fait une échographie, et elle est revenue toute contente en lui annonçant la nouvelle lui disant « madame, vous avez un garçon ». La première chose que cette femme ivoirienne a fait c'est d'ouvrir et de se jeter par la fenêtre. Heureusement qu'on était au rez-de-chaussée. Parce que pour elle c'est un porte-malheur de connaître le sexe du bébé avant sa naissance. C'est un cas extrême, mais on a d'autres cas par exemple la césarienne. Certains refusent la césarienne parce qu'elle est limitée à quatre et M. Diawara en veut douze. Donc il ne peut pas avoir douze avec la même épouse. Donc ce qu'il va faire c'est délaisser la première et épouser une autre plus jeune qui pourra porter des enfants, et la première serait léguée aux tâches ménagères. Donc elle passe du stade un au stade deux. Voilà quelques cas vécus. Donc les références culturelles doivent être prises en compte, et c'est très important, mais pas tout le temps. Voilà ce que je voulais vous dire durant ma première intervention, et je vous remercie de votre attention.

Dr. Abbas Makke

Je remercie le Professeur Marc Jaber. Il s'est avéré qu'il est aussi spécialiste de la médecine, culture africaine. Bien, donc on termine la première session et on peut recevoir quatre questions dans l'espace de dix minutes. Merci professeur Jaber. Alors on attend quatre questions, c'est-à-dire posez une question à chacun des collègues qui ont présenté maintenant.

[Question du public]

Bonjour, merci pour les présentations. Ma question est autour de la dernière phrase que vous avez dite, Dr. Jaber, qu'il faut prendre la culture en considération mais pas tout le temps. Donc est-ce qu'il y a un modèle ou une recommandation que vous pouvez partager avec nous, surtout si on peut faire le lien aussi avec ce qu'a dit Professeur Kamal sur le transfert et le contre-transfert culturels, qui entrent en jeu dans la relation thérapeutique que ça soit médical ou psychothérapeutique. Donc est-ce que ce transfert entre en jeu dans la décision de prendre la culture en considération ou pas ? Qu'est-ce que vous pouvez en dire ? Et merci.

[Réponse du Dr. Jaber]

Donc je vais essayer d'être rapide, parce que c'est mon habitude. Donc bien entendu, comme on avait dit tout à l'heure, on ne peut pas séparer le psychisme, donc la croyance, du corps humain. Parce que le malade est le produit de sa culture. Si on s'éloigne beaucoup, on ne peut pas lui rendre service, même si on met des limites. Par exemple, en ethnopsychiatrie, ça va faire plaisir à mes collègues psychiatres et psychologues, la dépression dans sa définition européenne n'a rien à voir avec son interprétation africaine ou étrangère des patients. Si on prend un malade africain et on voit qu'il a une dépression, il ne faut pas tout de suite sortir une ordonnance et lui prescrire du Prozac, de Seroxat ou de Xanax. Ça ne marchera pas, il sortira du votre cabinet et mettra l'ordonnance à la poubelle la plus proche. Par contre, quand pour lui, on lui a jeté un sort, d'une colère de dieu, une punition de dieu ou pour une chose qu'il a faite dans le passé, on ne peut pas lui partager ses convictions qui ne rentrent pas dans la logique des choses. Alors, que faire ? Nous, à Paris, on a un réseau de médecins qui sont eux-mêmes de la même appartenance ethnique, culturel et religieuse que les patients, et on essaie de diriger le patient, parce que c'est un cas ingérable pour nous. Donc s'il est ivoirien on essaie de lui trouver un médecin ivoirien, et encore en Côte d'Ivoire il y'a plusieurs ethnies, qui n'ont pas toutes la même philosophie. C'est un travail difficile mais faisable, on l'oriente avec un courrier et puis on essaie de lui faire du bien à ce monsieur. Voilà.

[Réponse du Pr. Kamal Raddaoui]

Puisque vous m'avez cité, vous m'avez incité un peu à participer à ce débat. Je voudrai dire à mon collègue que je ne partage pas beaucoup son point de vue, et je pense que dans mon intervention j'ai dit juste le contraire. Parce que justement c'est une attitude contre-transférentielle de guider un Malien à un guérisseur ou un thérapeute Malien parce que lui le comprendrai mieux. C'est notre devoir justement de comprendre la culture, de tenir compte de la culture et de ne pas transférer à quelqu'un qui comprendrai mieux. Parce que c'est comme ça qu'on cloisonne, qu'on hiérarchise et qu'ont créé des inégalités. Moi je pense qu'on doit tenir compte de la culture de l'autre, non pas pour adhérer à ses conceptions ou cautionner ce qu'il présente comme explications et de lui proposer un traitement qui découle de sa conception, loin de là. Bien sûr il faut soigner selon les règles actuelles des connaissances et de la médecine moderne, mais la prise en compte de la culture permet de nouer une relation et d'instaurer une relation de confiance, et permet de comprendre ces références, non pas d'adhérer à ces références et soigner selon sa conception à lui que l'on pourrait qualifiée d'erronée, fausse ou non-scientifique. Mais je pense l'essentiel n'est pas d'adhérer ou de cautionner, mais de comprendre le référentiel culturel pour mieux se rapprocher de quelqu'un et pour mieux lui offrir le soin. Ce n'est pas parce que l'on ne partage pas le point de vue du patient qu'il faut l'adresser à quelqu'un qui le comprend mieux. Vous voyez, quand on dit qu'il faut tenir compte de la culture mais pas tout le temps, moi je dis qu'il faut toujours tenir compte de la culture. Ne pas cautionner oui, mais on ne peut pas ne pas tenir compte de la culture. Donc peut-être nous avons dit des choses similaires mais dans des langages différents.

[Réponse du Pr. Mareike Wolf Fedida]

Même si je n'ai pas été sollicitée j'aimerais quand même faire un consensus. Je trouve que c'est absolument normal que mes collègues ne sont pas d'accord, à la fois en cause de la position de la médecine et d'autre part la position de la psychothérapie. Le traitement n'est pas du tout pareille, donc il est tout à

fait normal vu comment est fait le soin et en quelle proportion le médicament ou l’investigation de ne pas céder et de l’autre cote il y a le relationnel, d’aller dans ce sens. Donc mon point de vue phénoménologique ou psychanalytique est que l’on est toujours étranger soi-même, et l’autre est spécialiste de sa maladie. Donc on va dans ce sens mais il explore pour lui-même.

[Dr. Wassili Boudji]

A mon avis aussi je vois que celui qui traite a un pouvoir. S’il gâte son pouvoir il ne va pas guérir son patient. C’est ici qu’on va savoir gérer son patient et ne pas entrer dans le rapport de force.

[Intervention du publique]

D’abord je dois remercier notre collègue Dr. Makke de nous avoir réunis aujourd’hui, qui est un piège en fin de compte, pour voir comment gérer les psychothérapies, les transferts et les contre-transferts. On vient d’entendre maintenant une façon assez difficile, d’où, si mes collègues sont d’accord, la nécessité d’une formation des thérapeutes qui doit être, d’autant qu’on puisse dire, large et même on ne peut pas couvrir tous les domaines. Mais peut-être le point suffisant est l’écoute d’une certaine manière, sans jugement mais avec bienveillance. C’est une façon de dire, est-ce que tous nos collègues thérapeutes, psychothérapeutes ou autres sont arrivés à ce stade mais est-ce qu’ils sont devenus formateurs du patient, ce qui n’est pas facile ni nécessaire. Merci.

Dr. Abbas Makke

Nous voilà donc. Le congrès commence bien, c’est un lieu de rencontre de tous les points de vue. Et c’est un piège au positif.

Dr. Marc Jaber

Je voulais juste préciser, avec mon collègue Pr. Kamal, qu’il y a beaucoup de points communs. Quand j’ai répondu aux questions en orientant nos patients vers des patients de la même ethnie, il n’y a pas de mal à faire ça. Parce que de notre cote il y avait une incapacité de prendre en charge certains patients, en tant que médecins pratiquant la médecine occidentale. Et quand j’ai dit qu’il faut l’orienter je n’ai pas voulu dire de l’envoyer chez un charlatan ou chez un marabout, mais j’ai dit de l’envoyer chez un médecin exerçant à Paris, qui exerce aussi la médecine occidentale. Mais en même temps il comprendra mieux que moi, la mentalité et la culture de ce patient. Donc nous sommes peut-être plus rapprochés maintenant.

Merci.

Séance II



Séance II

Pr. Mareike Wolf Fedida

Rebonjour. Nous allons continuer dans notre symposium, j'ai le plaisir de le présider avec comme modérateur Rony Abou Daher, et je donne tout d'abord la parole à Charles Baddoura.

Rony Abou Daher

Merci professeur. C'est un plaisir d'être avec vous avec tous les intervenants. Donc notre première intervention, Docteur Charles Baddoura, psychiatre, teaching professeur of psychiatry (professeur enseignant en psychiatrie). Il est l'ancien président de l'Association Libanaise de Psychiatrie et il est maintenant le président du Arab Federation of Psychiatrists (La Federation Arabe des Psychiatres). Il va nous parler de l'histoire des classifications en psychiatrie et des institutions dans le monde arabe.

Dr. Charles Baddoura

[Thème : L'Histoire des Classifications en Psychiatrie]

Merci, je vous montre un peu le plan. Je vais aller très vite parce que j'ai 90 slides à faire passer en 20 minutes. Donc je vous mets un plan pour vous donner une idée un peu plus claire. Je commence par l'introduction, comme il se doit. Autrefois, possessions, envoutement, exorcisme, magie noire... tels étaient les termes qui qualifiaient les aliénés. C'est la psychiatrie qui a transgressé les barrages et a été essentielle pour comprendre les aliénés des temps anciens, leurs mystères et leurs secrets. L'histoire et l'évolution de la « folie », ne peuvent être envisagées hors de l'évolution historique des connaissances scientifiques, sociales et médicales. Alors pourquoi la magie noire et le sacré étaient à la mode dans le temps ? Parce que la pensée religieuse était dominante, et il y avait un manque de différenciation entre la psyché et le soma. Les affections mentales ont longtemps été considérées comme des aliénations, et il y avait des possessions diaboliques. Le premier à les différencier était Hippocrate, et spécifiait certains troubles mentaux tels que le frénétisme, la manie et l'hystérie. Avicenne, était un philosophe, médecin et scientifique persan qui a contribué à l'évolution de la psychologie. Ibn Sina a réfuté l'idée du djinn ou la possession démoniaque dans son livre « les Canons ». Il a parlé des troubles mentaux puis a discuté de la manie, la mélancolie, de l'épilepsie. Il a trouvé que le psychisme influence le corps et la santé et exerce un impact sur la vie végétative. Un autre, Abu Hamid Al-Ghazali, un des plus grands philosophes islamiques. Al-Ghazali discutait du concept du « moi » et les raisons du bonheur et de la tristesse. Il a parlé des cinq sens externes (l'ouïe, la vision, le goût, l'odorat et le toucher), puis des sens internes (sens commun, imagination, réflexion et mémoire). Il a écrit : alors que les sens externes sont liés à des organes spécifiques, les sens internes sont situés dans différentes régions du cerveau. Il a découvert que la mémoire est située à l'extrémité du cerveau, l'imagination est située dans le lobe frontal, et la réflexion dans la région médiane. Autrefois, la vie dans les hôpitaux psychiatriques était cadencée, toute transgression était punie par des méthodes barbares. Par exemple, frôler la mort au malade pour lui provoquer un état de choc, je parle de choc insulinaire, on le mettait dans un coma insulinaire, puis on le gaver de

sucre pour le réveiller. Philippe Pinel a mis au point des traitements de l'aliénation mentale qui deviendra la psychiatrie. Il classe les malades entre calmes et agités. Il a également introduit la notion de traitement moral. Au cours du XVIIIème siècle, l'éminente coupure entre la raison et la déraison est achevée. On commence à classer les maladies mentales. On parle de psychose. Au XIXème siècle le terme « psychose » a été engendré et employé pour la première fois par un médecin autrichien : Ernst Von Feuchtersleben comme alternatif aux termes « folies » et « manies ». Le terme « psychose » est dérivé du grec « psyché » esprit, et « oses » conditions malade ou anormale. La folie a été reconnue comme étant une maladie de l'âme puis comme une maladie mentale. C'est le psychiatre Kraepelin qui en 1899 a envisagé une séparation nette entre troubles psychotiques et troubles névrotiques. Jean Bergeret et un de ceux qui ont décrit la psychose comme une structure regroupant notamment la psychose maniaco-dépressive, le trouble paranoïaque et la schizophrénie.

Parlons un peu de classifications françaises, qui classent les malades en psychoses, névroses et personnalités pathologiques. La classification française est dépassée par les nomenclatures internationalement reconnues : DSM et ICD. Elle a néanmoins le mérite de nous faire comprendre l'évolution des concepts et des tableaux cliniques à travers l'histoire. Et je trouve que c'est à travers l'histoire, à travers les descriptions de nos prédécesseurs, que nous trouvons les meilleures descriptions des maladies mentales. Les français classent les psychoses : psychose maniaco-dépressive (PMD), la schizophrénie et les psychoses non-schizophréniques. Je dis bien non-schizophréniques, non dissociatives parce qu'il n'y avait pas qu'une, la paranoïa comme chez les américains, mais trois. Je vais vous en parler plus tard.

Les psychoses maniaco-dépressives, dont la manie et la mélancolie, sont identifiées dès l'antiquité, mais les liens étroits qui les unissent en une même maladie ont été reconnus par Falret (1851) qui décrit « la folie circulaire », et Baillargé (1854) qui décrit « la folie à double forme ». En 1895, Kraepelin a rassemblé les psychoses thymiques décrites par ses prédécesseurs en une maladie unique « la folie maniaco-dépressive ». Le premier découpage basé sur la polarité est proposé par Leonhard (1959), Angst et Perris. Ils parlent de psychose bipolaire, qui se caractérise par une survenue de crises maniaques et mélancoliques chez le même sujet. Et de psychose unipolaire, où il y a une survenue d'un seul type, la Mélancolie récurrente. L'existence de sous-variétés à l'intérieur de ces deux groupes a laissé les auteurs américains classer le PMD dans un cadre beaucoup plus large de troubles de l'humeur. On parle donc de troubles bipolaires et leurs sous-groupes, et de troubles dépressifs et leurs sous-groupes. L'épisode mixte, entité indépendante de la DSM-IV, est annexé aux sous-groupes précédents. Mise à part la bipolarité englobant la manie et l'unipolaire caractérisée par une dépression récurrente, certains auteurs reconnaissent l'entité de manie unipolaire, caractérisée par une récurrence d'excès maniaques. C'est-à-dire pourquoi celui qui fait seulement des dépressions serait uniquement unipolaire, et celui qui fait des manies est obligatoirement bipolaire. Bon il y a des auteurs qui pensent qu'il y a la manie mono-polaire, ou unipolaire aussi. Ceci serait légitime si on pense que la maniaco-dépressive est un même spectre, à un bout du spectre sont ceux qui ne font que des dépressions, et à l'autre bout ceux qui ne font que des excitations, et ceux au milieu font une versus une, et vice-versa. Je continue. Bipolarité et célébrité.

La schizophrénie. Bleuler introduit pour la première fois le terme schizophrénie du grec, « je sépare ». « Schizos » veut dire morcellement. Le terme de Bleuler désigne en fait la démence précoce de son maître Kraepelin, et vous savez que Kraepelin hélas avait tort, parce que ce n'est pas de la démence, et elle n'est pas nécessairement précoce, il y a des schizophrénies à débuts tardifs. Durant les dernières années, la schizophrénie est désignée sous le groupe des psychoses dissociatives, pour souligner leur hétérogénéité clinique. Vous allez voir que maintenant, on revient à LA schizophrénie. On parlait DES schizophrénies

il y a quelques temps, mais avec la DSM V on revient à LA schizophrénie, c’est une seule et même maladie. Malgré l’absence de définition rigoureuse, les cliniciens reconnaissent comme psychose dissociative un « ensemble de troubles où dominant la discordance, l’incohérence, l’ambivalence, l’autisme d’une part, et les idées délirantes et les hallucinations d’autre part, avec des problèmes de perturbations affectives dans le sens du détachement et de l’étrangeté. Toute ces définitions, même celle de l’humeur, décrite par Delay.

Schizophrénie et célébrité, voilà je vous ai mis ici trois personnes qui sont connues être schizophrènes.

Je passe aux psychoses non dissociatives. Les psychoses non dissociatives sont les délires chroniques des français. La nosologie française constitue un ensemble de trois maladies qui surviennent à un Age plus avancé que la schizophrénie, donc plus de 35 ans, et qui sont définies par des idées délirantes qui remontent à plus de six mois. Les trois sont les suivantes : paranoïa, et les autres, dont je vais vous dire un mot. La paranoïa, le mécanisme du délire interprétatif. Elle se divise en trois grands types selon le thème du délire : délires passionnels, délires d’interprétation, délires de relation des sensitifs. Parmi les passionnels vous avez l’érotomanie, divisée par de Clérambault en 3 stades : l’espoir d’être aimé par un individu en général supérieur hiérarchiquement, le dépit, la rancune contre cet objet du désir. Le délire de jalousie, caractérisée par une pathologie essentiellement masculine. Il implique une conviction totale de l’infidélité du conjoint. C’est un mécanisme interprétatif qui présente une dangerosité vis-à-vis de l’objet du délire. Il est décrit par Sérieux et Capgras en 1909 sous le nom de « folie raisonnante ». Les idées sont des interprétations multiples et diverses centrées sur le fait que tout ce que le sujet perçoit doit avoir une signification perspective qu’il rapporte à sa personne. Les délires de relation des sensitifs sont décrits par Kretschmer en 1919 où sur une personnalité ultrasensible de base se greffent des idées de persécutions et de référence. Souvent le délirant se déprime, mais comme dans tous les délires paranoïaques, il peut devenir persécuté- persécuteur. Les autres maintenant. Les autres que les américains ne reconnaissent pas. Vous avez la psychose hallucinatoire chronique (P.H.C) et la paraphrénie. Elles sont des entités spécifiques à la Psychiatrie Française et sont classées sous forme de Schizophrénie de l’étranger. La P.H.C, moi je tiens à la P.H.C mais je veux bien que la paraphrénie disparaisse de la psychose. La P.H.C est définie par Clérambault comme une psychose délirante chronique basé sur un syndrome d’automatisme mental où il y a une perte de contrôle par le sujet de sa vie psychique qui fonctionne désormais de façon autonome et automatique avec des hallucinations sensorielles imposées au sujet par le monde extérieur. Le mécanisme est surtout hallucinatoire. Et là pour exemple, j’ai pris « beautiful mind », c’est-à-dire John Forbes Nash, qui pour les français aurait très bien pu être une P.H.C, c’est un individu qui avait beaucoup d’hallucinations, le thème de son délire était persecutif, le mécanisme était hallucinatoire. Une fois traité, il récupérait à 100%, le contact avec la réalité n’était pas perturbé, et il a continué au point d’avoir le Prix Nobel. Son fils par contre est un schizophrène, aussi bien dans le sens français qu’américain.

La paraphrénie est un délire qui se caractérise par une thématique dominée par le registre fantastique et un mécanisme délirant imaginatif. A ce moment-là on se demande si on peut la classer à part, mais certains auteurs vous disent, si c’est un délire d’imagination qui a un contact avec la réalité, pourquoi pas ? Si c’est un délire d’imagination qui perd contact avec la réalité donc c’est un schizophrène. Dans la DSM-5, à part la paranoïa et la schizophrénie, un petit changement quand même qui est une bizarrerie du délire peut se retrouver dans les délires non-dissociatifs, et ne fait pas nécessairement partie du diagnostic de schizophrénie.

Les névroses. Utilisé par Cullen pour la première fois en 1769, le terme de névrose a été repris au XIX^{ème} siècle pour désigner les maladies « sans lésions organiques ». Au début du XIX^{ème} siècle, Janet définit la névrose comme un groupe de troubles morbides qui est formé par les phénomènes les plus bizarres et les plus disparates, que l'on ne sait comment rattacher les uns les autres. Freud souligne l'importance du conflit psychologique qui est à l'origine des Névroses, les symptômes névrotiques étant l'expression d'un conflit psychique puisant ses racines dans l'enfance du sujet et constituant un compromis entre le désir et la défense. On distingue ainsi quatre genres de névroses : névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle et névrose hystérique. La névrose d'angoisse associe un fond anxieux chronique avec des crises d'angoisse paroxystiques sans élément déclenchant retrouvées. La névrose phobique est la peur illégitime et non rationnelle devant une situation dite phobogène mais ne présentant pas de caractère objectivement dangereux. La névrose obsessionnelle est une « folie de doute » ou un « délire du toucher ». Association d'une personnalité méticuleuse et idéaliste avec des pensées obsédantes conduisant à des rituels et à des compulsions. La névrose hystérique, s'associe à des degrés divers de symptômes d'apparence organique, le plus souvent neurologique, ou touchant d'autres organes le plus souvent liées à des traits de personnalité dite histrionique où se mêlent suggestibilité, théâtralisme et exubérance. De nos jours, le concept des Névroses est remis en cause et a disparu dans les classifications internationales les plus utilisées. Le terme névrose est remplacé par l'expression « troubles ». Et voilà ce que l'on trouve maintenant. Le trouble anxieux généralisé, trouble de panique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif et l'état de stress post-traumatique. La conversion, qui est l'hystérie, les troubles somatoformes, les hypochondries et la dysmorphophobie. Vous allez voir ce que la DSM-5 a fait de ces classifications. La conversion a disparu, nous avons aujourd'hui le trouble fonctionnel à symptomatologie neurologique. L'hypochondrie a également disparue, nous avons l'anxiété avec plaintes somatiques et l'anxiété sans plaintes somatiques à la place. De plus, la dysmorphophobie fait désormais partie des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), et le TOC est sorti aussi de la classification. Dans la DSM-5 l'agoraphobie n'est plus une entité à part, elle est le dénominateur commun de tous les troubles névrotiques, et le TOC devient une entité carrément à part. Quant aux personnalités pathologiques, je ne vais pas les traiter je vais seulement vous montrer des personnes connues dans l'histoire qui ont des personnalités pathologiques. Vous allez voir que les personnalités pathologiques sont en voie de disparition. Je commence par appelé la personnalité la façon particulière dont se manifestent les tendances et les sentiments d'un homme, la façon dont il est impressionné par les situations dans lesquelles il se trouve et comment il s'y adapte. Il faut distinguer, chose que l'on ne fait pas souvent, hélas, entre traits de la personnalité et troubles de la personnalité. Le trait de personnalité représente une tendance dans le comportement d'un individu, nous avons tous des traits x, y ou z. Alors que le trouble indique une pathologie limitée et stéréotypée entraînant des conséquences sur le comportement de l'individu. Je vais vous donner un exemple, la personnalité paranoïaque. Le trait c'est quelqu'un susceptible, généralement mégalomane mais qui fonctionne normalement, quant au trouble, c'est l'idée de préjudice, de grandeur, de la psychorigidité, d'outrage d'autrui. Donc il ne faut surtout pas confondre trait et trouble. Dans la nomenclature américaine, dans la DSM-4, nous avons dans le groupe A la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde, semble-t-il comme Bill Gates, et la personnalité schizothymique, Nicholas Cage. Dans le groupe B, nous avons la personnalité narcissique comme Staline, personnalité antisociale, je ne vous le fait pas dire, Saddam Hussein. Toujours dans le groupe B, nous avons la personnalité histrionique, le caractère de Sara O'hara joué par Vivienne Leigh, et puis on a la personnalité borderline qu'on prétend attribuée à Lady Diana. Quant au groupe C, on a la personnalité obsessionnelle avec David Beckham, la personnalité évitant, avec le caractère de dessins animés, Charlie Brown, et la personnalité dépendante

avec Stephen Colbert. Maintenant dans le DSM-5, des 10 personnalités qu’il y avait, il n’y en a plus que 4, dont la paranoïa, la schizoïde, l’histrionique et la dépendante. Et on nous promet que dans le DSM-5b on n’aura plus de personnalités pathologiques. Pourtant moi je trouvais cela très intéressant. Quelquefois une personnalité pathologique en axe 2 déforme l’axe 1. Les schizophrènes à personnalité paranoïaque ne sont pas comme les schizophrènes à personnalité schizoïde. Les PMD qui ont une personnalité hystérique ne sont pas comme les PMD qui n’ont pas de personnalité pathologique. Donc c’est là où nous allons, une seule schizophrénie et aucune personnalité pathologique.

Je vais donner maintenant quelques exemples d’institutions psychiatriques à travers l’histoire dans le monde arabe.

- Le Bimaristan Al Majaneen à Bagdad, était créé par Al-Uthhdie. C’était un hôpital bâti en 882 par Uothid- Al Dawla. Il était considéré comme le premier hôpital psychiatrique au monde.

- Au Caire, le Kalawoon Hospital (1284). Le concept de la maladie mentale en Egypte est présent depuis l’époque des pharaons ; passant par la période Islamique jusqu’à nos jours. Les papyrus au temps des pharaons montrent que Soma et Psyché ne sont pas différenciés et les troubles mentaux sont décrits comme symptômes du cœur et de l’utérus.

- A Alep, le Bimaristan al-Arghuni (1354). Un des plus fascinants monuments se trouve à Alep au siècle de Mamluk. Cette institution offre une aide aux différents malades mentaux alors que les européens considèrent ces mêmes malades comme possédés par des esprits maléfiques. Lorsque vous visitez le Bimaristan al-Arghuni, c’est incroyable. Ils avaient des musiciens et chanteurs engagés pour calmer les malades. La musicothérapie était recommandée dans le traitement de la mélancolie. De même, le bruit continu de la fontaine à côté des chambres des malades avait pour but d’apaiser les patients agités. Si vous visitez, vous verrez qu’il y a trois catégories de chambres. Il y a les chambres dans le fond, dans le noir et sans bruit. Quand le patient va mieux, on le met dans les chambres intermédiaires où il a une lucarne et peut entendre l’eau de loin. Quand il allait vraiment bien, on le mettait dans les chambres avancées, c’est-à-dire qu’il peut voir la lumière, il entendait les musiciens et l’eau 24/24. Vous savez comment le bon sens, même à l’époque en 1354, on savait traiter dignement les malades.

- Je vous parle ensuite de chez nous, Hazmieh où il y avait Al Afourieh. C’était le premier asile psychiatrique au Liban. Bâti en 1900 à Hazmieh à quelques kilomètres de Beyrouth. Vendu en 1973 à une firme américaine pour être reconstruit ailleurs, mais le projet a été suspendu. Au Liban il y a également l’hôpital de la Croix (Deir El Salib). Père Jacques a bâti le couvent de la croix des 1920. Dans les années trente, il a commencé à recevoir les vieillards, les pauvres et toute personne ayant besoin d’aide. Dans les années quarante, le couvent héberge plus de 1000 personnes y compris les malades mentaux. Dans les années cinquante, Deir El Salib est officiellement reconnu comme un hôpital psychiatrique.

- L’hôpital de Behman au Caire (1940). En octobre 1940, la maison au bout de la colline à Helwān devient l’hôpital Behman. C’était le premier hôpital psychiatrique en Egypte. Pendant trente ans, Dr. Behman a contribué à l’évolution de cet hôpital exemplaire à réputation internationale.

Et pour terminer, malgré le fait que les classifications limitent notre contact interpersonnel en psychiatrie, malgré le fait que certaines classifications reviennent après avoir été bannies, malgré le fait qu’elles nous donnent une vue transversale et non longitudinale du patient, il est très important de continuer à renouveler nos classifications tant pour unifier nos recherches que pour préserver une psychiatrie en marche. De plus,

l’histoire est très importante parce qu’elle nous apprendra, à cause du bon sens des gens qui soignaient au temps des hôpitaux. L’histoire nous apprendra comment traiter, par la musique par exemple, au Bimaristan à Alep. On s’inspire aujourd’hui de choses qu’on a déjà connues ou lues dans le temps. Pour terminer je vous cite une phrase de Foucault « Jamais la psychologie ne pourra dire sur la folie la vérité, puisque c’est la folie qui détient la vérité de la psychologie ».

Je vous remercie.

Pr. Mareike Wolf Fedida

Nous remercions professeur Charles Baddoura pour l’excellente synthèse et cet outil pédagogique vraiment très parlant.

Rony Abou Daher

Donc la prochaine intervention, c’est avec le professeur Adel Akl, psychiatre, psychanalyste et il enseigne à l’Université Saint-Joseph de Beyrouth. Son intervention porte sur les nouvelles techniques en psychothérapie en fonction du développement culturel.

Dr. Adel Akl

Madame la présidente, permettez-moi de féliciter notre collègue, le professeur Makke et son équipe pour le travail qu’ils ont fait pour établir ce forum où chacun va trouver l’approche d’une psychothérapie qu’il connaît, dont il a entendu parler et qu’il a exprimée. Je ne mettais pas mis d’accord avec mon collègue le Professeur Baddoura qui parlait du passé, moi je vais parler de l’avenir pour les années que nos collègues ici pourront assister et voir. Donc je vais parler un peu de la Silicone Valle, de l’homme augmentée, des robots, et des trans-humanistes. Qu’est-ce qu’ils vont venir faire ici on va voir. L’être humain, mesdames et messieurs, dès l’enfance, il se construit et se développe avec une banque et un bagage génétiques très sélectionné et un ensemble complexe chimique et organique qui est modulable ou stable selon son milieu. Par ailleurs, l’être humain baigne dans un ensemble psychoculturel et des croyances mythologico-religieuses extrêmement variables dès l’enfance et jusqu’à la fin de sa vie. C’est un ensemble de modules. La capacité rationnelle de chacun d’entre nous passe à l’extérieur et parfois prévisible, selon les catégories que nous a déclarées notre collègue, le paranoïaque on sait en gros comment il va se comporter, le dépressif l’obsessionnel... Mais souvent c’est variable et ça dépend de plusieurs paramètres. Quant à la psychothérapie, ça reste une façon de réguler ou réorganiser notre conscience, de notre dérèglement. Le dérèglement peut provenir de plusieurs sites de notre être, biologique, culturel, émotions, rêves, ou fantasmes, ou comportement. Ainsi, quelle thérapie, pour quel dérèglement ? Il existe un foisonnement de catégories, de noms de thérapies, chacune plus efficace que l’autre. Projetons-nous dans l’avenir, demain, dans vingt-ans, quels robots va-t-on rencontrer ou cohabiter avec. La philosophie trans-humaniste qui travaille avec l’homme augmenté. Qu’est-ce que cela veut dire, que va-t-on voir et quoi faire ? L’idée est que les problèmes psychologiques sont des « bugs », c’est-à-dire des puces, qui affectent le traitement de l’information par le cerveau. C’est la référence au mode informatique, cela va perturber le fonctionnement du logiciel, cerveau. Et prenons l’effet ravageur des pensées automatiques

de types « must ». Par exemple, je me dis que je dois réussir tout ce que j’entreprends, sinon, je suis nulle, ça me perturbe. Pour schématiser nous allons recourir à une métaphore, l’inconscient psychanalytique ressemble à une cocotte-minute pleine de pulsions réprimées et mauvaise, comme le complexe d’Œdipe. Leur fermentation dans cette cocotte, crée une pression dont les fruits surgissent à l’extérieur provoquant une anxiété, névrose et sentiment de culpabilité. C’est un conflit interne entre les désirs et les normes inculquées par l’éducation. Si on traite un symptôme, il apparaîtra sous une autre forme, disait Freud. Pour les tenants de l’inconscient cognitif, la souffrance psychique n’est pas un symptôme de surface, mais il est un problème de fond qu’il faut réorganiser. Mais de quelle façon ? Ils nous disent quand on est au fond du trou il ne faut une échelle pour grimper et non d’une pelle pour creuser plus profondément. C’est la question. Faut-il insister sur le pourquoi où on se trouve mal, ou bien dire comment s’en sortir ? En fait il faut agir sur le cerveau et par le cerveau, pour modifier la configuration synaptique. C’est le cerveau émotionnelle par des exercices quotidiens qui va améliorer les structures cérébrales, en pensées, en exercices et en médicaments s’il le faut, ne l’oublions pas. On sait, qu’un même programme génétique aura des expressions biologiques qui forment la structure du milieu dans lequel il évolue. Le manuel diagnostique dont nous avons parlé tout à l’heure, le DSM-5 utilisée par les psychiatres du monde entier et développe par des experts américains bien entendu. Mais la folie n’est-elle pas variable selon les cultures considérées ? Et ce matin notre collègue du Maroc, notre collègue de Paris, mais qui n’est pas parisien, nous dire que les choses étaient différentes, du moins les mots et les appellations peuvent changer. Certes, les grandes maladies mentales comme la schizophrénie, et encore, la dépression majeure et les démences existent partout. Les variations culturelles sont surtout marquées pour les troubles les plus légers, c’est-à-dire, on en parle, l’arachnophobie, la peur des araignées, est plus répandue en Angleterre qu’elle ne l’est dans d’autres régions, comme en Inde. Le Koro, qui est un syndrome où les personnes accrochent des objets, pour l’homme à son pénis, et sur les seins pour la femme, est surtout observée au Singapour et en Malaisie, d’après Norman Sertorius, qui a travaillé beaucoup sur la psychiatrie. La définition de ce qui est pathologique ou non varie aussi selon les cultures. L’homosexualité n’est plus interdite sur le DSM-5 depuis les années 70, mais reste dans plusieurs pays considérée comme une maladie ou une infraction au code de cette culture. Par ailleurs, chez les tribus Wolof au Sénégal, où l’on pense qu’à la fin de la vie les hommes renaissent, la démence sénile n’existe pas. Pour eux, un individu renaît trop tôt, et un nouveau née se retrouve dans le corps d’une personne âgée qui va être incontinent, ne veut pas écouter, ne comprend pas ce qu’on lui dit et ne peut pas parler. Donc c’est un enfant qui est dans la position d’une personne âgée, ce n’est pas une démence pour eux. Cette interprétation a une vertu sociale, car il est beaucoup plus simple de mobiliser des gens à aider un enfant qu’un vieux atteint d’une maladie mentale. Dans une étude de l’OMS, il ressort que les gens consultants ou consultées pour dépression, sont moins en Chine et au Japon. Le mot « dépression » au sens dans lequel nous l’entendons n’existe pas en Chinois, et les mots qui expriment le diagnostic sont très stigmatisant et sources d’embarras quand on nomme les choses. Alors qu’est-ce qu’ils pouvaient dire ? Par exemple, pour la schizophrénie, les médecins hésitent la nommer comme diagnostic au patients. Au Japon, un mouvement issu des malades, de leurs proches ainsi que des médecins a changé le terme pour un autre signifiant « désordre de la coordination de la pensée ». C’est très schématique mais ça correspond réellement. Il se rapproche de ce que ressent le patient. Les coréens ont trouvé une expression qui dit « problèmes d’accordage de la pensée », faisant penser à une musique désaccordée. La vision du DSM-5 était d’intégrer les données des neurosciences, mais le flou persiste malgré les avancées, car nos pensées et nos émotions, entre chimie, électricité dans le grand orchestre des neurones et de leurs synapses, notre cerveau reste une énigme. Mais, dans la relations psychothérapeutique, qui est longue, le patient pourrait dire « vous me connaissez mieux docteur,

ou monsieur le thérapeute, mieux que moi-même. Vous êtes la seule personne à qui j’ai tout dit de ma vie passée et présente. Ici je peux tout dire sans retenue, en toute confiance ». Ceci implique de la part du thérapeute, une rigueur, une discrétion et une neutralité à ne pas décider pour l’autre mais de l’aider à retrouver l’usage possible de sa liberté, par les soins qu’on peut lui prodiguer sans le juger.

Quelles sont les variantes thérapeutiques ? Le devoir d’une société est de reconnaître qu’il n’existe pas une réponse à la souffrance touchée, laquelle n’est ni évaluable ni mesurable, elle reste personnelle, baignant d’enseignement et de culture. Nombres de facteurs peuvent influencer le cours d’une psychothérapie, et donc son évolution : la nature, le degré du trouble, les événements de vie, l’environnement familial et social, l’effet placebo, la méthode ou la technique thérapeutique utilisée, la relation thérapeutique de même que les changements biologiques. Les différentes variétés de psychothérapie sont retrouvées selon plusieurs orientations. Bien sûr je vous parle de la psychanalyse, les thérapies humanistes, les thérapies corporelles, cognitive-comportementales, systémiques ; nos collègues ici sont bien placées pour ça, les thérapies « mindfulness-based cognitive thérapies », les thérapies « acceptance and commitment », il n’y a pas moyen de faire toute la série, mais vous la connaissez mieux. Ce que je peux vous dire de la psychanalyse, c’est un travail en profondeur qui cherche à changer son regard sur soi, elle ne peut se donner comme unique objectif la disparition du symptôme, en revanche, une psychothérapie de soutien ou d’inspiration psychanalytique en face à face est efficace surtout quand les troubles anxieux ne sont que la partie émergente d’une personnalité névrotique. Ainsi, les variables sont multiples et les réponses varient aussi. Mais les changements restent en fonction de la formation du thérapeute et des possibilités qu’il peut offrir à la personne souffrante.

Mais comment choisir son thérapeute et la méthode adéquate ? Il y a beaucoup de facteurs et de paramètres qui entrent en jeu. Je vais vous relater un film, certains l’ont peut être vu, paru il y a quelques années, il s’appelle « Confidences trop intimes ». C’est un film de comédie, une charmante femme, Anna, décide de voir un psychiatre pour régler ses problèmes de couple. Elle prend rendez-vous, sonne à la porte du supposée thérapeute, rentre et se met à exposer sa problématique. Son interlocuteur se tait. A la troisième séance, il lui avoue être un conseiller fiscal, ceci ne l’empêche pas de revenir lui parler sachant quand même que le vrai psychothérapeute était sur le même palier mais à la porte à cote. Pour elle, elle suit sans le savoir ce que l’on appelle l’approche centrée sur la personne, qui est en fait la méthode de Rodgers, c’est-à-dire le psychiatre écoute et le patient dirige. C’est en fait le risque des choix, et la psychothérapie nécessite un encadrement, une réglementation et une transparence. Comment distinguer entre le domaine de la santé et le marché du mieux-être, le marché du mieux-être surtout dans les sociétés que nous disons occidentales. D’un côté il y a l’analyse et le retour sur soi à la recherche des refoulements et des traumatismes de l’enfance, de l’autre, le pragmatisme thérapeutique guérisseur, et la recherche du symptôme. Une certaine évolution s’est faite depuis Freud, refoulement, Œdipe, l’inconscient, puis Jung, qui va imposer la notion d’inconscient collectif, puis les courants contestant et critiquant la théorie de Freud, en la diversifiant et en l’enrichissant surtout. Puis Lacan, qui va travailler le sens de la parole et la décomposition des mots, et des phrases. Enfin, le public va se diriger vers les thérapies brèves, ciblées, gérant le présent et la future, mêlant neurones, programmations et modélisations. L’homme est perçu, dans certains lieux, comme une machine qu’il faut reprogrammer, c’est les thérapies de programmation neurolinguistique, d’où l’entrée des « coaches » en tant que consultants de l’âme, qui ajoutent à ce tab-

leau la remise à jour de l’hypnose, du yoga, et j’en passe les voyants et les rebouteux. Toutes ces thérapies vont vite, et Freud nous rappelle, retenons cette notion, que tout ce qui est bref ne dure pas. L’homme a besoin de temps pour évoluer, il a aussi besoin d’être libre. La jouissance immédiate tue le désir, celui-ci ne peut naître que du refoulement de l’inconfort, d’où un psychanalyste reconnu en France, Charles Melan, dans son livre « L’homme sans gravité », rappelle que vivre c’est quand même rire, mais aussi pleurer. Il rappelle que le marché du bien-être est en train d’éliminer la souffrance, la mort, la maladie, la douleur. Il faut apprendre à s’accepter, à rencontrer le monde, à savoir que les techniques de communications font parfois obstacles aux relations authentiques. Ce qu’on cherche en psychothérapie, c’est une plus grande liberté, et se libérer d’un problème. Les bons psychothérapeutes sont des observateurs vigilants du changement de leurs patients. Pas question de se laisser impressionner par des évolutions grandioses trop rapides. Dans les domaines d’addictions par exemple, nous savons que passer d’une dépendance à une autre, par exemple de l’alcool à une relation amoureuse destructrice, du tabagisme à la boulimie, ceci revient trop souvent à changer de cabine sur le Titanic. L’atout le plus important d’une psychothérapie est une curiosité soutenue et non-intrusive. Au niveau conscient et inconscient, nous sommes modelés par notre environnement et ceux que nous aimons et dont nous dépendons. L’outil essentiel est la liberté qu’il donne d’explorer en toute sécurité nos mondes intérieurs, nos espoirs, nos désirs, nous-mêmes et ceux que nous aimons, et surtout nos limites. En conclusions, la pensée de l’homme doit être dépassée. Alors quelles thérapies pour quel humain ? Juste quelques mots, je vous ai parlé de l’utopie transhumaniste. C’est l’intelligence des machines interconnectées qui va dépasser celle des humains, qui va permettre l’apparition d’un Homme Plus, et d’une humanité où les rêves les plus fous deviendront réalisables, c’est-à-dire modifier nos capacités psychiques, augmenter à l’infini nos capacités corporelles voire vaincre la mort et la promesse de vivre plus de mille ans, simplement en téléchargeant notre conscience sur un disque dur. Encore un film dont je vais vous parler, paru en 2014 avec l’acteur Johnny Depp, qui s’appelle Transhumance, il nous montre le « backup » du cerveau, c’est-à-dire le transfert de notre mémoire et notre esprit sur le disque d’un ordinateur. Ce sont les prévisions de la future, mais actuellement revenons à quelque chose de plus simple. Apprendre à s’accepter, mais comment ? Faire de la peinture, de la musique, rencontrer le monde, l’autre, l’écriture, le sport, la cuisine. Échanger avec sincérité, la communication, pour certains, adopter un chien, aller en voyage, avoir le courage de sortir de sa routine, innover et enfin la psychothérapie en attendant d’autres innovations. Ce qui guette notre monde c’est un totalitarisme soft du marché de la technique et des normes qui transformera petit à petit l’individu libre en un consommateur docile et passif. Les individus sont domestiqués par la consommation, par l’argent mais aussi par le droit. Tout va dans le sens du conditionnement de l’individu. Certains s’adaptent et s’y accommodent, d’autres se révoltent et luttent et d’autres souffrent. Essayons de les éclairer. Acceptons que chacun fasse comme il peut avec sa vie, ses envies et ses raisons.

Merci

Pr. Mareike Wolf Fedida

Nous remercions professeur Adel Akl pour ses conférences éclairantes quant aux nouvelles techniques, attentes et exigences dans la psychothérapie. Et je laisse mon modérateur présenter notre intervenant suivant.

Rony Abou Daher

Merci Docteur Akl. Et l'intervention suivante c'est avec le Docteur Sliema Jari, il est professeur en médecine à l'université libanaise. Il est spécialiste en endocrinologie, nutrition, en infertilité et fécondation in vitro et en sexologie clinique et Santé sexuelle. L'intervention s'intitule « l'anorexie mentale : Soma et Psyché. »

Dr. Sliema Jari

Bonjour, tout d'abord je voudrais remercier le professeur Abbas Makke qui m'a donné l'occasion de vous parler d'une pathologie importante et particulière. Malheureusement, sa fréquence augmente dernièrement dans notre société libanaise, c'est l'anorexie mentale.

L'anorexie mentale est un trouble de comportement alimentaire, elle fait partie de ce groupe qu'est le syndrome le plus étudié et le plus connu. Depuis le XVIIIème siècle jusqu'à maintenant elle a fait le sujet de plusieurs milliers d'études, mais malheureusement jusqu'à maintenant, il y a encore des points aveugles qui entourent cette pathologie. Donc définissons l'anorexie mentale. C'est un trouble de comportement alimentaire caractérisée par une perte importante de poids et une restriction alimentaire. Il y a une phobie de la prise du poids, une aménorrhée, c'est-à-dire une absence des règles, et une altération de perception du Soi qui provoquent des troubles de l'image corporelle, d'altération de l'estime de soi et le déni de la gravité de la maigreur actuelle. La constitution de cette maladie se fait à l'enfance précoce, mais son déclenchement a lieu à l'adolescence entre l'Age de 13 et 17 ans, avec un pic à 16 ans. Le sexe féminin est dix fois plus touchée que le sexe masculin, et la fréquence de ce trouble dans la société occidentale est de 0.5 à 1% de la population.

Pour la clinique, ou le tableau clinique de cette maladie, elle est riche. Il y a beaucoup d'éléments somatiques et beaucoup d'éléments psychiques. A cause de ça, on peut donner à ce syndrome l'entité psychosomatique. Dans le tableau somatique, on trouve une perte de poids, une aménorrhée de plus de trois mois, une Dys ovulation ou une anovulation, des troubles hormonaux, vomissements, troubles du rythme cardiaque, troubles de la température corporelle, trouble hydro électrolytiques, augmentation du PH sanguin et beaucoup d'autres symptômes. Dans ce tableau somatique, le plus important c'est les troubles hormonaux qui surviennent lors de l'anorexie mentale : augmentation du cortisol plasmatique, augmentation du cortisol libre urinaire, une baisse de la sensibilité aux glucocorticoïdes, une diminution des récepteurs du cortisol, une baisse des androgènes surrénaliens, une diminution des catécholamines, une hausse de GH dans 50% des cas, syndrome de basse T3, altération de la sécrétion de LH, et une hausse de la SBP. Donc vous voyez que le tableau hormonal est très riche.

Quant au tableau psychique, il y a une hyperactivité, obsessions, les anorexiques mentaux sont généralement égoïste, rigides et nerveux, il y a également la kleptomanie, des troubles de sommeil et des rêves, désintérêt sexuel. Pour l'évolution de ce syndrome, son traitement est catastrophique, parce qu'il y a une dégradation de tous les hormones ainsi que de toutes les fonctions et tous les appareils de l'organisme, et à côté il y a une dégradation de l'état psychique et du comportement de ce malade. Mais quand il y a un traitement quand même, on peut trouver une guérison dans 50 à 60% des cas, mais quand il y a une anorexie mentale qui dure moins de 5 ans. En même temps on peut trouver 30 à 35% des malades qui passent à l'état d'anorexie chronique, et le décès survient dans 5 à 15% des cas. Les causes

du décès sont l'arrêt cardiaque dans 50% des cas, le suicide dans 27% et d'autres causes dans 19% des cas. Devant ce tableau riche et ce syndrome important, il faut toujours penser à sa pathogénie. Est-ce que c'est une pathogénie psychique, organique, la question est toujours ouverte et sans réponse. Mais quand même, nous sommes plus du côté psychogène que du côté organique. Dans la pathogénie, on a les deux composantes somatiques et psychiques. Est-ce qu'il y a un facteur génétique ? Il y a beaucoup d'observation. Ici on peut dire que la possibilité d'avoir anorexie mentale dans la fratrie du malade est de 6 à 10% des cas. La probabilité est 8 fois plus importante au sein de la famille que dans la population générale. Et la possibilité que le jumeau d'un malade soit atteint est plus importante chez les vrais jumeaux que chez les faux jumeaux. Donc selon ces observations, on peut dire qu'il y a un facteur génétique, mais est-ce que ce facteur génétique est significatif ou déterminant ? Il n'y a pas de réponse pour le moment, mais on peut suspecter que ce facteur génétique est un facteur de prédisposition qui peut donner la maladie après une réaction avec d'autres facteurs favorisants et déclenchants. Dans notre série de vingt malades, des anorexiques mentales, toutes des filles au Liban, on a quand même un cas très important de point de vue génétique. C'est la grand-mère qui a des troubles de comportement alimentaire, la mère est anorexique mentale améliorée sous traitement, le bébé anorexique a fait une anorexie de l'enfant à 6 mois, et durant toute son enfance elle a toujours eu des troubles de comportements alimentaires.

La pathogénie hormonale. D'un point de vue hormonal, il y a beaucoup de signes et de symptômes comme vous avez vu avec les altérations hormonales. Mais jusqu'à présent, ces altérations ne peuvent pas être considérées comme la cause initiale de l'AM, parce qu'elles n'ont ni une valeur diagnostique ni une valeur sémiologique, car ces altérations hormonales changent avec le cas nutritionnel. C'est-à-dire, après réalimentation de la malade. Et l'aménorrhée disparaît, et on voit qu'il y a apparition des règles quand le poids de la malade arrive presque au poids idéal. Ces altérations hormonales peuvent avoir un intérêt pronostic quand même, parce que l'élévation de la SBP et du GH et du syndrome de basse T3 témoignent la gravité de la malnutrition. Ces altérations régressent avec la réalimentation, on trouve toujours des observations qu'il y a des altérations hormonales dans tous les troubles de comportement alimentaires. Mais on ne connaît pas qui est le *Primus moves* de cette pathologie, et il y a toujours une grande question qui se pose : y-a-t'il une cause supérieure à l'hypothalamus, et est-ce qu'il y a des dérèglements des neurotransmetteurs à ce niveau-là, qui joue le rôle de *Primus moves* des altérations psychogènes et hormonales en même temps ? Une question qui est toujours ouverte, sans réponse.

Pour terminer avec le profil hormonal, on peut dire que cette observation hormonale dans le cas de l'anorexie mentale nous pousse à faire de nouvelles études plus développées sur l'état de la nutrition de point de vue hormonal et de point de vue organique, et aussi sur la résistance à la cortisone et sur le contrôle supra-hypothalamique dans la genèse des maladies endocriniennes.

La pathogénie psychologique. La pathogénie psychologique a deux versants, un versant de constitution qui se fait dans l'enfance précoce, et un versant de déclenchement qui survient à l'adolescence. Pour expliquer la pathogénie il y a beaucoup de théories, certaines sont controversées et d'autres qui sont adoptées. On voit les facteurs favorisant l'anorexie mentale selon la théorie de la grande chercheuse dans ce domaine, Hilde Bruch qui dit qu'il y a 3 facteurs favorisants : les troubles alimentaires qui surviennent dans l'enfance précoce, les parents qui insistent sur les problématiques alimentaires, et troisièmement, les familles qui ne laissent pas l'enfant sentir son autonomie, ni son identité, ni son indépendance. Qu'est-ce qu'il y a dans cette enfance précoce ? Nous nous situons ici dans le stade oral, avec la bouche qui est une cavité primaire, qui forme un pont entre la réception interne et la perception externe, et d'un autre côté, elle fait le lieu privilégié des échanges du nourrisson avec l'environnement extérieur, et ça

implique quand même le développement de l'intelligence et des facultés cognitives de l'enfant. Donc, ces les premiers jours de la vie, manger est plus que nourrir. C'est l'origine de la connaissance, de la pensée, c'est le fondement de la sexualité et la source de l'amour de Soi et de l'autrui. Dans ce stade oral, le nourrisson dépend de sa mère. La qualité des soins maternels et leur adéquation aux besoins du nourrisson déterminent le développement intellectuel et affectif de l'enfant. Quand l'enfant a un besoin, si la mère répond à ce besoin immédiatement d'une façon rapide et avec bonne qualité, l'enfant enregistre ça comme un bon fait. Au contraire, si elle répond avec mauvaise qualité et délai, ce fait dérange l'enfant et il l'enregistre comme un stress. La faim est vécue par le nourrisson comme une sensation d'inconfort, et quand il mange, la nourriture lui donne une sensation de confort et fait disparaître la tension. La séquence de cette dualité faim/nourriture et donc confort/inconfort, fait une sensation de plaisir et de déplaisir chez l'enfant. Avec l'évolution, l'enfant enregistre cette dualité qui se répète toujours, par un amour à sa mère qui est enregistrée dans son inconscience comme une bonne mère, ici c'est la mère à sa demande immédiatement et avec bonne qualité. Et il enregistre la haine à la mauvaise mère dans son inconscience, cette mauvaise mère qui répond mal à ses besoins, qui est absente et qui est imposante aussi. Ces expériences positives ou négatives associées à l'absence ou à la présence de la mère font la première étape du développement psycho-affectif et donnent toutes les phases ultérieures de l'évolution intellectuelle et affective. La première nourrice pèse lourd dans le destin de l'individu. Au fur et à mesure que l'âge de l'enfant avance, apparaissent chez lui les sensations de capacité, efficacité, dominance, contrôle... Cette apparition se fait à travers le refus des besoins qui lui sont imposés par ses appétits et par sa mère. Tout cela sera refoulé dans son inconscient et se fait le potentiel de la prochaine anorexie mentale, qui peut être déclenchée après la rencontre de cet enfant à l'âge de l'adolescence avec les nouvelles difficultés et les nouveaux changements de plusieurs rythmes biologiques et psychologiques. À l'adolescence la fille fait face à plusieurs difficultés, qui ont à leur tête la maturité féminine, et la maturité sexuelle. Ici cette fille qui a déjà la potentielle refoulée de l'enfance, agit par l'apparition de l'AM, et elle répond aussi par le refus de la puberté et le refus des règles et de l'augmentation du poids et la restriction alimentaire, elle fait une régression vers l'enfance. En même temps, cette adolescente qui vit une altération de la perception du Soi, elle vit un trouble de l'image corporelle et on la trouve dans un état ou un comportement qui donne beaucoup d'attention ou de fixation sur l'aspect externe général et sur les dimensions corporelles. Cet état réagit d'une part avec l'esprit de la société dans laquelle règne l'esprit des tops models et de la minceur, et d'autre part avec le désir de l'adolescente d'être attirante et désirée. Ce qui donne à la fin une augmentation des troubles de l'image corporelle de l'adolescente, et elle enfoncée de plus en plus dans son anorexie mentale.

Donc, en conclusion, cette anorexie mentale, est-elle le résultat d'une seule cause ponctuelle psychique ou organique ? Non. Mais on peut dire que cette anorexie mentale est un résultat d'une investigation de nature multifactorielle où tous ces facteurs réagissent entre eux et interviennent ensemble dans la genèse de cette maladie. Merci.

Pr. Mareike Wolf Fedida

Nous remercions Dr. Sleiman Jari pour cette recherche passionnante.

Rony Abou Daher

Dr. Rabih El Chammay, psychiatre et enseignant à la faculté de médecine à l’USJ, et directeur du programme national de santé mentale au Ministère de la Santé. Le titre de son intervention est « Vers une approche biopsychosociale, réforme du système de santé mentale au Liban ». Il va alors parler du programme national de la santé mentale qui a été lancée en 2014 par le Ministère de la Santé.

Dr. Rabih El Chammay

Merci Rony, et madame la présidente. Messieurs et mesdames, je suis très conscient que je suis le dernier intervenant ou dernier obstacle entre vous et le déjeuner, et qu’on est déjà en retard. Donc je vous invite si vous voulez de vous lever et de vous étirer le dos un peu, ça serait aussi bien pour votre santé physique et mentale. Donc soyez libres de le faire. Permettez-moi tout d’abord de remercier le professeur Makke de m’avoir invité, mais surtout de tout ce qu’il a fait et continue de faire pour la santé mentale au Liban. J’ai eu le plaisir de faire sa connaissance il n’y a pas longtemps dans le cadre de l’élaboration de la stratégie nationale et dès lors je vous considère un partenaire clef au ministère.

Je suis aussi tout aussi honoré d’être avec vous et de faire partie de ce panel avec des piliers de la santé mentale, dont j’ai beaucoup appris à l’université, notamment pendant les études psychiatriques, Dr. Badoura et Dr. Akl. Bon je vais vous exposer très brièvement ce que l’on fait au ministère dans le cadre du programme national qu’on a lancée en partenariat avec l’OMS, l’Unicef en mai 2014. En écoutant un peu les interventions de ce matin, il y a eu pas mal d’interventions autour de la culture et je m’étais demandé un peu à travers quel lentille culturelle je vais vous parler aujourd’hui dans ma présentation. Et au risque de contredire Amine Maalouf, qui selon lui, on constitue l’identité à partir du mélange harmonieux de nos différences culturelles. Je pense qu’on a parfois en nous des cultures qui sont indépendantes et qu’il y a des tensions entre eux, que ce soit des cultures linguistique, le PowerPoint est en anglais, je parle en français et ma langue maternelle est l’arabe. Mais surtout, là je vais vous parler en tant que professionnel de santé publique, et non pas de clinicien, psychiatre ou quelqu’un qui a quand même un point faible pour la psychanalyse. Donc voilà je précise un peu mon point de vue avant de commencer.

J’aimerais tout d’abord reconnaître toute l’équipe et toutes les organisations qui font partie de ce projet national. Je vais commencer par un background de l’état de santé au Liban dont on a fait l’évaluation en 2015, sur les données de 2014. C’était un très long travail qui a été mené entre février et juillet, et sur lesquels on a pu contacter plein de partenaires et d’acteurs de santé mentale, et on a pu faire recueillir les données. Le rapport final serait publié bientôt. Donc voici un peu l’état de santé mentale au Liban. On a 5 hôpitaux psychiatriques, 8 services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, 42 cliniques psychiatriques, très peu de communautés résidentielles, seulement 7, et une seule unité de psychiatrie médico-légale (Forensic psychiatry). En ce qui concerne le budget allouée à la santé mentale au Liban, il est minime, celui du Ministère de la Santé. Donc on n’a pas pris en compte celui de la sécurité sociale ni d’autres sources de fonds. Le budget est de 5% dans le ministère de la santé, ce qui est énorme par rapport à d’autres ministères dans la région. La plupart de l’argent va dans les hôpitaux psychiatriques, donc 54%, l’autre partie va dans les médicaments surtout. Donc comme vous voyez il n’y a pas beaucoup d’argent qui va dans les interventions psychosociales. En ce qui concerne les lits de psychiatrie, la plupart sont dans les hôpitaux psychiatriques à 88%. Or les recommandations internationales c’est que les lits soient dans des services communautaires, pas dans des hôpitaux. Le nombre de jours passés dans ces unités. Dans les

services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux c'est 7 jours alors que dans les hôpitaux psychiatriques ça peut atteindre 214 jours. Ça c'est la moyenne, en tenant compte qu'il y a pas mal de personnes qui sont chroniques si on peut dire, dans les hôpitaux psychiatriques parce qu'il n'y a pas de structures sociales pour les prendre en charges. Donc même le système de santé dans les hôpitaux psychiatriques souffre un peu parce qu'il ne peut pas recueillir de nouvelles personnes. Ça c'est le pourcentage de professionnels de santé mentale pour 100 000 têtes au Liban. On a très peu de professionnels de santé mentale, vous le constatez. Donc le nombre de professionnels par rapport aux lits. Comme on voit dans les hôpitaux psychiatriques on a très peu de professionnels par rapport au nombre des personnes hospitalisées, ce qui est tellement mieux dans les hôpitaux généraux. Mais ici il faut souligner que ce n'est pas par manque de volonté des hôpitaux psychiatrique mais par manque de moyens. Les services de psychiatries dans les hôpitaux généraux sont quand même des services privés ou les gens payent beaucoup plus. Donc en résumé le système de santé mentale au Liban dans les hôpitaux psychiatriques et dans le système privée, le ministère couvre les hospitalisations pour les personnes n'ayant pas d'autre plan de couverture, notamment, il donne aussi des psychotropes de nouvelle génération pour les personnes n'ayant pas les moyens de se les payer. Les assurances privées ne couvrent pas les troubles psychiatriques. Donc c'est un peu le background en 2014, avant le lancement du projet national.

Donc en 2014, sur un moment crée par la crise syrienne, le Ministère de la Santé a pris l'initiative de lancer le programme de la santé mentale en partenariat avec l'OMS, IMC et UNICEF. Et un an après le lancement de ce projet on a lancé la stratégie nationale de réforme du système de santé mentale sur 5 ans, 2015-2020. Le processus est tout aussi important pour nous que le contenu. En 2011, on a fait un premier brouillon qui a été revisité par des experts nationaux et internationaux. Puis on a eu 3 réunions nationales pour discuter et finalement, il y a eu un consensus national autour de la stratégie. Donc c'est vraiment une stratégie qui a pris le temps de murir et qui contient la plupart des acteurs de santé mentale au Liban. Les valeurs autour lesquelles cette stratégie a été construite sont l'autonomie, la dignité, la participation, l'émancipation, la qualité des soins, l'intégrité et la responsabilité des professionnels. La vision, c'est que toute personne vivant au Liban aura l'opportunité de jouir de la meilleure santé mentale et du meilleur bien-être possibles. Et c'est une vision. La vision c'est quelque chose vers lequel on tend, et dont la stratégie n'est pas nécessairement le seul élément. Et vous voyez bien que la stratégie est inclusive par définition, elle prend en compte les réfugiés et les déplacés, et encore d'autres groupes qui ont été identifiés comme groupes vulnérables. Donc il y a cinq domaines essentiels. Le premier est le domaine de la direction et la gouvernance, le deuxième c'est la réorganisation des services, le troisième c'est la promotion et la prévention, le quatrième la recherche et la collecte des données, et le cinquième est les groupes vulnérables. Je ne vais pas énumérer les objectifs de chaque domaine mais je vais vous mettre au courant de ce qui a été déjà fait dans ça.

Donc ce qu'on est en train de faire c'est d'essayer d'activer les projets de lois qui ont été soumis au parlement, que ce soit pour réglementer l'hospitalisation de force ou de réguler la profession de psychothérapeute et de psychologue, vous êtes les mieux placées pour savoir qu'il y a un vide juridique sur cela au Liban. Nous sommes en train de finaliser une stratégie nationale pour la prévention, le traitement et la réhabilitation pour les personnes qui utilisent des substances psychoactives. Et on a fait une petite campagne qu'on a du ajournée jusqu'en novembre, il y a des brochures en haut, qui sensibilise les gens sur leurs droits par rapport aux soins qu'ils vont recevoir. Sous le programme aussi, nous travaillons dans une Tas Force, qui est un groupe de travail regroupant 62 organisations qui travaillent avec les personnes affectées par la crise syrienne. Dans ça on fait pas mal de choses, dont le plus important actuellement

est la création d'un système de référence entre toutes les organisations, national et internationales, afin de pouvoir gérer à temps toutes les demandes et toutes les situations d'urgence qui peuvent survenir. Pour ce qui est de l'organisation des services, on essaie d'intégrer la santé mentale au niveau de la santé primaire, dans 200 centres de santé primaire du ministère de la santé. C'est notre priorité pour 2016, si tout va comme prévu nous aurons 100 centres qui seront formées sur la santé mentale avec une unité de support et de supervision qui assurera le soutien mais qui mettra aussi en lien avec le système de référence dont a parler. Nous sommes aussi en train de travailler sur un système d'accréditation, nous avons déjà terminé les critères d'accréditations pour les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, et actuellement on travaille sur les critères d'accréditation des centres de réhabilitation au Liban, parce que là aussi il y a un vide complet. Nous travaillons aussi de près avec l'université libanaise, on a formée 20 des professeurs à la mhGAP afin de pouvoir inclure une approche biopsychosociale dans les cursus de la faculté. Pour la promotion et la prévention on est en train de travailler sur un Framework de prévention et de surveillance du suicide au Liban. On va travailler avec Embrace en 2016 pour commencer un « hot-line ». Et on voudrait bien avec UNFPA faire une étude sur la situation de la santé maternelle mentale au Liban, et quels sont les services déjà présents. Pour tout ce qui est de la recherche, on va former en 2016 un comité de recherche pour guider la recherche en santé mentale vers le développement des services et créer une synergie entre les différents chercheurs au Liban pour que le ministère et les universités soient en accord sur les priorités nationales.

Pour les groupes vulnérables, c'est un domaine très spécifique au Liban et on a voulu l'inclure dans la stratégie afin de signifier que c'est une stratégie inclusive de tout le monde indépendamment de toutes les séparations ou crises identitaires existant actuellement au Liban. Donc dans ce groupe on a les enfants et les adolescents, les travailleuses domestiques, les adultes d'Age avancée, les familles de personnes disparus lors des guerres et conflits, l'objectif pour ce groupe n'est pas un objectif de soin mais un objectif de reconnaissance, et de créer un mémorial national pour les personnes disparues et de dresser un sujet identitaire. Donc les groupes qui sont en gras sont ceux sur lesquels on a commencée à travailler, comme par exemple les réfugiées palestinien avec le UNRWA qui sont en train de dresser leur projet qu'ils ont créé en ligne avec la stratégie nationale. Pour les personnes en prison on vient de finir une analyse de situation et on a commencé à rédiger un rapport sur la santé mentale et l'abus de substance dans les prisons. Et pour les populations déplacées notamment syriennes qui constituent pour le moment plus du quart de la population au Liban, le travail se fait au sein de la Taskforce. Voilà.

Donc quelles sont nos difficultés ? A commencer avec la paralysie politique existante et la situation sécuritaire, la difficulté et la complexité de la coordination entre les différents agents, et le peu de ressources qu'on a pour le programme. Mais pour finir sur une note optimise, on a un soutien très important de l'intérieur du ministère et même au plus haut niveau, le directeur général Walid Ammar est le premier soutenant du programme, ce qui est inouï pour la santé mentale de notre pays. Donc nous avons un fort engagement des différents acteurs et une stratégie commune et une vision commune. Et on a pris une décision très claire de ne pas créer un système parallèle pour les personnes affectées par la crise syrienne et il y a un intérêt international pour la santé mentale dont on bénéficie aussi au Liban.

Voilà pour finir je vous laisse sur une note un peu optimiste. Voici une citation qui parle d’un petit colibri qui essayait d’éteindre le feu dans la forêt en amenant des petites gouttes d’eau, et donc l’éléphant qui le regarde et lui dit « tu penses que tu peux éteindre le feu tout seul ? ». Le colibri lui dit non, mais je fais mon rôle. Et c’est ce qu’on essaie de faire. Merci

Séance III



Séance III

Dr. Abbas Makke

بروفيسور موني عرف أنه لم يأتي إلى لبنان بسبب ظروفه الصحيّة. فعمل هذه ال simulation وترون أن هناك أشخاص ووجوه تعرفونها وكانت حاضرة في بلجيكا. سوف نرى الآن دور عن العلاج العائلي. سوف نرى ١٣ دقيقة منه. صار فيها مونتاج لأن كانت مدتها طويلة. واكثر من الوقت المتاح للجلسة اليوم. كانت مدة المشهد ساعتان وربع. والبروفيسور كريم وأنا سنضع إطار لهذا الفيديو. وسترون أن البروفيسور كريم يلعب دوراً أساسياً في نموذج الجلسة. من بعد المشاهدة سيكون هناك ١٠ دقائق للمناقشة والاسئلة.

[Traduit de l'arabe]

Professeur Mony Elkaim, ayant su qu'il n'allait pas pouvoir venir au Liban pour des raisons de santé, a mis en place cette simulation. Vous allez voir des visages que vous connaissez, et qui étaient présents en Belgique. Nous allons voir une scène sur la thérapie familiale, nous en allons voir 31 minutes. Un montage a été effectué vu que la scène dépasse le temps accordé à notre séance aujourd'hui. La scène était longue de deux heures et quart. Le professeur Karim et moi-même allons mettre cette vidéo en contexte, vous allez voir que le professeur Karim joue un rôle important dans cette simulation. Nous allons ensuite prendre 10 minutes pour discuter et écouter vos questions.

[Simulation de thérapie familiale du Pr. Mony Elkaim]

[Séance de commentaire et de questions autour de la simulation]

Dr. Abbas Makke

On a maintenant ceux qui ont joué dans la simulation. On va leur laisser le temps pour dire ce que vous avez à dire ou répondre à des questions qui seraient posées. Là on a un peu le temps parce que la prochaine séance c'est Tabyeen. C'est la présentation du projet Tabyeen avec l'Institut, donc c'est avec Mony Elkaim. Donc on fait une séance continue comme on fait au centre, et on va voir vos impressions suite à la presentation de la simulatin, et les questions éventuelles qui vont être posées.

J'aimerais ajouter que cette simulation eut lieu dans le cadre d'un congrès avec Pr. Elkaim et Pr. Carl Sluski, sur la créativité en psychothérapie. Et il y avait aussi deux jours de séances dédiées aux étudiants qui étaient en formation à Tabyeen. Donc c'était cinq jours de travail sur la systémique de Mony Elkaim et sur le modèle analytico-système, mon modèle, qui sera présenté demain. Donc c'était une simulation adressée à notre congrès comme l'a soulignée Mony Elkaim, dans le cadre de l'analytico-système. Alors, des observations de la part du public ?

[Question de Mareike Wolf Fedida]

On se posait la question avec mon voisin, si vous avez répété auparavant.

Réponses

- **Karim** : Ce n'est pas du tout un jeu d'acteur. Ce qui se passe c'est que chacun essaie de savoir quelques traits de l'histoire de la famille, et là on commence à improviser. Et je pense que c'est le plus important. Ce n'est pas du tout un jeu d'acteur on essaie de vivre le rôle.

- **Soline** : C'est surtout ce qu'on a comme intuitions dans notre corps, dans notre position dans l'ici et le maintenant. Donc toute l'information que je savais c'est que j'avais 4 ans, donc je réagissais comme mon corps me disait, dans l'endroit, de qui être proche, quoi faire...

- **Marie-Adèle** : Je voulais aussi ajouter qu'on a tous des expériences a peu près similaires. On travaille tous avec des familles de réfugiées. En choisissant juste le rôle, au début on a juste préparé en choisissant qui va être le père, qui va être la mère, et quelle est la problématique dont la famille souffre. Donc nous avons choisi des problématiques avec lesquelles nous travaillons et qui posent problème, comme vous aviez dit le matin, donc qui font un cas pour nous.

- **Karim** : Je voulais souligner quelque chose. Dans notre formation que nous avons tous faite à Tabyeen, on passe par ça. Parce que une partie de notre supervision c'est une simulation en groupe, c'est une partie de notre pratique dans notre formation avec Dr. Makke. Mais Dr. Makke le fait à sa manière aussi, chacun le fait à sa manière.

- **Dr. Makke** : Je veux préciser une chose à propos du programme à Tabyeen, pour les étudiants en 3èmes et 4èmes années c'est le travail de supervision. C'est-à-dire Contrôler la pratique de la psychothérapie. Je suppose que Thérèse est psychothérapeute avec un patient, donc elle fait son travail de psychothérapeute. Elle collecte des données cliniques et vient chez moi en supervision, jouer le rôle du patient et moi le psychothérapeute. J'agis selon le modèle que j'adopte, et surtout le modèle analytico-systémique. On finit après sans savoir ce qu'elle a fait. Et je tiens à gérer le contre-transfert. Et parfois je demande, quelle impression avez-vous durant cette scène-là ? C'est vous ou c'est l'autre ? L'autre c'est le patient ou c'est vous ? Donc j'essaie de voir si on se projette ou pas. Et Mony dit qu'il ne faut pas se projeter. On finit par faire l'écart-type clinique, entre mon modèle qui laisse le temps à la créativité selon la situation, ce qu'on appelle en thérapies systémique les thérapies contextuelle, et le cas, comment eux ils ont fait.

Moi j'aimerais bien savoir les impressions et questions à poser aux joueurs. On est passée directement du cours magistrale au jeu de rôle.

[Question du public]

Quel est le but de la simulation dans la formation systémique ? Contrôler le transfert ou. ?

- Dr Makke

On a deux simulations, celle que vous venez de voir maintenant, et une autre dont je viens de parler. Donc votre question s'adresse à ma façon de travailler ou ce que vous avez regardé? A la méthode. C'est apprendre au thérapeute de se contrôler, de contrôler ses impressions, ne pas se projeter sur le patient, et gérer le contre-transfert, ce que Dr. Mony appelle la résonance, d'autres l'appellent empathie, et ne pas être à la fois sujet et objet, et c'est pour moi, comprendre ce qu'est la neutralité bienveillante, qui est un concept psychanalytique de base. Donc le psychothérapeute n'est pas médecin, il ne traite pas l'objectivité, il fait face à l'intersubjectivité. Donc la simulation c'est un travail d'entraînement en quelque sorte, aboutissant à la fin à une bonne compréhension et écoute de la souffrance du patient. En systémique on fait beaucoup de simulations, c'est-à-dire ne pas projeter, et là je fais allusion à Lyndon, le fondement culturel de la personnalité. Ne pas projeter le statut latent en nous, c'est –adire moi, je suis professeur d'université, psychothérapeute, père de famille, c'est latent, mais maintenant je prends la parole dans un congrès. Le latent c'est ce qui n'est pas activé maintenant, contrairement à l'actuel. Je donne un petit exemple. Je suppose que j'ai un problème familial, et que je traite un problème de couple et que mes problèmes de sont pas résolus. Alors qu'est-ce que fais, quand mes problèmes ne sont pas résolus, et que je dégage une scène de la vie conjugale liée à une scène que j'ai vécue et qui n'a pas été résolue. Donc s'entraîner à l'objectivité de l'intervention psychothérapeutique. Et tout le programme établi est axé sur ça.

[Question du public]

أنا صراحةً دكتور تلميذة سنة ثانية فيمكن أن معلوماتي لا تكون وافرة جداً. بس سؤالتي لا يتعلق بالتخصص بقدر ما يتعلق بالقضية أو الصورة التي كانت تتمثل. أنا كى مشاهدة شعرت أنا المشهد ليس من مجتمعنا العربي اللبناني. فقبل أن نتدرب على قضايا معينة. واساليب التعاطي معها ومعالجتها والموضوعية فيها. هل يجب أن نتدرب على قضية لدى المجتمع الغربي أو مجتمعنا العربي؟ هل يجب أن نصلح في أنفسنا أو في غيرنا؟ لماذا أقول ذلك؟ لأن من خلال ترددي وسماعي للكثير من المشاكل الموجودة. لا أرى طفلة عمرها ٤ سنوات. أو جلسات تدخل جماعية بين العيال. فأشعر أن هذه الأساليب من العلاج أكثر للطبقة الأرستقراطية التي لها القدرة للدفع لتلك الجلسات. انما هل هذا هو ما نحن نحتاجه فعلياً؟

[Traduit de l'arabe]

Honnêtement professeur, je suis étudiante en deuxième année, donc mes connaissances ne sont peut-être pas très vastes. Mais ma question ne porte pas sur le cas, mais plutôt sur l'image qu'elle représente. En tant que spectatrice, j'ai senti que cette scène ne se rapporte pas à notre société arabe libanaise. Donc avant de s'entraîner à traiter certains cas et aux différentes méthodes à utiliser, faut-il s'entraîner sur des cas survenant dans des sociétés occidentales ou notre société arabe ? Je dis cela parce que après avoir vu différents cas et écouter de différents problèmes, jamais je n'ai vu une fille de quatre ans, ou des thérapies familiales. Je sens que ces méthodes sont plutôt destinées à la classe aristocratique qui a les moyens de se les payer. Mais est-ce vraiment ce dont nous avons besoin?

[Réponses]

Thérèse :

شكراً على الذي قلتيه وهو سؤال واقعي جداً ويطرحه الكثير من الأشخاص. نحن نحكي عن ال-systemique - approche وما رأيناه هو *thérapie familiale systemique* . ونعلم في طب النفس أننا عندما نرى عارض عند الولد يكون هذا العارض لدى الأسرى كلها. في هذه المقاربة وهذه المدرسة، استدعينا العائلة لنرى لماذا تبينت تلك العوارض عند الولد. إذا كان يمكن إدماجها في مجتمعنا أو إذا كانت أرسقراطية أم لا، بالنسبة لذلك، يتم العمل بهذه المقاربة مع كل المجتمعات . أما تكمن الصعوبة في قدرة الأشخاص لتقبل هذا الأمر. ولكن يمكننا أن نرى كم هذه المقاربة فعالة، كم تختصر من الوقت وكم تسمح لنا أن نصل إلى ما يجري مع الولد وعلى صعيد الزوج وعلى صعيد الأفراد البقيين.

[Traduit de l'arabe]

Je vous remercie pour ce que vous avez dit. C'est une question très réaliste que de nombreuses personnes posent. Nous parlons d'approche systémique, et ce que nous avons vu est une thérapie familiale systémique. Nous savons qu'en psychothérapie, quand on repère un symptôme chez l'enfant, il s'agit d'un symptôme présent chez toute la famille. Dans cette approche et cette école, nous avons fait appel à la famille pour savoir pourquoi ces symptômes on fait surface chez l'enfant. Donc il est possible d'intégrer cette approche dans notre société, soit-elle aristocratique ou non. Elle est applicable pour toutes les sociétés. Cependant, la difficulté réside dans la capacité des personnes à accepter cette approche. Toutefois, nous pouvons remarquer à quel point cette approche est effective et à quel point elle permet d'économiser du temps, et d'arriver à savoir ce qui se passe avec l'enfant, l'époux, l'épouse et autres membres de la famille.

- Karim:

أريد أن أضيف شيئاً. خلال فترة تدريبنا أي ٤ سنوات، عندما تدرّبنا مع البلجيكيتين بالذات، كنّا نطرح على أنفسنا وعليهم هذا السؤال الذي طرحتيه حضرتك. في الحقيقة، كان وجود دكتور مكّي والمقاربة التي يطرحها هي نوع من الصلة بين الأمر الذي يحصل في الغرب، وكيف يمكن تطبيقه أو إعادة صياغته ليتناسب مع المجتمع الذي نتواجد فيه. هل يمكن أن يحصل تدّخل مع العائلة هنا في لبنان ومع اللاجئين السوريين؟ نعم، لأننا نحن نفعل ذلك. كل من عمل بهذا النموذج *notialumis* قد فعلوا ذلك وعملوا بهذا النوع من التدّخل مع العائلات ومع اللاجئين. إنما طيعاص لا يمكننا أخذ مقاربة موني القائم في الطريقة نفسهل التي يعمل بها هو. ونضعها كذلك هنا. الإشكالية التي طرحت هي من الميدان، لم نخترعها.

[Traduit de l'arabe]

Je veux ajouter un point à cela. Durant notre formation, donc 4 ans, durant notre entrainement avec les belges, nous nous posions et leur posions cette même question. Véritablement, la présence du docteur

Makke et l’approche qu’il propose est une sorte de liaison entre ce qui a lieu en occident, et comment l’appliquer et le remodeler pour qu’il soit en harmonie avec la société dans laquelle nous nous trouvons. Est-il possible de faire ce type d’intervention avec au Liban et avec les réfugiés syriens ? Oui, puisque nous le faisons. Tous ceux qui ont fait cette simulation l’applique et font ce type d’intervention avec les familles et avec les réfugiés. Certes, nous ne pouvons pas prendre l’approche de Mony Elkaim et l’appliquer de la même manière ici. La problématique que nous posons provient du travail sur le terrain, nous n’avons rien inventé.

- Soline:

أريد أن أقول شيء. ي الدور الذي رأيناه. نشعر أن المعالج يعطي شرعية لما يشعربه كل فرد من العائلة. ويحاول أن يعمل رابط أو تضامن مع كل شخص وخاصة الشخص الذي ليس له مكانة. أي الأب في هذه الحالة. وفي النهاية قال له «أنا اتكل عليك». واعطى لكل شخص حقه. وأنا يمكنني أن أتكلم عن التجربة التي عشتها. في البداية كنت اتحرك كثيراً وأخفق ما يقوله لي جسمي. وفي حين قال لي «أنا أراك وسوف أتكلم معك لاحقاً». وهنا هديت. وليس لأنني فكرت في الأمر. إنما لأنني في هذا الدور. أحسست بأنه اعطني مكانتي ورأني وذلك سمح لي أن أهدى. فمن المهم أن نلاحظ كيف تتحرك العلاقة وكيف كل شخص يأخذ دوره. كنا وكأنا نسمع قصتنا ونركبها معه. لقد اعطانا الفرصة لنسمع قصتنا ولنركبها مع بعض. وقال لنا أن الوقت يلزمنا. إنما يجب أن نعترف بالموجود. وعندما سأل الصبي «ماذا تريد أن تأخذ من ابني» قال له «أريد أن آخذ الشجاعة». أكد إعراف بنقاط الضعف إنما ركز أيضاً على النقاط التي يسميها النقل الذي يجب أن يكون إيجابي ويتضمن الخيار وليس فقط الأشياء السلبية التي نرفضها أو التي جعلنا نعاني في العلاقة مع بعضنا البعض.

[Traduit de l’arabe]

Je veux dire quelque chose également. Dans cette scène que nous venons de voir, on sent que le thérapeute légitime ce que chaque membre de la famille ressent, et essaie de créer un lien ou une solidarité avec chacun d’eux, et spécialement avec celui qui n’a pas de voix, donc le père dans ce cas-là. Et je peux parler de l’expérience que j’ai vécue. Au début je gigotais beaucoup et suivais ce que m’on corps me disait de faire. Et quand il [Mony Elkaim] m’a dit : « je te vois, je vais parler avec toi plus tard », je me suis calmée. Et ce n’est pas parce que j’y avais pensé, mais parce que, dans le rôle que je jouais, j’ai senti qu’il m’a donné une voix et qu’il m’a vue, et cela m’a permis de me calmer. Il est important de constater l’activité des relations et comment chaque personne joue son rôle. C’était comme si nous écoutions notre histoire et la formions avec lui. Il nous a donné l’opportunité d’écouter notre histoire et de la former ensemble. Il nous a dit qu’il nous faut du temps, mais qu’il fallait reconnaître ce que nous avons. Et quand il demanda au garçon « que veux-tu prendre de ton père ? », la réponse était « je veux prendre le courage ». Evidemment, il a reconnu les points faibles, mais il s’est également tourné vers les points qu’il appelle « transfert », et qui doivent être positifs et offrir un choix, et non seulement les choses négatives que nous refusons et qui nous font souffrir dans nos relations.

Dr. Abbas Makke

Soline vient de parler de son vécu dans le jeu de rôle. Elle dit en gros, en réponse à la question intéressante qui a été posée sur la relativité de la méthode à la « Elkaim », à la « Belgique ». C’est une question vraiment stratégique et qui va à l’encontre du projet du congrès. Le congrès va dans le sens de la multi-référentielle, la transmission culturelle, dans le monde de la mondialisation actuellement. Il y a mondialisation vers le progrès, mondialisation vers la régression. J’ai soulevé cette question ce matin. Vieux et loin, développement et régression. Je pense que Soline en parlant de son corps, de son cœur et de sa famille, elle se trouvait à Bruxelles, pleinement libanaise et arabe, avec son vécu libano-arabe. Et en mixte musulman/chrétien. Moi j’ai un ami, qui s’appelle X, Libanais, chrétien. A Paris il a été nommé « ce chrétien musulman ». Il est chrétien, on l’appelle chrétien musulman. C’est-à-dire eux nous prennent pour une entité unie et unique. Nous, on a des impressions des expressions de vécu humain. Et Mony Elkaim dans son travail avec vous, c’était sous le thème de la créativité. C’est-à-dire, mademoiselle ou madame, je comprends votre question et je la respecte beaucoup, c’est pour ça que je m’attarde pour la clarifier. Votre question est une question très importante, mais qui part d’un point de départ que nous, on n’est pas dans une vase, ici et là-bas. Eux, en Europe ils prennent de chez nous, et nous on prend de chez eux surtout, dans ce monde de mondialisation. Tout est transmis d’une façon ou d’une autre. Pour un psychologue, je suis catégorique, c’est une question qui n’est pas pertinente sur le plan technique, et la théorie de l’intervention. Pourquoi ? Parce que je me mets à huis-clos, isolée de ce qui se passe chez l’individu à l’intérieur de lui-même. Des impressions, des expressions qui n’ont ni de limites ni de frontières. Malgré que l’on nous ait mis des frontières très précaires actuellement, je parle sur le plan politico-géographique. Quoi dire donc dans la famille ?

Je passe alors à Tabyeen. Maintenant Rony nous réserve un quart d’heure pour exposer l’expérience de Tabyeen. Le centre Tabyeen. Tabyeen en arabe veut dire mettre au clair, la clarification. Moi je dis plus précisément, mettre en évident ce qui est si évident, si évident que c’est passée inaperçu. Mettre au clair le symptôme. C’est la prise de conscience. Tabyeen est l’institut d’études de la famille et des systèmes humains. Itinéraire et contenu. Je vous raconte un peu l’histoire de Tabyeen. Celles qui devaient parler maintenant étaient deux femmes, mais ne sont pas présentes ici à raison d’empêchements majeurs. Yusra Al-Hajj est à Bruxelles, d’origine libanaise, belge. Elle travaille avec Mony Elkaim. Et Malaki Joueide Makke, mon épouse. Toutes deux ne sont pas là, Yusra n’a pas pu venir de Belgique et Malaki a eu un empêchement mais elle viendra demain. Toutes deux ont œuvré à faire la coordination avec l’institut. Yusra de la part de l’institut et Malaki, ici, de la part de Tabyeen. Tout a commencé avec le livre de Mony Elkaim, ici vous avez l’abstract. Mais moi je traduis, je dis ma version du problème. Donc tout a commencé avec Mony Elkaim, avec son livre « Si tu m’aimes, ne m’aimes pas », un livre très connu. Paradoxe. Parce que cette femme qui dit ne m’aime pas si tu m’aimes, pense qu’il lui fait tout mais ne croit pas être aimée. Elle finit par comprendre, suite à une séance avec Mony Elkaim, que si elle n’était pas aimée par ses parents, elle sera incapable d’être aimée par quiconque. Si tu m’aimes ne m’aimes pas. Elle ne croit pas qu’elle peut être aimée. D’ailleurs le deuxième livre de Mony Elkaim « où es-tu quand je te parle ? », aussi « écoute moi quand je te parle ». Le problème en thérapies systémique et analytique est un problème de communication. On ne se parle pas. Je ne m’adresse pas à l’autre et l’autre ne s’adresse pas à moi. Donc Yusra est venue avec le livre de Mony Elkaim, me demandant de faire la préface de la traduction de son

livre. J'ai ensuite été invité en Belgique en 1999, il y avait un congrès dans lequel j'ai parlé de l'espace psycho-social arabe, c'est en rapport à la question qui a été posée plus tôt, c'est un livre que j'ai écrit en arabe. On s'est entendu, Mony et moi, de faire un programme commun de formation, on a travaillé ce programme pendant des années, et on a commencé en 2007, c'est la création de Tabyeen. Le centre a été créé avec l'accord de l'Institut des études de la famille et des systèmes humains, et Tabyeen, ma façon de travailler en formation. Comment on forme ? Il y a 4 ans de formation que je fais, et plus deux ans de formations avec l'institut des études de la famille et des systèmes humains, et dans le cadre de l'EFTA. Ce que j'ai fait, moi, à Tabyeen, c'est deux ans de psychothérapie de groupe, le thème essentiel est **الصحن والجلد**, en français on dit, je me sens mal dans ma peau, et je suis mal dans mon assiette, et parfois j'ai mal dans ma peau et dans mon assiette. Ça vient de l'extérieur. Alors ces 2 ans, on travaille sur l'expression libre mais encadrée, que je m'exprime, que je fasse sortir tout ce que je ressens à l'intérieur de moi-même. Donc on s'exprime durant deux ans chacun, et ça fait un écho sur le miroir des autres. On ne juge pas les autres, il est interdit de juger, d'interpréter. Mais ça évoque en moi un sentiment équivalent d'une façon ou d'une autre. Donc on travaille sur le thème, si on peut dire, de nettoyer ma subjectivité, étaler ma subjectivité, pour pouvoir écouter d'une façon humaine mais objective. Ça nous fait 280 heures de formation par ans. La 3^e et 4^e année, on travaille sur la supervision et la simulation. J'ai exposé le projet. C'est-à-dire l'étudiant sort, si on est 10 dans le groupe, donc ça nous donne 50 cas présentes, l'étudiant devient patient, et moi psychothérapeute. Donc 50 cas pour contrôler le contre-transfert. Trois psychothérapies individuelles, ça peut se faire à un temps diffère, avec moi ou avec d'autres collègues, c'est au choix de l'étudiant. Et l'essentiel après le 4^{ème} niveau, c'est le concept. Je fais un séminaire de concept une fois par mois, sur les concepts fondamentaux en psychopathologie fondamentale, en psychanalyse et anthropologie et tout. Donc je me situe dans le cadre de la psychopathologie fondamentale, supervisée par Pierre Fedida. Je m'adresse à Mareike Wolf Fedida, supervisée par Pierre Fedida. Ce sont donc les assises du travail à Tabyeen. Alors que fait l'Institut, avec les 4 sessions, plus deux sessions, avec un mémoire à préparer sur tous les travaux qui ont été faits ? Les systémiciens, les purs systémiciens, parce que moi je suis analytico-systemique, Mony a souligné une fois ce que je vais souligner, qu'en systémique il n'y a pas un Freud, avec Freud et anti Freud. Avec l'école palo-alto, bien avant et bien après. Il y a des penseurs en systémique, il y a des mathématiciens systémiques, des physiciens des chimistes des anthropologues. Donc ils sont ouverts à toutes les théories du monde, et dans l'objectif d'adapter ces théories à la demande de l'individu ou du couple, ou du groupe, de la famille, ou de l'institution, ou des réseaux, tous les processus traversée par les services de santé mentale, tous les réseaux qui donnent services au souffrant. Les systémiciens viennent ici pendant 4 ans, présenter toutes les théories systémiques. Il y en a beaucoup. Toutes les techniques d'interventions, la simulation... je vous laisse continuer.

- **Marie-Adèle** : Je pense qu'à travers les étapes qu'on a passées durant cette formation, on a eu la chance de travailler et d'apprendre plus sur nous-mêmes, plus sur la relation avec l'autre, mais aussi sur une grande diversité de théories et d'approches et d'écoles d'intervention. Surtout durant les concepts, qui ont lieu chaque mois, que nous avons appris sur les différentes écoles d'intervention je dirais.

Dr. Makke

Donc c'est ça le projet. Je signale que Tabyeen, la formation à Tabyeen est membre associée à l'EFTA. Donc ce qui est donné à Tabyeen, le papier de certification, est reconnu d'office à l'EFTA. Voilà avec un mémoire ou on met tout ce que l'on a appris en une douzaine ou quinzaine de pages, et c'est reconnu par l'EFTA. Donc voilà la trajectoire et le contenu en gros, et vous avez la brochure entre vos mains, ou tous ce que j'ai dit en résumé sont indiqués par Malaki et Yousra, avec la coordination de l'EFTA. Voilà on est prêt à donner des éclaircissements à la Tabyeen. C'est-à-dire, on déclare notre identité.

[Question du public]

Où est la place de l'émotion dans votre technique ?

Dr. Abbas Makke

Il y a plein d'émotions. Les 4 ans, le contre-transfert ce n'est que de l'émotion. La « peau et l'assiette » ce n'est que de l'émotion. Mais il s'agit d'émotions et d'expressions et des impressions sans toucher.

Séance IV



Séance IV

Rony Abou Daher

J’annonce qu’un programme parallèle a lieu au Black Room au deuxième étage avec Dr. Joëlle Haroun qui présente les masters en psychosomatique à l’Université Libanaise. Donc si quelqu’un souhaite voir cette conférence il peut se diriger au deuxième étage au Black Room.

La séance suivante sera avec **ABAAD**, notre partenaire dans ce congrès, représentée par Ghida Anani

Ghida Anani is a professor at the Modern University of Business and Science, and an assistant professor at the faculty of Public Health at the Lebanese University. She’s a medical social worker, and she founded and continues to manage ABAAD, dimensions, resource center for gender equality, which conducts activities throughout Lebanon and the MENA region.

ABAAD will also be represented by Marie-Adele Salem, who is an international expert in mental health and psychosocial support programs, a certified systematic family therapist since 2006; she is worked as an expert consultant with numerous INGOs and UN Agencies. A consultant trainer with ABAAD since 2011, and mental health and psychosocial technical advisor for ABAAD since April of 2015. The intervention of ABAAD will be under the title of “From Restoring Dignity, to Saving Lives: Mental Health, the Pulse of Feminist Activism”.

[Traduit de l’anglais]

Ghida Anani est professeur à L’université moderne des affaires et des sciences (Modern University of Business and Science), et professeur assistant à la faculté de sante publique à l’université libanaise. Elle est assistante sociale médicale, fondatrice et gérante d’ABAAD (dimensions), centre de ressources pour l’égalité des sexes, qui mène ses opérations au Liban et dans la région du Moyen-Orient et l’Afrique du Nord.

ABAAD est aussi représentée par Mari-Adèle Salem, expert international en santé mentale et en programmes de soutien psychosocial. Thérapeute systémique certifiée depuis 2006, elle a travaillé en tant que consultante experte avec de nombreuses ONG internationales et agences de l’ONU. Depuis 2011, elle est consultante et formatrice avec ABAAD, et conseillère technique de santé mentale et de soutien psychosocial également avec ABAAD, depuis 2015. L’intervention d’ABAAD s’intitule « From Restoring Dignity to Saving Lives : Mental Health, the Pulse of Feminist Activism », soit « Du rétablissement de la dignité au sauvetage de vies : la santé mentale, le pouls de l’activisme féministe ».

Ghida Anani

So we will be presenting in Arabic, however, the presentation and the slides are in English. Being in Lebanon and being an organization for the MENA region, and working and operating with people from the Arab world, we’re going to present our model or our experience in Arabic.

بدايةً نشكر تبين التي سمحت لنا أن نكون جزءاً من هذا المحفل العلمي الوافر بالمعارف والتجارب والخبرة. والتقدير العميق للبروفيسور عباس مكّي للتوجيه والإضافة والشراكة والإحتضان الدائم لقضايا الإنسان. رجلاً كان أم امرأة. راشداً كان أم طفل. في العمر أو في التطور النفس إنفعالي. عرض تجربة منظمة أبعاد. هو يتأسس من واقع كسر هذه الفجوة التي هي فجوة واهية ما بين الغرف العيادية العلاجية. والحراك النضالي النسوي لإشكالية العنف الموجه ضد النساء والفتيات في لبنان وفي منطقة الشرق الأوسط. ما هي أبعاد. أبعاد. في الحقيقة. محاولة مدنية لوضع قيد التطبيق لنموذج مؤسساتي في المقاربة النسقية للتعامل مع مشكلة العنف ضد النساء والتميز الجندري باعتبارها إحدى الانتهاكات وأفظعها لحقوق الإنسان. لكن أيضاً إشكالية صحة عامة في السببية وفي الناتج التي لا تقع فقط على ضحايا إنما على المرتكبين أيضاً. وعلى الشهود على هذا العنف سواء على المستوى الصحي الجسدي النفسي وعلى المستوى الاقتصادي والاجتماعي. والعمل في هذا المجال بين لنا الحاجة إلى الوعي حول إنتصاب كلفة المعاناة. المرئية منها وغير المرئية في الوقت عينه. من هنا إعتقاد المقاربات العملية والمنهجية الناظمة لعمل أبعاد والتي تنبع من إيمان حقيقي بإعادة التوازن وإحقاق التغيير النسقي المساهم بمشكلة العنف بالرغم من الشبح أو الخرافة التاريخية بأن لا شيء سوف يتغير. سوف نشارككم في البداية بفيديو قصير وهو خلاصة حملات مناصرة وادوات إعلامية تم تطويرها من قبل المنظمة وهي متوفرة بصورة مجانية على الستاند وعلى الموقع الإلكتروني بكوننا مركز موارد. نعرض الموارد لاهداف توعاوية وغير ربحية. سوف نشاهد الفيديو أولاً ثم سننتشارك أنا وزميلي ماري أدل كيفية تطبيقه هذا النوع من الأعمال .

[Traduit de l'arabe et l'anglais]

Nous allons faire notre présentation en arabe, mais les plaques sont en anglais. Puisque nous sommes au Liban, et puisque nous sommes une organisation destinée au Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, nous allons présenter notre modèle et expérience en arabe.

Tout d'abord, nous remercions Tabyeen qui nous a permis de faire partie de ce congrès scientifique riche en connaissances et en expériences. Et nous adressons nos profondes appréciations au professeur Abbas Makke pour son encadrement, son apport et sa collaboration, ainsi que pour son adoption constante des causes de l'être humain, homme soit-il ou femme, adulte soit-il ou enfant, en âge ou en développement psychoaffectif. L'exposé sur l'expérience d'ABAAD se base sur la réalité de l'œuvre pour combler la faille entre les lieux cliniques et thérapeutiques, et le mouvement de lutte féministe contre la problématique de la violence qui cible les filles et femmes au Liban et en Afrique du Nord.

Qu'est-ce qu'ABAAD ? ABAAD, en vérité, est un effort civil de mise en effet d'un modèle organisationnel de l'approche systémique, afin de remédier aux problèmes de violence contre les femmes et de discrimination fondée sur le genre, les considérant des pires atteintes aux droits de l'homme ; mais également afin de remédier afin de traiter la problématique de la santé mentale dans la causalité et le résultat, qui ne touchent pas uniquement les victimes de la violence, mais aussi ses auteurs et témoins, soit-il au niveau de la santé physique ou mentale ou au niveau socioéconomique. Le travail dans ce domaine nous a montré la nécessité d'une prise de conscience autour de la hausse du coût de la souffrance, visible ou invisible. De là provient l'adoption des approches efficaces et de la méthodologie du travail d'ABAAD, qui est puisée d'une réelle croyance en la restauration de l'équilibre et de réalisation de changements systémiques, en dépit du monstre historique du non-changement. Nous allons tout d'abord partager avec vous une vidéo

qui résume nos campagnes militantes et les outils médiatiques développés par l’organisation, et qui sont disponibles gratuitement sur notre site web. Etant un centre de ressources, nous offrons ces ressources pour des raisons informatives non-lucratives. Nous allons d’abord voir la vidéo, ensuite ma collègue Marie-Adèle et moi allons parler des méthodes d’application de ce genre de travaux.

Marie-Adèle

في هذا العرض اليوم سوف نشارك معكم فكرة عن الخدمات الصحية التي تقدمها أبعاد ضمن البرامج والمشاريع الموجودة فمختلف المناطق اللبنانية وفي المنطقة. لنقدم هذه الخدمات. سنشارك معكم نظرة سريعة عن تطور الفكر أو مدرسة علاج الزوجين أو علاج الأزواج النظامية عبر التاريخ وفلسفة التدخل.

في أول مرحلة Palo-alto كانوا يعتبرون أن الشخص ضحية العائلة أو المجتمع أو المحيط . أما في المرحلة الثانية يعتبرون أن المشاكل العائلية بمثابة حلقة نتيجتها فعل ردة فعل وردة فعل على ردة الفعل.

المدرسة التي نحن تلاميذ تبين ننتمي إليها والتي نؤمن بها هي التي حكي عنها موني القيم في كتبه والتدريبات التي اخذناها معه يطرح فكرة أنه بدل من التحليل وإعطاء النصائح. من الضروري التفكير سوية مع الزوج couple حول ما الذي يفعلونه في العلاقة وفي أي سياق. انني أعرض هذه الأفكار بطريقة مختصرة لكي أقول أن التدخل مع السيدة التي تعرضت إلى العنف. قد مرّت مراحل التدخل في نفس التطور الفكري أو الفلسفي تقريباً. ول ما ابتدأوا الخبراء والمختصين في تدخلهم مع السيدات المعنفات مثلما كانوا يسمونهون. كانوا يتدخلون على أساس انهن ضحايا و بحاجة أن نخلصهن. و ثم ظنوا أن هناك فعل ورد فعل وكأنها حلقة مفرغة تؤدي إلى عنف ولا يمكن حلها إلا إذا انكسرت يعني في الطلاق أو الانفصال وهناك الكثير من الأشخاص الذين يعملون على هذه النقطة تحديداً.

الفكرة التي نريد أن نعرضها اليوم هي الطريقة التي تعمل بها أبعاد التي تعتقد أن هناك سياق وعدد كبير من الأنظمة التي هي بحاجة إلى تدخل معها في مساحتهم المشتركة وتفاعلهم حتى نحدث تغيير. التغيير الذي هو الحد من العنف ضد المرأة وفيهم العنف وأشكاله في أبعاد جديدة لكي نتمكن من إحداث هذا التغيير. كما نرى في الصورة. التغيير في نصف القوقعة. لنصل إلى هذا التغيير يجب أن نمرّ في السياق ثم إلى الخدمات المقدمه للسيدات الناجيات من العنف. وإعطاء دوراً فعالاً للمناصرة لكي نصل إلى التغيير المستدام لياشكالية العنف.

[Traduit de l’arabe]

Nous allons, dans notre présentation, vous donner un aperçu des services de santé offerts par ABAAD dans le cadre des programmes et projets présents dans de nombreuses régions libanaise ainsi que dans la région [MENA]. Pour présenter ces services, nous vous donner une idée brève du développement de la pensée ou de l’école de la thérapie de couples ou de la thérapie de couples organisationnelle à travers l’histoire et la philosophie de l’intervention.

Durant la période initiale du Palo-Alto, on considérait que l’individu était victime de la famille, de la société ou de l’environnement. Alors que dans la deuxième période, on considérait que les problèmes relationnels étaient un cycle résultant d’une action, d’une réaction, et d’une contre-réaction.

L’école à laquelle nous, élèves de Tabyeen, appartenons et en laquelle nous croyons, est celle dont a

parler Mony Elkaim dans ses livres et formations. Il présente l'idée qu'au lieu d'analyser et de donner conseil, il est nécessaire de penser ensemble avec le couple, autour de ce que les membres font dans la relation ou dans le contexte. Je présente ces idées brièvement pour dire que l'intervention avec une femme ayant subi une violence a traversé à peu près le même développement philosophique. Lorsque les spécialistes ont commencé à intervenir avec les « femmes battues », comme ils les nommaient, ils intervenaient en se basant sur l'idée qu'elles sont des victimes qu'il fallait sauver. Ensuite, ils ont pensé qu'il y avait action et réaction, comme s'il s'agissait d'un cercle vicieux qu'on ne peut défaire que si l'on le brise, c'est-à-dire par le divorce ou la séparation. Et nombres de personnes travaillent sur ce point spécifiquement.

L'idée que nous voulons poser aujourd'hui est la méthode par laquelle travaille ABAAD, qui croit qu'il existe un contexte et un grand nombre de systèmes avec lesquels il faut intervenir, dans leurs espaces et interactions, afin de réaliser le changement. Le changement est la réduction de la violence contre la femme, qui inclut la violence et ses problématiques dans de diverses dimensions, afin de pouvoir réaliser ce changement. Comme nous pouvons le voir sur l'image (sur l'écran), le changement est au centre de la spirale. Pour y arriver, il faut passer par le contexte, puis par les services offerts aux femmes ayant survécu la violence, puis donner un rôle efficace à l'activisme afin d'arriver au changement durable de la problématique de la violence.

Ghida Anani

فإذاً في أول مستوى الذي نقوم به في عملنا أو تدخلاتنا لإحقاق إعادة التوازن النسقي المستدام في الاشكالية. لأن كمؤسسة. نحن لا نؤمن بأحدية التعامل في الموضوع مع طرف واحد من معادلة يكون فيها الطرفان شركاء معنيين أو مسببين أو تقع عليهم النتيجة في الوقت عينه. والمستوى الثاني يتمحور حول الخدمة المباشرة أو توفير الرعاية الشاملة للأشخاص المعنيين بحدث العنف. والمستوى الثالث الذي هو التحويل أو عمل على جعل المستفيدين والمستفيدات مناصرين في القضية المشتركة التي نعمل بها.

إذاً في أول مستوى. كيف نعمل على الاطار العام أو السياق العام . أولاً من خلال المناصرة والرأي العام والمدافعة وستعمل الاعلام للتغيير من خلال حملت عدة نكون فيها سنوياً تستهدج صانعي القرار أو أشخاص في مواقع مؤثرة على السياسات والقوانين . وذلك على المستوى الثقافي مثل حملة «درب الحبيب معيب». على المستوى الفردي مثل حملات قمنا فيها مثل «كلمات الله يساعدها ما بتساعدها» . وذلك عامر نكون به دائماً مع الشركات مع الوزارات والمنظمات الأهلية المعنية أو المنظمات الدولية. ثاني تدخل نقوم به هو الحوار السياساتي الذي يحاول العمل على نظام من داخله أو إصلاح النظام من داخله. أي جلسات حوارية قمنا بها وما زلنا مستمرين بها مع رجال الدين والمؤسسات الدينية التي هي مؤثرة في الثقافة إن كان مع الشباب والفئة الشبة التي نعتبرها من عناصر التغيير على المستوى السياسي.

عمل مستدام مع وزارة الشؤون الإجتماعية ووزارة الصحة لفعلاً تغيير السياسات الداخلية.

المستوى الثالث الذي هو الوقاية الأولية للنظام الأسري من خلال برامج تستهدف الأطفال

وحماية الطفل وبرامج الوالدية الإيجابية في التعاطي مع الأطفال.

التدخل الرابع هو ادماج الصحة النفسية ولكن الحساسية لقضايا النوع الاجتماعي أو الأدوار الإجتماعية لهدفين. الهدف الأول تعزيز نظام حكم القانون في لبنان على مستويين: التدخل مع النظام القضائي والقضاة وتحديداً قضاة العجلة

وهنا يشرفنا أن نكون على شركة مع تبين و مع الدكتور مكي لنعمل على دراسات وتطوير مناهج تدريبية للقضاة لإشغالها في النظام القضائي والقيام بتدريب لقضاة العجلة الذي يمثل أمامهم سواء السيدة الضحية والضحية بشكل عام أو المعتدي. والهدف جعل أيضاً هذا النظام متفهم ومتحسس لقضايا الصحة النفسية للتعاطي بهذه الشؤون الأسرية العامة أيضاً. وليس بشكل أن «هذا القانون فسوف نعمل ذلك». السيدة المعنفة أو الرجل العنيف. التعاطي معهم تماماً مختلف.

المستوى الثاني الذي هو المستوى الأمني. أي جهاز الشرطة. التي أيضاً نشترك بها مع تبين والهيئة الطبية الدولية في هذا الإطار لتطوي ٢ مناهج تدريبي أيضاً يدمج في تدريب الشرطة في معهد الضباط. ومنذ بداية السنة تبتدي هذه التدريبات مع متابعة قائمة عند تنفيذهم لعمل.

الهدف الثاني الذي أقوم به عندما نعمل على سياق العام هو تعزيز جودة الخدمة المقدمة سواء للضحية أو لل«معتدي» أو ذو السلوك العنيف في هذه الدينامية. خلال كل فترة حياتهم. ماري سوف تشاركنا بعض الأنشطة التي نقوم بها.

[Traduit de l'arabe]

Donc le premier niveau de notre travail ou nos interventions est de rétablir l'équilibre contextuel de manière durable. En tant qu'organisation, nous ne croyons pas en une approche unique pour traiter le sujet avec une partie d'une équation dans laquelle les deux parties sont concernées, ou facteurs ou sujets aux résultats en même temps. Au deuxième niveau, il s'agit de fournir des services directs ou des soins globaux aux personnes concernées par la violence. Le troisième niveau est la transformation, soit de faire des bénéficiaires des activistes pour la cause commune pour laquelle nous œuvrons.

Donc au premier niveau, comment travaillons-nous sur le cadre général ou le contexte général ? Tout d'abord, à travers l'activisme, l'opinion publique et le recours aux médias pour effectuer le changement, par de diverses campagnes que nous lançons annuellement et par lesquelles nous visons les instances décisionnelles et les personnes se trouvant dans des positions d'influence sur les politiques et les lois, au niveau culturel, comme la campagne « Darb El Habib Mou3ib » (battre son amant est honteux), et au niveau individuel “ Kelmit Allah Ysaa'edha Ma Bet Saa'edha ” (dire que Dieu l'aide ne l'aide pas). Nous faisons cela régulièrement avec des entreprises avec les ministères et les organisations civiles ou internationales. La deuxième intervention que nous effectuons est un dialogue politique qui tente de travailler sur un système à l'intérieur ou de reformer ce système de l'intérieur. Donc ce sont des séances de dialogue que nous avons faites et que nous continuons de faire avec les hommes de religion et les institutions religieuses qui ont une influence dans la culture, et surtout sur les jeunes ou la classe jeune que nous considérons comme étant un facteur de changement au niveau politique. Il s'agit également d'un travail continu avec le ministère des affaires sociales et le ministère de la santé pour réellement changer les politiques internes.

Quant au troisième niveau, il s'agit de premiers soins du système familial par le biais de programmes destinés aux enfants, la protection des enfants et des programmes d'éducation parentale positive pour le traitement des enfants.

La quatrième intervention est l'intégration de la santé mentale, sensible aux questions de genre ou

rôles sociaux, afin d’atteindre deux objectifs. Le premier est de renforcer l’état de droit au Liban sur deux plans : l’intervention avec le système judiciaire et notamment les juges des référés ; et c’est un grand honneur pour nous d’être en collaboration avec Tabyeen et avec le Dr Makke dans l’établissement d’études et le développement de programmes de formation à intégrer dans le système judiciaire, dans le but de former les juges des référés auprès desquels sont représentés les femmes victimes, les victimes en général ou l’auteur de la violence. Le but est également de rendre le système judiciaire plus sensible et compréhensif à l’égard des cas de santé mentale et des cas familiaux généraux, afin de s’éloigner de l’idée que « voici la loi, nous allons l’appliquer ainsi. » La femme victime de violence, ou l’homme violent nécessite une approche complètement différente.

Le deuxième plan d’intervention est à l’échelle de la sûreté, à savoir la police, avec laquelle nous sommes également en collaboration, avec Tabyeen et la Commission Médicale Internationale dans ce cadre, afin d’établir un programme de formation à intégrer dans la formation policière. Ces programmes sont entamés au début de cette année avec un suivi intensif lors du travail des policiers.

Le deuxième but que nous visons lors de notre travail sur le contexte général d’améliorer la qualité du service offert soit à la victime, soit à « l’agresseur » ou celui ayant un comportement violent dans cette dynamique. Marie-Adèle va vous présenter les activités que nous menons.

Marie-Adele

التدريبات التي نكون بها هي على المستوى الوطني وعلى المستوى الإقليمي أيضاً. أغلبية التدريبات موجهة أو لمقدمي الخدمات الصحية أي الأطباء والمرضات وغيرهم كي يتمكنوا من التعامل مع الحالات الصعبة. مثلاً إذا وصلت سيدة تعرضت لوضعية إغتصاب إلى المستشفى. ما هي الخدمات التي يجب أن تتأمن لها وما الدعم النفسي الأولي الذي الطبيب أو حتى الممرضة مسؤولون أن يقدمونها لها. التدريبات الثانية تتعلق بأدوار العاملين في الحقل الإجتماعي أو الأشكس الذين يعملون في المجتمع مباشرةً لحملات التوعية أو رفع الوعي حول موضوع العنف أو غيره. التدريبات هي لتمكينهم إلى التخصص في تقديم الخدمات الفردية أو ضمن مجموعة. مجموعات الدعم أو غيرها. للسيدات والرجال والأطفال أيضاً. وهو ما نسميه الدعم النفس إجتماعي. إن كانت طوارئ أو وضعية غير طوارئ لأن كل هذه الأشخاص تعمل مع أشخاص في لبنان أو أشخاص أتوا إلى لبنان نتيجة الطوارئ في المنطقة.

[Traduit de l’arabe]

Nous menons nos activités à l’échelle nationale aussi bien que régionale. La majorité des exercices visent les offreurs de services de santé, soit les médecins, infirmières et autres afin qu’ils puissent traiter les cas difficiles. Par exemple, si une femme ayant subi un viol se rend à l’hôpital, que les médecins et infirmières sachent quels services lui offrir. La deuxième formation est liée aux rôles des travailleurs sociaux dans le champ social, ou ceux qui travaillent dans la communauté directement par des campagnes de sensibilisation afin de sensibiliser le public au sujet de la violence ou autre. La formation leur permet de se spécialiser dans l’offre de services individuels ou au sein d’un groupe, des groupes de soutien ou autres, aussi bien pour les femmes que pour les hommes et enfant. C’est ce qu’on appelle le soutien psychosocial.

Ghida Anani

وهنا يوجد الكثير من التركيز على تطوير المناهج التدريبية التي هي مصداق عليها من قبل الجامعات أو جهة أكاديمية أكان على الانترنت بمتناول الجميع. أو يتم طباعتها وتدريب فريق على تدريبها. كإبعاد تركيز جداً على هذه النقطة لجعل المعلومة والمهارة متاحة للجميع.

المنهجية الآخرة في هذا المحور هي حول التحسيس المجتمعي والتأثير على المواقف والسلوكيات الفردية. الأنشطة التي نقوم بها لتطوير موارد عديدة وموارد تثقيف التي تحكي عن موضوعات وتحاول أن تبسطها. وأيضاً أدماج نشاطات التي هي توفير الرعاية المجتمعية ولكن من خلال إستخدام تقنيات الفن. إن كان في ورش عمل نكوم بها بإستعمال مسرح التفاعلي أو الدمى أو النحت أو السينما النقاله وغيرها التي تستعمل التقنيات الفنية والدعم النفس إجتماعي إنما أيضاً لإيصال مفاهيم إجتماعية.

المستوى الثاني الذي هو توفير الرعاية أو الرعاية الشاملة ودعم الأشخاص المعنيين بعلاقة العنف. نحاول القيم بذلك بطريقة متكاملة بدايةً من خلال برنامج الدار الذي هو عبارة عام ٧/٤٢ أي مركز مغلق يستقبل على مدار الساعة حالات الطوارق التي تستلزم إقامة مؤقتة دائمة للنساء المعرضات للعنف وأطفالهن وخاصةً في الأوضاع التي تشكل خطر على الثمالة الشخصية أو على الحياة. ليوفر لهن إضافةً إلى الإقامة المؤقتة جملة خدمات متخصصة متعددة الاختصاصات للناجية وأطفالها في حين تواجدهم في الدار.

المركز الثاني هو مركز الرجال.

[Traduit de l'arabe]

Dans ce cadre-là, il y a beaucoup de concentration sur le développement de programmes de formation certifiées par les universités ou instances académiques, soit-il sur internet de manière accessible à tous, ou publiés sur papier. Une équipe est ensuite formée à former d'autres.

La méthodologie dans cet axe est de sensibiliser la communauté et d'influencer les positions et comportements individuels. Nous entreprenons des activités pour le développement de nombreuses ressources et des ressources informatives qui traitent des sujets de manière simplifiée. Il s'agit également d'intégrer les activités qui fournissent des soins communautaires, en employant des techniques artistiques, que ce soit par des ateliers en utilisant de théâtre interactif ou des marionnettes ou la sculpture ou le cinéma ambulante et d'autres où les techniques artistiques et le soutien psychosocial sont utilisés pour présenter des concepts sociaux.

Au deuxième niveau, dont il s'agit de fournir des soins globaux et le soutien aux personnes concernées par une relation de violence, nous essayons d'établir une manière intégrée commençant par le programme du Dar (le foyer), qui est un service H24, soit un centre fermé qui reçoit des cas urgents en besoin de résidence temporaire de pour les femmes victimes de violence et leurs enfants en particulier dans des situations qui constituent une menace sur la sécurité personnelle, pour leur fournir hébergement temporaire en plus de services spécialisés multidisciplinaire. Le second centre est le centre masculin.

Marie-Adele

هذا المركز يؤمن خدمات صحة نفسية. هناك معالجين نفسيين يعملون في مدارس علاجية مختلفة اما حول موضوع واحد أي مساعدة الرجل على الاعتراف بمسؤوليته حول تصرفه العنيف ومساعدته على تغيير هذا التصرف أو إيجاد طريقة ثانية للتعبير عن الذي يعبر عنه خلال التصرف العنيف. في هذا المركز هناك خدمات معالجة نفسية فردية وأيضاً خدمات أخرى يمكن أن يكون هناك ورشات عمل للمجموعات حول إدارة الضغوطات وإدارة الغضب وهناك أيضاً مجموعات دعم حول مواضيع يحددها الرجال عادةً مع المتخصصين. من الضرورة ذكر أن هذا المركز يحفظ السرية التامة خاصةً، إن كان للنساء أو للرجال. لهم صعوبة للجوء لذلك خدمات مخدمات الصحة النفسية تحديداً في مجتمعاتنا . ومجانية

[Traduit de l'arabe]

Ce centre offre des services de santé mentale. Il y a des psychologues qui travaillent dans différentes écoles thérapeutiques, mais autour d'un sujet unifié, qui est d'aider l'homme à assumer sa responsabilité sur son comportement violent, ainsi que de l'aider à améliorer son comportement et à trouver d'autres moyens pour exprimer ce qu'il exprime par la violence. Le centre masculin offre des services de traitement psychologique individuel ainsi que d'autres services, il peut y avoir des ateliers de groupes sur la gestion du stress et la gestion de la colère, ainsi que des groupes de soutiens sur des sujets habituellement déterminés par des hommes avec des spécialistes. Il faut noter que ce centre respecte la confidentialité totale, que ce soit des femmes ou des hommes, il est difficile de recourir aux services de santé mentale de gratuitement, notamment dans nos sociétés.

Ghida Anani

الاطار الخدماتي الثالث المباشر الذي نقوم به أي المؤسسة هي المراكز النموذجية للرعاية الشاملة للنساء والفتيات المعرضات للعنف التي هي عبارة عن مراكز موجودة في ٨ مناطق لبنانية توفر مساحة آمنة للنساء وأطفالهن للاستحصال على كافة الخدمات التي يحتجن إليها للخروج من ادار العلاقة العنيفة إن كان من الإدارة العيادية أو الدعم النفس إجتماعي أو نشاطات التمكين الإجتماعي الإقتصادي. الخدمات القانونية الطب الشرعي الطب النفسي والعلاج النفسي في الوقت عينه. طبعاً إضافة إلى النشاطات التي تقام في الاطار المحلي.

[Traduit de l'arabe]

Le troisième cadre de services directs que nous offrons en tant qu'institution est les centres de soins complets pour les femmes et les filles victimes de la violence. Ces centres sont établis dans 8 régions du Liban et offrent un espace sûr pour les femmes et leurs enfants, tous les services dont ils ont besoin pour sortir d'une relation violente, soit un soutien psychosocial ou des activités d'émancipation sociale, des services juridiques, le service médico-légal, la psychiatrie et la psychothérapie en même temps. Bien sûr, cela s'ajoute aux activités qui se déroulent dans le contexte local.

Marie-Adele

في هذا البرنامج تحديداً كل الخدمات المتوفرة هي multidisciplinaire لأنها ترد على حاجات السيدة المختلفة في المجتمع التي تعيش فيه. ومن الضرورة ذكر أن هذه المقاربة في هذا المركز هي التي تكلم عنها الدكتور عادل عقل. المقاربة المركزة على الناجية أو على الشخص التي تأخذ بعين الإعتبار السيدة وأولوياتها وحاجاتها وأمنياتها. وعلى هذا الأساس يقوم فريق العمل على بناء برنامج التدخل معها.

[Traduit de l'arabe]

Dans ce programme, en particulier tous les services disponibles sont multidisciplinaires parce qu'ils répondent aux divers besoins des dames dans la société dans laquelle elles vivent. Il est à noter que l'approche appliquée dans ce centre est celle dont a parlé le Dr Adel Akl, une approche centrée la personne et qui tiens compte des priorités des dames, de leurs besoins et souhaits. Le groupe de travail se fonde sur cela afin d'établir un programme d'intervention avec elle.

Ghida Anani

حديثاً يتم العمل على إطلاق مشروع وهو إنجاز أخيراً في لبنان. وهو مركز ٧/٢٤ له خط نجدي أو رقم وطني متوفر على مدار الساعة يوفر دعم لحالات الطوارئ ولكن أيضاً تربيته في الموارد حسب حاجات المتصل. طبعاً هو رقم يتم العمل به مع وزارة الإتصالات ليكون هناك ٣ أرقام مجانية ومتوفرة على مدار الساعة للأشخاص إن كانوا بحاجة إلى إرشاد هاتفي أو معلومات أو خدمات إحالة يمكن أن تكون خدمات موجودة في أبعاد أو مؤسسات زميلة أكانت في الاوا أو الخدمات المفتوحة أو خدمات النفسية للرجال أو طب شرعي أو قضاء أو إن كان أحد يقوم بدراسة ويكون بحاجة إلى معلومات. وذلك يتم العمل به بالشراكة مع وزارة الإتصالات ووزارة الداخلية ووزارة الشؤون الإجتماعية اي سوف يكون لها إطلاق كبير انشالله في شهر كانون الأول ٢٠١٥. إضافة إلى برنامج العلاج الأسري أو علاج الأزواج.

[Traduit de l'arabe]

Récemment, nous travaillons sur le lancement d'un projet, un centre 24/7 avec une ligne de secours, ou un numéro de téléphone national est disponible le long de la journée, et qui prend en charge les situations d'urgence, mais qui a également le but de satisfaire les besoins de l'appelant selon les ressources dont il/elle a besoin. Bien sûr, nous travaillons sur ce numéro avec le ministère de la communication, pour qu'il y ait 3 lignes gratuites disponible le long du jour pour les personnes ayant besoin de conseil, d'information, de services de références, les services peuvent être offerts par ABAAD ou par d'autres organisations partenaires, des services psychologiques pour les hommes, des services médico-légaux, juridiques, ou l'offre d'information aux personnes faisant une recherche. Ce travail se fait en partenariat avec le ministère des Communications et le ministère de l'Intérieur et le ministère des Affaires sociales et le sera en décembre 2015 si Dieu le veut. S'ajoutent à cela le programme de thérapie familiale et la thérapie de couple.

Marie-Adele

أريد أن أضيف ال self-care الذي هو تقديم الرعاية لمقدمي الرعاية وهي خدمة تقدمها أبعاد وتدريب منظمة أخرى على تقديمها , ال self-care الخاص بالعاملين. لأننا نعلم أن المعالج أيضاً بحاجة إلى دعم والعمل الاجتماعي أيضاً والطبيب والمرضة أيضاً لأن الأمور التي يتعاملون معها والمعاناة البشرية التي يتعاملون معها تؤثر عليهم بطريقة ثقيلة. فذلك يشمل كل الخدمات الثانية التي ذكرناها.

[Traduit de l'arabe]

Je veux ajouter que l'auto-soin, soit de fournir des soins aux offreurs de soins, est un service fourni par ABAAD qui forme également d'autres organisations à l'offrir. Parce que nous savons que le thérapeute a également besoin de soutien, le travailleur social aussi ainsi que le médecin et l'infirmière, car ils font face à la souffrance humaine, ce qui pourrait avoir un lourd impact sur eux.

Ghida Anani

المستوى الأخير الذي هو تحويل أو عمل على جعل المستفيدين والمستفيدات من الخدمات أو كل البرامج التي نقوم بها ليتحول إلى مناصر أو مناصرة للقضية ويسبحون مسهمين في احقاق التغيير والتأثير في السياق العام. كيف يتم هذا الأمر؟ من خلال مبدأ العناية الواجبة. أي المسؤولية والمساءلة للأشخاص في صنع القرار والمؤثرين في السياق العام في السياسات أو في القوانين من خلال اشراك الرجال والنساء إن كان في عمليات البرمجة والتخطيط الشركاء في القضية في مختلف الأنشطة وهم يشاركون في الدراسات والأنشطة التي يقام بها على الميدان أما يكون أيضاً صوتهم مسموع في عمليات التقييم والرقابة وعملية الإشراف على البرامج ووضع ورسم البرامج المستقبلية

[Traduit de l'arabe]

Le dernier niveau, est de convertir les bénéficiaires des services ou des programmes que nous faisons en activiste, pour qu'ils contribuent au changement et a l'influence du contexte général. Comment faire cela? Par le principe de diligence raisonnable, à savoir, la responsabilité et la responsabilité des personnes dans des postes de décision et d'influence, dans le contexte général des politiques ou des lois en engageant les hommes et les femmes, que ce soit dans la programmation et la planification, ou dans la collaboration aux différentes activités, ou en leur donnant une voix dans les opérations d'évaluation et de surveillance des programmes, et dans la mise en place des programmes à venir.

Marie-Adele

في النقطة الأخيرة تحديداً، إعطاء دور فعال للأشخاص الذين استفادوا من الخدمات في البرامج المختلفة هو عمل يؤمن إستمرارية التغيير للأشخاص الذين رأوا العنف في طريقة ثانية الذين تمكنوا من العمل على اشكاليات العنف في حياتهم بطريقة مختلفة . عندما يحصلوا على دور فعال في إحداث التغيير في مجتمعاتهم أو محيطهم مهما

كان صغيراً. هم أكبر ضمانة على إستمرارية التغيير الذي نحاول احداثه. هذا الأمر يعيدنا إلى جملة أو مفهوم يكرره البرفسور موني القيم أن كل شيء يحدث بين مساحة مشتركة ومختلف الأنظمة يحدث التفاعل المستمد بين عناصر هذه الأنظمة .

[Traduit de l'arabe]

Sur le dernier point en particulier, il s'agit de donner un rôle efficace aux bénéficiaires des services et des différents programmes, ceci assure la continuité du changement pour les personnes qui ont vu la violence dans un angle différent et qui ont pu travailler sur la problématique de la violence dans leur vie d'une manière différente. Quand ils obtiennent un rôle efficace dans le changement dans leur communauté ou leur environnement, quelle que soit son importance, ils deviennent la plus grande garantie pour la durabilité du changement que nous essayons de produire. Cela nous ramène au concept d'une phrase ou un concept que le professeur Mony ElKaim répète, que tout chose arrive dans un espace commun et entre différents systèmes qui produisent le changement durable entre les acteurs de ces systèmes.

Ghida Anani

هذا الأمر ما كنا لنقوم به لولا فريق الصحة الفصحية والدعم النفس إجتماعي الذي يعمل ليلاً نهاراً في أبعاد الزميل انطوني قعدي والزميلة جيزال ابي شاهين وماري أدل وفادي منصور وكرم دكروب. وأيضاً لكل الأشخاص الاستشاريين نتعاون معهم في برامج سواء محلية أو في سورية مؤخراً وطبعاً الشكر لكل الشركاء والمانحين. والشكر الأكبر دائماً يبقى المستفيدين وهم الأشخاص المعنيين بهذه القضايا إن كان نساء أو رجال أو كل الفرقاء.

[Traduit de l'arabe]

Nous n'aurons pas pu accomplir cela sans l'équipe de la santé mentale et du soutien psychosocial, qui travaille jour et nuit à ABAAD, dont le collègue Anthony Kaadi, la collègue Giselle Abi Chahine, Marie-Adèle, Fady Mansour et Karim Dakroub, ainsi que toutes les personnes consultant avec lesquelles nous collaborons sur les programmes locaux ou en Syrie, et nous adressons bien sur tous nos remerciements aux partenaires et aux donateurs. Nos plus profonds remerciements, nous les adressons aux bénéficiaires, qui sont les personnes concernées par ses causes, qu'ils soient hommes, femmes, ou tout autre parti concerné.

[Questions- commentaires du public]

Dr. Abbas Makke

أولاً. قلت ذلك الصباح وأكرره. أبعاد محتضنة وحتضن. احتضنت هذا المؤتمر بمساهمة فعالة فعلية في الجهد البشري والإنساني والعملي والتكنولوجي. هذه أول نقطة. النقطة الثانية. أنا تعرفت إلى أبعاد منذ وقت قليل. لكن كنت دائماً أسمع عنها. أبعاد في النهاية هو جمع بعد وبالتالي plusieurs dimension وأنا اعمل معكم بـ

multi-dimensionnelle et multi-referentielle

بما يتعلق في الجهد الأخير المشترك، الشراكة والشركة مثلما يقول نيافة الكاردينال البطريرك، الشركة تعني العمل الواحد. أنا رأيت انكون تتوجهون. طبعاً العمل يجب أن يكون أفقي في الخدمات، انما أنا أرى انكم تذهبون في الإجهاد العمودي أيضاً. الكثير من المؤسسات الدولية التي تعطي الخدمات اللازمة والملحة لا يمكنها أن تذهب في إجهاد عامودياً. فهي تعمل في الإجهاد الأفقي. On appelle ça la tâche en psychothérapie brève.

ان xatolون أن جذرون في نشاطاتكم. وهذا ما رأيت عينه منه. أن تقدمن تدريبات ونشاطات وخدمة من غير التأثير على نوعية الخدمة. وأود أن أقول أنا هذا أهم بعد في أبعاد. وأنا أشكركم وحاضر للعمل معكم دائماً. أولاً.

[Traduit de l'arabe]

Tout d'abord, je l'ai dit ce matin et je le répète, ABAAD est entourée et elle entoure. Elle a adopté ce congrès avec une réelle contribution et effort humain, humanitaire, et technique. Ceci est le premier point. Le deuxième point, je connais ABAAD depuis peu, mais j'ai toujours entendu parler d'eux. ABAAD (dimensions), en fin de compte, est au pluriel, et doc plusieurs dimensions, et je travaille avec vous de multidimensionnelle multi-référentielle

En ce qui concerne le dernier effort commun, le partenariat comme Son Eminence le Cardinal Patriarche dit, signifie un travail unique. Certes le travail en services doit être horizontal, mais je vois que vous allez également dans la direction verticale. La plupart des institutions internationales qui offrent des services nécessaires et urgents ne peuvent pas aller dans la direction verticale. Elles travaillent horizontalement. On appelle ça la tâche en psychothérapie brève.

Vous essayez de diversifier vos activités, et j'ai vu un échantillon de cela. Vous offrez des formations, activités et services sans compromettre la qualité. Et je veux dire que ceci est la dimension la plus importante d'ABAAD. Je vous remercie et je suis toujours prêt à travailler avec vous.

Question du public

سؤاله هو. هل أبعاد ترتكز على اردت الفرد ليأتي ليصلح نفسه. وإذا رفض هل لكم وسيلة لتأخوتوه غصباً عنه؟

[Traduit de l'arabe]

Ma question est, est-ce que ABAAD se base sur la volonté de la personne à changer ? Si la personne refuse, y a-t-il moyen de l'obliger ?

Ghida Anani

دعيني أن أقول. أن مناهضة العند لا تكون أبداً طريقة عنيفة أو ضد اردت الشخص. وفلسفة المؤسسة تلتقي مع فلسفة ومبادئ الإرشاد في العلاج، التي هي رغبة الشخص في أن يحدث هذا التغيير. لذلك مركز الرجال هو مركز طوعي

حتى الآن. أي أشخاص أو رجال يأتون لأن هناك عمر ليسوا مرتاحين به سواءً في أعلق أو في الإطار العام. وخلال الجلسات يحكون عن «فشة الخلق» في المرأة وأطفاله. ولكن لأن قد تم إقرار قانون خاص لحماية النساء وكافة أفراد الأسرة ضد العنف. يودعنا قبل إستحقاق جديد. لأن القاضي يمكن أن يطلب من الرجل التوجه إلى العلاج. وذلك عمر. سياساتي سبق الواقع. لأن الواقع بعيد عن قبول الشخص بالتوجه إلى التأهيل طلباً من القاضي. وهناك طبيعة لهذا الموضوع وارتكبت حوادث قتل هذه السنة من وراء محاولات تدخل القضاء. من جهة أخرى. نحاول أن نتبع هذا التطور الذي سبقنا لأن أصبح هناك قانون لنعمل على الجهوزية لدى الجهاز الأمني والقضائي لأن لا القاضي ولا الدرك في الحفر ولا قضاة العجلة نفسهم جاهزين للتعامل مع اشكاليات تتطلب هذا القدر من الخصوصية. وذلك وضعنا قبل إستحقاق جديد نحاول أن نستلحق به. إلى اليوم الخدمات طوعية والمراكز تبقى للأسف شبه مليئة. إن كان في المراكز العلاجية والمراكز الأمنية ومراكز الخدمات التي لم نطلقها رسمياً بعد. بدأنا بإستقبال الحالات الطالبة للدعم. في حل كان هناك حالة عنف والشخص لا يريد. ليس الهدف إستجذابه لحجز الحرية أو العلاج. ولكن يتم إبلاغ الشرطة الجزائية للتحرك في هذا الأمر

[Traduit de l'arabe]

Permettez-moi de dire, que la lutte contre la violence ne peut jamais se faire de manière violente ou contre la volonté de la personne. La philosophie de notre organisation se retrouve avec la philosophie et principe de l'orientation en thérapie, qui se basent sur la volonté de la personne à produire un changement. C'est pour cela que le centre masculin est un centre facultatif pour le moment, c'est-à-dire que les hommes s'y rendent parce qu'il y a quelque chose qui les dérange soit au plan individuel soit dans le contexte général. Durant les séances, ils parlent du défoulement sur la femme et les enfants. Mais aujourd'hui, la promulgation de la loi pour la protection de la femme et autres membres de la famille contre la violence, nous faisons face à une nouvelle situation, parce que le juge peut demander aux personnes de suivre un traitement. Cette politique a devancé la réalité. Parce qu'en réalité, les personnes sont loin d'accepter de se diriger à la réhabilitation sous ordre du juge. Beaucoup de crimes ont été commis cette année à cause de l'intervention du système judiciaire. D'autre part, nous essayons de suivre ce progrès qui nous a devancé, parce qu'il y a maintenant une loi pour préparer l'instance judiciaire et sécuritaire, parce que ni le juge, ni le policier, ni le commissariat, ni le juge des référés ne sont prêt à traiter des problématiques aussi spéciales. Aujourd'hui, les services de ce centre sont facultatifs, et les centres demeurent, malheureusement, quasiment comblés. Que ce soient les centres de thérapie, les centres de sécurité, ou les centre de services, que nous n'avons pas encore lancés et qui reçoivent déjà des demandes de soutien. S'il arrive un cas de violence, ou une personne qui ne veut pas se faire traiter, le but n'est pas de la leurrer, mais le police est avertie.

Rony Abou Daher

Thank you to ABAAD for the inspiring presentation. Our next speaker will be Dr. Mohammad al Shazly; he will be representing IMC, international medical corps, our partner. The title of his intervention is Systems thinking for mental health during emergency. In his intervention he will try to link the systems thinking approach to the current model of mental health case management in used by the IMC in the Middle East. System's thinking, as he says, helps us to understand how things may be regarded as components of a system, interrelate and influence each other.

[Traduit de l'anglais]

Merci ABAAD pour cette présentation inspirante. Notre intervenant suivant est le Dr. Mohammad al Shazly, qui représente l'IMC, notre partenaire. Son intervention s'intitule « L'approche systémique pour la santé mentale en situation d'urgence ». Dans son intervention il tentera de lier l'approche systémique au modèle courant de gestion de cas de santé mentale employé par IMC au Moyen-Orient. Selon lui, l'approche systémique nous aide à comprendre comment certaines choses peuvent être considérées comme étant des composantes d'un système, et comment elles se mettent en corrélation et s'influencent les unes les autres.

Dr. Mohammad Al Shazly

Good evening, my name is Mohammad al Shazly; I am the regional advisor for the IMC for the Middle East for mental health and psychosocial support programs. Unfortunately I don't speak French, so would you like the presentation to be in Arabic or English? Of course my Arabic is better than my English. The PowerPoint is in English but of course we can facilitate it more in Arabic.

هدف المداخلة اليوم هو التعرف مفهوم ال- systems thinking وكيف يتعامل هذا المفهوم مع مشاكل الصحة النفسية في الكوارث الإنسانية. قبل أن ندخل في صلب الموضوع حبيب أن نرى فيديو عن معنى ال- systems thinking الفكرة الأساسية من التغيير الأبرز أو مقارنة التغيير الأبرز هو كيفية التعامل مع العناصر أو كيف تؤثر على بعضها البعض بشكل متبادل. هذا الكلام يبدو أنه كلام مباشر. أما إنعكاس ذلك في النماذج التي تستخدم في الصحة العامة والصحة النفسية في حالات الطوارئ كان مختلف جداً. باختصار يمكن القول أن مقارنة التغيير الأبرز هو كيف نرى الأشياء المختلفة التي يمكن اعتبارها أجزاء من نظام واحد تتفاعل مع بعضها ونقدر شكل أو آخر رصد هذه التفاعلات ومستوياتها. وكيف هذه المستويات التفاعل تتأثر في المستويات الأعمق مع المستويات الأكثر سطحية. وذلك مهم جداً لأن في حالات الكوارث الإنسانية. سواء الكوارث الطبيعي والنزاعات والحروب يكون صعب أن نتعامل مع جميع الأشخاص التي تعرضت للكارثة. وبالتالي مهم أن نفكر في نموذج أو طريقة للتعامل مع النظام الفردي والأسري والمجتمعي بشكل منظم ومنسق أكثر. ومن هنا أتت الفكرة. كيف العلم والتدخلات النفس إجتماعية تأثرت في التغيير الأبرز. نرى في التدخلات العلاجية التقليدية وتدخلات العلاجية التي فيها تكييف مع التغيير الأبرز. ببساطة. نحن كنا نفكر كذلك من زمان. هذا الشخص سيحصل على مجموعة من الأعراض النفسية لزم يروح للطبيب النفسي ويجب على الطبيب النفسي أن يصف له دواء. حث الشكل تقليدي جداً يتعامل مع الإحتياجات الفردية للشخص فقط. دون النظر لأي اعتبارات لها علاقة بالأسرة أو مجتمع أو بأي دوائر محيطة بهذا الفرد. وحته كانت اشكالية. بعض التدخلات ما زالت تتبع هذا النموذج بالرغ من الدراسة التي تبين أن تنفيذ هذا الشكل من التدخلات له فعالية أقل بكثير من المقرب الشاملة أكثر. نأخذ مثال آخر لنفس هذا الشخص. وتعرض لنفس الشدة أو الكارثة. انما نحن بدأنا بأن نحلل كيف هذه الكارثة أثرت على علاقته بجيرانه مثلاً وعلاقته في عمل وبأسرته وعلاقته باصدقائهم وفي الدائرة أكبر. نرى كيف هذه الكارثة أثرت على المنظومة الصحية وكيف المحتوى الإعلامي تأثر من هذه الكارثة. وثم نفكر كيف تأثر السياق العام الموجود في المجتمع والتغيرات السياسية المصاحبة للكارثة. ووضع الإقتصادي. وليس ذلك فقط. نفكر أيضاً كيف الأنظمة المصغرة تأثرت. كيف العلاقة بالجيران أثرت على العلاقة في الأسرة. وكيف ذلك يؤثر على العلاقة في العمل.

وكيف العلاقة بالأصدقاء أثرت وتأثرت بالعلاقة في الأسرة. فلا ندرس فقط التفاعلات التي تتعلق بالشخص. بل ندرس أيضاً كيف العناصر من قبل أو بعد تتأثر. وإذا تعاملنا مع التروم أو الكارثة ونحن اخذين في عين الإعتبار هذه العناصر. نكون قد نجحنا في استخدام التغيير الأبرز.

المحصلة. أن التغيير الأبرز يعطينا طريقة لنفهم من خلالها تأثير الكارثة أو الشدة على الأشخاص وعلى الأسر وعلى المجتمع بشكل أفضل. وذلك يعطينا فرصة لتصميم التدخلات العلاجية بشكل مختلف تماماً. ولنفكر على مستوى أكاديمي عن ماهية الأولويات الدراسية.

تاريخياً كانت معظم التدخلات النفس إجتماعية تركز على الفرد. أي تدخلات فردية. فإذا هذا الشخص تعرض لهذه الكارثة وتبينت لديه هذه العوارض. فنحن سنتدخل في العلاج المعرفي السلوكي فقط. وذلك كان للأسف يعكس النظرة البيولوجية أو النموذج البيولوجي الطبي وهو نموذج يركز أكثر على الفرد. أي الفرد الذي يصاب بفيروس وللذي يحتاج إلى تدخل فردي.

ويمكن الملاحظة أن الصحة العامة أيضاً بدأت تتطور مؤخراً ولم تعد تتعامل فقط على المستوى الفردي وتعتمد على برامج ضخمة لها علاقة بالترويج والوقاية على مستوى المجتمع. التدخلات النفس إجتماعية انتقلت إلى مرحلة أخرى. نركز بها ليس فقط على المستوى الفردي. بل على مساحة التفاعل للشخص والبيئة المحيطة به. هذه المساحة أصبحت مثابة الإهتمام. فالطوارئ أصبحت الهدف ومنطقة التفاعل ما بين الشخص الذي تعرض للكربنة وما بين البيئة المحيطة به. البيئة بجميع جواهرها. ومن هنا نشأت المقاربة الإجتماعية الايكولوجية. في البداية. في سنة ٥٧٩١, برون هو أول من تكلم عن المبدأ الإجتماعي الايكولوجي. لكي يدرس كيف يحصل التفاعل بين الشخص والبيئة المحيطة به. وكيف ذلك ينعكس على السلوك وردود الأفعال. في ال-٤٩, عمل مع سيسن على النموذج واضافوا مكون جديد الذي هو مكوبن الفيزيولوجية. أصبحت صورة النموذج الجديدة تشمل هذه الطبقت. الطبقة الأولى التي هي الأعراض الجسمانية. نبداً برؤية التأثير البيولوجي للأشخاص الذين يتعرضون للداغرا العنيف الذي يحصل مع الكوارث وحالات النزاع المسلح. وفي النماذج التقليدية أي ردود الفعل للنزعات. نرى كيف رحلك يؤدي إلى إفران مجموعة من الناقلات العصبية تبدأ بإستجاب عوارض بيولوجية تعبر عن الضغط التي هي الأعراض الجسمانية التي نراها على الأشخاص التي تعاني هذا النوع من الضغط النفسي.

النموذج الثاني الذي هو وهو عنصر يجب إعتباره. بعض الأشخاص جينياً معرضين أكثر تحت هذه الظروف أن تظهر عليهم هذه الأعراض. فهو ليس مجرد تأثير سلوكي يتبين تحت الضغط النفسي. انما هناك جزء آخر خارج عن السيطرة. في جزء في الجينات يمكن أن يعرض الشخص أكثر لظهور هذه العوارض. الدائرة أو النظام اللاحق بذلك هو النظام المصغر الذي تحيط بالفرد وهو الأسرة العمل. الأطفال. محيط العمل. وحتى يمكن التشمل المدارس أو الروضة. فتكون العلاقة في هذه الدائرة أقوى من الدوائر اللاحقة. يلحقها النظام الخارجي وهو يشمل المنظومة الإجتماعية. الصحية والإعلام . ويلحقها التنظيم ال أكبر. الذي يشمل الثقافة الإقتصاد والسياسة. والأعراف والتقاليد وهي من الدوائر الأكبر في البيئة المحيطة بالفرد . التنظيم المتوسط ليس طبقة منفصلة. في البداية كان محول لرصد التفاعلات التي تحصل بين المكونات المختلفة في الدائرة الصغرى. أي شكل التفاعل بين الأسرة وبيئة العمل مثلاً. كيف يتفاعل وكيف التفاعل بينهما يمكن التأثير على الإستجابة للأعراض التي يمكن أن تظهر على الشخص. هذا مفهوم النظام المتوسعة. أي علاقة أو تأثير متبادل بين أي من الطبقات الموجودة تنتمي إلى النظام المتوسط. يعني. إذا نعود إلى الرسم البياني. نرى التأثير الذي سيحصل من التغيير الحاصل مع الكارثة. كيف يؤثر على الإعلام. أو كيف التأثير المتبادل بين الوضع الإقتصادي والإعلام يدخلون في النظام المتوسط. وهو طبقة حيوية جداً وترصد التفاعلات بين المكونات المختلفة.

كل ذلك يؤخذ بعين الإعتبار للإطار الزمني، وعامل الوقت، ويحكم بشكل كبير شكل الإستجابة التي تحصل. إذا الشخص تعرض لأزمة أو ضغط شديد نتيجة الكارثة، الإستجابة تختلف كثيراً بين اليوم ذاته، أو بعد أسبوع، أو بعض شهر أو بعض سنة. ولا يمكن فهم تأثير الصدمة من غير وضع إطار زمني. وذلك يسمح لنا فهم شكل الإستجابة الذي حصلت في الفرد وما البرنامج الذي يجب يمكن تصميمه لمواجهة هذه الأزمة.

بعض الأمثلة لفهم ديناميكيات المقاربة الإجتماعية الايكولوجية، كيف يؤثران على بعضهما، في التنظيم المصغر هناك العناصر الأسرية، الدراسة الكثيرة وجدت أن الأطفال الذين ينفصلون عن أسرهم بعض حصول أي من أشكال الكوارث، أو إذا حصل تغير في أدوار أحد أفراد الأسرة، الأطفال معرضين أكثر من غيرهم للإصابة بأحد أشكال الإضطرابات النفسية لاحقاً. وضعا في الإعتبار الدور الحامي التي توفره الأسرة، التعرض اليومي للإعلام ومحتوياته التي دائماً تتعرض للحرب والنزاعات والضحايا والجثث يؤثر بشكل سلبي وأكثر من يتأثر هم الأطفال أكثر من البالغين. وأيضاً، كل ما كان الطفل أقل في السن، كل ما تأثر أكثر، فهو جزء طبيعي من وضع البرامج، توجيه مباشر للأسر عن إبعاد الأطفال عن التأثير السلبي للإعلام، النظام المدرسي من العناصر التي تساعد الأطفال وأسرههم على التكيف مع الضغوط المصاحبة لأي كارثة إنسانية ويجعل قدرتهم على إعادة المستوى الطبيعي من العمل والإنتاجية.

نترجم التغيير الأبرز على الأرض، أي إدارة الحالات، لن أتكلم في التفصيل IMC سأتكلم سريعاً عن كيف نحن في

لأن الدكتور ميشال سيتكلم عنها غداً، نحن في شكل عام نتعامل مع الإرشادات الدولية، ابرزها الإرشاد الذي يقول أن في حالة الكوارث يتم التعامل على ٤ طبقات من التدخلات، كل طبقة تختلف في شكل التدخل أو ادماجها في برامج الصحة النفسية، الطبقة الأولى تكون أنه لا نفع من تقديم الدعم النفسي لأشخاص تنقصها الإحتياجات الأولية، يعني ذلك أنه لا ينفذ بوصف دواء لشخص لا يملك مياه لياأخذه، وإذا ليس له سكن مثلاً، لا ينفذ توفير له دعم نفسي متخصص، إذا تتوفر الإحتياجات الأولية لل شخص، هذا يؤمن ٥٪ من إحتياجات صحته النفسية، ودورنا في أول طبقة من التدخلات هي التكلم مع موفري خدمات الدعم النفسي، مثلما اني أتكلم معكم الآن، يعني عندما نذهب إلى الخيمات نقول لهم انها لا ينفذ تزويدهم بدعم نفسي في حل غياب كل الإحتياجات الأساسية، يجب أن تتوفر الإحتياجات الخاصة بشكل يحافظ على الصحة النفسية، نحن دورنا أكثر المناصرة، نتكلم مع مناصري الخدمة عن كيف يمكنهم تقديم خدمات تحافظ على الصحة النفسية، ثمه ننتقل إلى الطبقة التالية، وهي كيف يمكننا تقديم الدعم النفسي على المستوى الأسري وعلى مستوى المجتمع، ثمه ننتقل إلى تقديم خدمات الصحة النفسية غير المتخصصة، أي كيف ندرّب أشخاص غير متخصصين في الصحة النفسية ليقدم جزء من خدمات الصحة النفسية، في لبنان لدينا IMC نموذج ناجح عن التدريب للأطباء الرعاية الأولية لتقديم خدمات للإضطرابات النفسية، وأظن أن هناك شركة ما بين وما بين البرنامج القومي للصحة النفسية للعمل على هذا الجزء تحديداً، آخر مستوى هم الأشخاص المحتجين للتدخل رعاية الصحة النفسية المتخصصة، يعني إحتياجاتهم صعب تلبيتها إلا بوجود أخصائي نفسي أو طبيب نفسي، في الغالب، الأشخاص المحتجين لهذه التدخلات لا تزيد نسبتهم عن ٤٪ من السكان نسبة تزيد بس ١٪ عن الحالات الطبيعية، وهذه هي الفلسفة التي نعمل بها، كيف نقدم أكبر مساحة أو أكبر دعم نفسي من خلال طبقتي متخصصة، ونحافظ على المتخصصين لكي يتعاملون مع الحالة التي لا أحد غيرهم يمكن التعامل معها.

المقاربة التي نستخدم هي إدارة الحالة النفسية، يعني يحصل تقييم لكل حالة تقترب من التنظيم ولاحتياجاتها سواء نفسية أو غير نفسية، وتوضع خطة رعاية تشمل مكونات عديدة نعالجها بشكل مباشر أو نحيل الحالة إلى مقدم خدمة آخر، هذه الطريقة في التعامل نسميها إدارة الحالة، أي تحديد الإحتياجات بشكل فردي ومنفصل، ونضع خطة للتعامل مع كل مستوى من الإحتياجات فردياً، يكون بذلك مجموعة من العمال الاجتماعيين، يعملون على الأرض، لديهم طرق متدربين عليها لتقييم كفي إحتياجات العميل، وعندهم طريقة لتقديم الدع الأولي ولاحالات الشخص لباقي مستويات

الخدمة. يمكن أن العميل يحتاج إلى الدعم الأول. لكن البعض يحتاج إلى دعم متخصص وثم طبيب متخصص. المطلوب من مدير الحالة أن يعمل تقييم وتقييم الإحتياجات ووضع خطة رعاية، ومناصرة وتقييم في النهاية. كلها المراحل التي سيتكلم عنها غداً الدكتور ميشال. انوه فقط أنا إدارة الحالة ليست علاج نفسي. لا ندعي على الإطلاق إنه علاج نفسي. إدارة الحالة يعمل عليها في الغالب شخص غير متخصص ويعمل على التدريب والإشراف وليس مطلوب منه أي تدخل نفسي متخصص. أما العلاج النفسي يحتاج تدريب وإشراف طويل ويتعلق بالحالة النفسية التي تاحتج إلى وقت أطول وليس الأمور المؤقتة التي يمكن للعميل تخطيها في أسبوع أو اسبوعين أو ثلاثة اسابيع. نحن نستعمل إدارة الحالة كثيراً. هناك IMC أما ما الدليل على أن هذه المقاربة أفضل؟ نحن كنا نتكلم في النظرية. هذه المقاربة ليست حصرية لل منظمات كثيرة تستخدمها أو تستخدم نماذج شبيهة. نحن في الشرق الأوسط لنا خبرة فيها أكثر من أي حد آخر. انما في ال-٢٠١٣ بدأنا نعمل تجارب معشاة مضبوطة بالشواهد بالشركة مع جامعة كولبيا وجون هوبكنس وال-CDC لندرس مدى فعالية هذه المقاربة مقارنةً بالتدخلات التقليدية الأخرى. أي التي كان يختارها العميل بدل عن إدارة الحالة النفسية. وبشكل غريب كان يطلب أن يذهب المستشفى أو للعيادة النفسية ويرى طبيب لكي يصف له دواء. الدراسة تطلبت سنة ونتائجها لم تصدر بشكل رسمي. انما التقرير صدر الأسبوع لفات وانشالله تكون نتيجته مقبولة.

الهدف من هذه الدراسة هي الحاجة لأدوات مقننة لدعم الحالة ومراجعة المواد a تدريبية الخاصة بإدارة الحالة النفسية ودرس فاعلية هذا التدخل مقارنةً بالأخر. كان للدراسة شقين. شق مقارنة. هناك مجموعة خضعت لهذا التدخل العلاجي ومجموعة أخرى خضعت للعلاج التقليدي. وتمت مقارنة النتائج من ناحية تحسين الأعراض ورضا الأسرة وهذا الشق فيه تبرير أقوى. أما الشق الثاني. عملنا بشكل رجعي على ٥ سنين اي:فائتة وجمعنا الحالات التي تعامل معها الاخصائيين النفسيين واخصائيي المجتمع. ودرسنا الحالات قبل تلاقي التدخل وبعده. وقمنا بالمقارنة. رأينا أن حصل تحسين أكثر مع إدارة الحالة النفسية مقارنةً بالأخر. لم اتمكن بإضافة كل البيانات الرسمية. لكن انشالله لاحقاً نعرض الموضوع عندما يتم إقرار نتائج الدراسة رسمياً وعندما نجد الفرصة لتناقشها.

وشكراً.

[Traduit de l'arabe]

L'objectif de mon intervention aujourd'hui est de donner un aperçu de l'approche systémique et de montrer comment cette approche interagit avec les problèmes de santé mentale durant les catastrophes humanitaires. Avant d'entrer dans le corps du sujet, nous allons voir une vidéo sur la définition de l'approche systémique.

L'idée principale de l'approche systémique est la manière d'interaction des composantes et comment elles s'influencent les unes les autres de manière réciproque. Ce discours semble plutôt direct, mais la façon dont cela se reflète dans les modèles qui sont appliquée dans la santé publique et la santé mentale dans les situations d'urgence était très différente. En bref, on peut dire que l'approche systémique est de voir comment des choses différentes qui peuvent être considérés comme faisant partie d'un système unique qui interagissent les unes avec les autres et d'estimer ou de suivre ces interactions et leurs différents niveau, et de voir comment ces niveaux d'interaction sont affectées en profondeur ou de manière superficielle. Ceci est très important, car en cas de catastrophes humanitaires, soient-elles des catastrophes naturelles, des guerres ou conflits, il est difficile d'interagir avec toutes les personnes victimes de la catastrophe. Et donc il est important de penser un modèle ou une façon de traiter l'individu, la famille et le système communautaire de manière plus structurée et coordonnée, et c'est ainsi qu'est venue l'idée

de savoir comment la science et les interventions psychosociales ont été touchées par l’approche systémique. Autrement dit, il y a longtemps on pensait que cette personne allait subir certains symptômes mentaux et devait donc aller voir le psychiatre pour obtenir une prescription. Ce modèle très traditionnel répond aux besoins individuels de la personne uniquement, sans tenir compte des facteurs liés à la famille, à la société ou aux cercles de cet individu. Et ceci est problématique. Certaines interventions continuent à suivre ce modèle malgré les études qui montrent que cette approche est beaucoup moins efficace que les approches plus globales. Prenons l’exemple de cette même personne, ayant souffert de la même catastrophe, sauf que nous avons commencé à analyser comment cette catastrophe a affecté ses relations avec ses voisins, par exemple, et sa relation avec le travail et sa famille et sa relation avec ses amis et avec le cercle plus large, nous pouvons voir comment cette catastrophe a affecté le système de santé et le contenu des médias touchés par cette catastrophe, et nous pouvons ensuite réfléchir à la façon que cela affecte le contexte général de la société et les changements politiques liés à la catastrophe, ainsi que la situation économique. Mais ce n’est pas tout. Nous réfléchissons également à la manière dont les microsystèmes ont été touchés, comment la relation avec les voisins affecte la relation avec la famille, et comment cela affecte la relation avec travail, et la façon dont les liens avec les amis ont été affectés par la relation familiale. Il ne s’agit pas uniquement d’étudier les interactions qui se rapportent à la personne, mais aussi d’examiner comment les composantes d’avant ou d’après la catastrophe ont été touchés. Si nous traitons le trauma ou la catastrophe en tenant compte de ces éléments, nous aurons réussi à appliquer l’approche systémique.

En fin de compte, l’approche systémique nous offre un moyen de mieux comprendre l’impact de la catastrophe ou de la détresse sur les personnes et les familles et la communauté, et cela nous donne l’occasion de concevoir des interventions thérapeutiques de façon complètement différente, et de penser aux priorités d’études, sur un plan académique.

Historiquement, la plupart des interventions ont été centrées sur la psychologie sociale de l’individu, à savoir des interventions individuelles, par exemple si une telle personne est exposée à cette catastrophe et a manifesté ces symptômes, nous interviendrons par une thérapie cognitive-comportementale uniquement

Malheureusement, cela reflète le modèle biologique ou biomédical, qui est un modèle qui se concentre plus sur l’individu, ou la personne infectée par un virus et qui nécessite une intervention individuelle. On peut constater que la santé publique a récemment commencé à évoluer et ne traite plus seulement au niveau individuel, mais se fonde sur de larges programmes liés à la promotion et à la prévention au niveau communautaire. Les interventions psychosociales ont évolué vers une nouvelle étape, où l’accent est mis non seulement sur le plan individuel, mais sur les interactions de l’individu avec son environnement. Cet espace est devenu le point d’intérêt. Les urgences sont devenues la cible et l’espace d’interaction entre la personne victime de la catastrophe et son environnement, avec toutes ses composantes. C’est de là que provient l’approche socio-écologique. Brun était le premier à parler du principe socio-écologique en 1975, afin d’étudier l’interaction entre la personne et son environnement, et comment cela se reflète dans le comportement et les réactions. En 1994, il travailla sur ce modèle et y ajouta une nouvelle composante, le facteur physiologique. Ce nouveau modèle comprend toutes les tranches. La première tranche est celle des symptômes physiques. Nous commençons à voir l’impact biologique sur les personnes exposées aux faits violents, dont les catastrophes et les situations de conflit armé. Donc dans les situations traditionnelles, soit les réactions aux conflits, nous voyons comment cela induit une sécrétion d’un groupe de neurotransmetteurs qui commencent à manifester des symptômes biologiques qui reflètent la pression

, donc les symptômes physiques que nous voyons sur les personnes souffrant de ce type de pression psychologique.

Le deuxième modèle, est un élément qui doit être pris en considération. Certaines personnes sont génétiquement plus susceptibles, dans ces circonstances, à manifester ces symptômes. Ce n'est donc pas uniquement un effet comportemental qui se manifeste sous pression psychologique, mais il y a une partie hors du contrôle, dans une partie des gènes qui peut rendre la personne plus exposée à ces symptômes. Le système suivant est le microsystème, soit la famille, le travail, les enfants, et il peut également comprendre l'école ou la garderie. Donc la relation avec ce cercle est plus étroite qu'avec les autres cercles. Ensuite nous avons l'exosystème, qui comprend la société, le secteur de la santé et des médias. Nous arrivons ensuite au système plus large, qui comprend la culture, les traditions, les croyances, l'économie et la politique. Le mesosystème n'est pas une tranche séparée. Dans un premier temps, nous essayons de surveiller les interactions qui se produisent entre les différentes composantes du microsystème, toute forme d'interaction entre la famille et l'environnement de travail, par exemple, la façon dont ils interagissent et comment l'interaction entre eux peut affecter les symptômes que peut manifester la personne. Ceci est le concept du système, soit toute interaction ou influence survenant dans tout système s'inscrit dans le mesosystème. C'est-à-dire, si nous revenons au tableau, nous voyons l'impact qui résulte du changement qui accompagne la catastrophe, et comment cela affecte les médias. Ou comment l'influence mutuelle entre la situation économique et les médias entre en jeu dans le système en mesosystème, qui est une couche très importante pour surveiller les interactions entre les différentes composantes.

Tout cela prend en considération le cadre temporel, et influence essentiellement la réception obtenue. Si une personne est exposée à la crise ou une forte pression suite à la catastrophe, la réponse diffère largement entre le jour même, une semaine plus tard, ou quelques mois ou quelques années. Il n'est pas possible de comprendre l'effet du choc sans définir un cadre temporel, et ceci nous permet de comprendre la forme de réception de l'individu et quel programme il faut mettre en place pour affronter la crise.

Quelques exemples pour comprendre la dynamique de l'approche éco-sociale, et comment l'écologie et la sociologie s'affectent. Dans le microsystème, il existe des éléments familiaux. Beaucoup d'études ont révélé que les enfants séparés de leur famille suite à une forme de catastrophe, ou s'il y a un changement dans les rôles des membres de la famille, les enfants sont plus vulnérables face aux troubles psychologiques à venir. En gardant à l'esprit le rôle protecteur de la famille. L'exposition quotidienne aux médias et son contenu, qui est toujours montrée constamment la guerre, les conflits, les victimes, et les cadavres a des effets négatifs, et les enfants sont plus vulnérables que les adultes dans ce cas. Par ailleurs, plus l'enfant est jeune, plus il est touché par cela. Donc il est naturel, lors de la mise en place du programme, d'orienter les familles afin d'éloigner les enfants des effets négatifs des médias. Le système scolaire est l'un des éléments qui aident les enfants et leurs familles à s'adapter aux pressions associées à une catastrophe humanitaire et à retrouver un niveau normal de travail et de productivité.

Je parle rapidement sur la façon dont IMC traduit l'approche systémique sur le terrain, soit par la gestion des cas. Je ne vais pas entrer dans les détails parce que le Dr Michel en parlera demain. De manière générale, nous travaillons selon les directives internationales, précisément la directive qui énonce qu'en cas de catastrophe, il faut travailler selon 4 couches d'interventions. Chaque couche est différente par la forme et par la manière dont elle est intégrée dans les programmes de santé mentale. La première couche part du principe qu'il ne sert à rien d'offrir le soutien psychologique aux personnes ne disposent pas des premières nécessités. C'est-à-dire qu'il ne sert à rien de prescrire un médicament à une personne qui n'a

pas d'eau à boire, comme il ne sert à rien de lui fournir du soutien psychologique spécialisé si elle n'a pas de logement. Si les premières nécessités sont disponibles, cela assure 50% des besoins de santé mentale de la personne. Notre rôle dans la première couche d'interventions est de parler aux les fournisseurs de services de soutien psychologique, comme je parle avec vous maintenant. Cela signifie que quand nous allons dans les camps qu'il ne sert à rien de fournir aux personnes de l'aide psychologique en l'absence des besoins de base. Nous sommes là plus dans rôle de l'activisme, de parler aux activistes des services sur la façon dont ils peuvent fournir des services pour maintenir la santé mentale. Nous passons ensuite à la deuxième couche, qui est de savoir comment nous pouvons apporter un soutien psychologique au niveau des ménages et au niveau communautaire. Par la suite, nous offrons des services de santé mentale spécialisés, à savoir, la façon dont nous formons les gens qui ne sont pas des spécialistes en santé mentale pour fournir une partie des services de santé mentale. Au Liban, nous avons un modèle réussit pour la formation des médecins de premiers soins à fournir des services pour les troubles mentaux. Je pense qu'il existe entre l'IMC et le Programme national de santé mentale une collaboration pour travailler sur ce point spécifiquement. Le dernier niveau est spécifique aux gens ont besoin de soins spécialisés en santé mentale, ce qui signifie que leurs besoins sont difficiles à satisfaire sans la présence d'un psychologue ou d'un psychiatre. En général, les gens nécessitent ce type d'intervention ne dépassent pas les 4% des habitants, et ce taux ne dépasse les situations normales que d'1%. C'est la philosophie dans lequel nous travaillons, comment offrir un plus grand espace ou le plus de soutien psychologique par des couches non spécialisées, et de garder les spécialistes pour les cas que nul autre qu'eux ne peut traiter. L'approche que nous appliquons est la gestion des cas psychologiques, c'est-à-dire qu'une évaluation a lieu pour tout cas qui se rapproche du système et de ses besoins, qu'ils soient psychologiques ou non, un plan de soin est mis en place, comprenant plusieurs composantes que nous analysons directement, ou bien nous transmettons le cas à un autre fournisseur de services. Nous appelons cela la gestion de cas. Il s'agit d'identifier les besoins individuellement et séparément, et de mettre un plan pour traiter chaque niveau de besoin individuellement. Ceci s'effectue par un groupe de travailleurs sociaux, travaillant sur le terrain, formés sur les moyens d'évaluer les besoins du bénéficiaire, et qui savent fournir les premiers besoins des personnes puis les référer aux niveaux supérieurs. Le bénéficiaire peut avoir besoin de soutien primaire, mais certains ont besoin de soutien spécialisé et ensuite d'un médecin spécialiste. Ce qui est requis du gérant du cas est d'évaluer les besoins et d'élaborer un plan de soins et d'évaluation à la fin. Dr. Michel vous parlera de toutes ces étapes demain. Je note que la gestion de cas n'est aucunement une psychothérapie. Les personnes travaillant en gestion de cas sont généralement non-spécialistes qui travaillent en formation et évaluation, et dont aucune intervention psychologique n'est demandée. Alors que la psychothérapie requiert une longue formation et un long suivi, et se rapporte au cas psychologique qui demande beaucoup de temps, contrairement aux choses temporaires que le bénéficiaire peut dépasser en deux ou trois semaines. Nous employons beaucoup la gestion de cas, mais quelle est la preuve que cette approche est meilleure? Nous avons parlé en théorie. Cette approche est non exclusive à l'IMC, il existe de nombreuses organisations utilisent ce modèle ou des modèles similaires. Au Moyen-Orient, nous avons le plus d'expérience dans ce domaine. Mais en 2013, nous avons commencé les essais contrôlés randomisés en collaboration avec l'université Columbia et l'Université John Hopkins et le CDC pour étudier l'ampleur de cette approche par rapport à d'autres interventions classiques, c'est-à-dire les approches choisies par les bénéficiaires au lieu de la gestion de cas. Généralement, le bénéficiaire demandait d'aller à l'hôpital ou à une clinique psychiatrique pour que le médecin lui prescrive un médicament. L'étude dura un an, et ses résultats ne sont pas encore officiellement publiés.

L'objectif de cette étude est de montrer le besoin d'outils calibrés pour soutenir les cas et de revoir

le matériel de formation à la gestion de cas, ainsi que d'étudier l'efficacité de ce type d'intervention en comparaison à d'autres. L'étude était double, une partie était comparative, un groupe a subi ce type d'intervention et un autre a subi l'intervention traditionnelle. Les résultats ont été comparés en termes d'amélioration des symptômes et de la satisfaction de la famille. La deuxième partie, notre travail a été t rétroactif à 5 ans, nous avons recueilli les cas traités par des psychologues et spécialistes sociaux, et nous fait une comparaison des cas avant le traitement et après. Nous avons constaté une plus importante amélioration grâce à la gestion du cas, en comparaison avec d'autres types d'intervention. Je n'ai pas pu afficher toutes les données officielles, mais plus tard nous pourrons présenter cela quand les résultats de l'étude seraient publiés.

Merci.

Rony Abou Daher

شكراً للدكتور شازلي. اطلب من ريتا الحج وكل المشاركين التوجه على مقاعدهم لنبداً بالجلسة الأخيرة.

[Traduit de l'arabe]

Merci au Dr. Al Shazly. Je demande à Rita el Hajj et aux participants de se rendre à leurs sièges pour entamer la dernière seance.

Rita Jreijiri

Vous êtes maintenant avec le groupe Tabyeen. Nous allons commencer avec Rony Abou Daher. Rony est psychologue clinicien, psychothérapeute analytico-systemique, psychothérapeute familial et MHPSS consultant. Rony va nous parler de la systémique et de l'analytico-systemique en application.

Rony Abou Daher

Donc j'avais 4 parties dans ma présentation, mais pour le peu de temps je vais parler de la première partie brièvement. Donc je parle de l'analytico-systemique dans les medias, programmes de réhabilitation pour les drogués, la violence entre abusée, abuseur et sauveur, et l'architecture. Le premier champ d'application c'était les medias:

سوف أتكلم بإختصار عن هذا الموضوع. عملت لفترة طويلة في الإعلام وكان دوري في بعد البرامج أن اكتب محتوى. فعملت أنا ودكتورة نادية تميم الموجودة معنى اليوم على برنامج هو وهي الذي يتناول مقارنة نفسية بين الرجل والمرأة. والذي حاولنا فعله بمعالجة مواضيع هذا البرنامج. هو دفع المجتمع العربي إلى اليعيد النظر بنظرة الرجل للمرأة ولنظرة المرأة لا نفسها ولنظرة الرجل لا نفسه. المحاولة أكيد كانت صغيرة طبعاً. سمعنا من ABBAD وأيضاً من IMC أن يجب أن يتم العمل في أكثر من مجال. ولكن نعلم أيضاً أن للإعلام دوراً كبيرة جداً في هذا المجال. فيمكن القول اننا من هذه النقاط التي حكى عن دكتور ربيع اليوم. نقاط المياه التي عملت في هذا الموضوع. كان البرنامج على الMBC- وكان له نسبة حضور عالية جداً، فنعرف إن كان له تأثيراً في المجتمع العربي. سوف انتقل إلى المجال الآخر.

[Traduit de l'arabe]

Je vais parler brièvement de ce sujet. J'ai longtemps travaillé dans les media, et mon rôle dans certains programmes était d'écrire le contenu. Dr. Nadia Tamimi, ici présente, et moi avons travaillé ensemble sur le programme Huwa wa Hiya (Lui et elle), qui fait une comparaison psychologique entre l'homme et la femme. Ce que nous avons essayé de faire par les thèmes de ce programme était de pousser la société arabe à reconsidérer le point de vue de l'homme sur la femme et sur lui-même, celui de la femme sur elle-même et sur l'homme. Certes, c'était une tentative mineure, nous avons vu avec ABAAD et IMC qu'il faut travailler dans plusieurs secteurs, mais nous savons aussi que les medias jouent un rôle primordial. Nous pouvons dire que nous faisons partie de ces gouttes dont a parlé Dr. Rabih, les gouttes d'eau qui ont travaillé sur ce sujet. Ce programme était sur MBC et avait connu un taux de spectateurs assez haut, donc nous pensons qu'il a pu avoir un effet sur la société arabe.

Les programmes de réhabilitation pour les drogués.

التي هي منظمة لبنانية لها برامج إعادة تأهيل للأشخاص المدمنين علىSIDC-لقد عملت لأكثر من سنة مع ال المخدرات. وبرنامج الحد من مخاطر المخدرات الموجه للأشخاص الذين ما زالوا يتعدون المخدرات واللذين لا يريدون التوقف عن ذلك في الوقت الحالي. أنا كنت أعمال في مركز متخصص لأولئك الأشخاص. وبالتالي. كانوا يأتوني هؤلاء الأشخاص أول حالة هم. نستعمل الكلمة بالعربي «المخمرين» يعني الذي يعاني drome de sevrage بحلاتين نفسييتين .

وبعاني أوجاع في كل جسمه أو الحالة الثانية هو من يتعاطى المخدرات وهو تحت تأثيرها. فالعمل معهم صعب جداً. ولذلك طورت مقربة عالياً اسمها مقربة الحد من مخاطر المخدرات. بدل عن المقاربة السابقة التي تهدف الى التوقف عن تعاطي المخدرات. سوف أتكلم عن المقاربة الأولى التي من خلالها استعملت ال Approche analytico-systemique منذ أيام قليلة كان في لبنان اندرو تترسكي لمن يعرفه. وهو أحد كبار الأشخاص في هذه المقاربة وأول من صاغوا كتب لهذه المقاربة. هذه المقاربة تدعنا ليكون لنا الموقف العقلي المونس. تجاه ماذا؟ سأكمل بالفرنسية.

[Traduit de l'arabe]

Pour plus d'un an, j'ai travaillé avec la SIDC, qui est une organisation libanaise qui offre des programmes de réhabilitation pour les toxicomanes, et un programme de lutte contre la drogue, ciblant les personnes qui utilisent encore et qui ne veulent pas arrêter pour le moment. Je travaillais dans le centre spécial a ces personnes-là, c'est-à-dire celles qui souffrent du syndrome de sevrage, qui subissent des maux dans tout leur corps, ou alors qui sont sous l'influence de la drogue. Travailler avec ces personnes est très difficile, et c'est pour cela qu'une approche fut mise en place, celle de la lutte contre les risques de la drogue, en contraste avec l'approche antécédente, qui luttait contre l'utilisation de la drogue. Je vais parler de la première approche que j'ai appliquée et qui comprenait l'approche analytico-systemique.

Notre objectif, qui ne doit pas être l'abstinence, car ça donne l'impression au patient qu'on lui arrache son outil de protection qui est la drogue, avant d'avoir éliminé le danger duquel il se protège avec cet outil. Deuxièmement, la bonne attitude mentale envers l'expression du patient. Il faut encourager le patient à exprimer son besoin de consommer, car en obéissant aux règles du jeu (comme l'approche systémique nous dit de faire), nous pouvons mieux rejoindre la résistance du patient pour plus tard mieux pouvoir la gérer. Une bonne attitude mentale envers la rechute, l'abstinence n'étant plus le seul objectif, la rechute est à ne plus considérer comme échec. Elle est une chance pour comprendre pourquoi cette personne

consomme et le moment de la rechute doit aussi être prudemment analysé car en plein transfert positif, la personne aura tendance à faire une rechute pour revenir chez nous ou prolonger sa psychothérapie.

L'approche analytico-systemique dans ce système, comme son nom l'indique, cette approche est la synthèse de deux courants mondiaux, qui sont l'approche psychanalytique et l'approche systémique. L'approche psychanalytique a contribué énormément au développement de la psychothérapie auprès de toxicomanes. Pour la psychanalyse, ce n'est pas la toxicomanie qui est le problème mais ce qui a poussé la personne à avoir recours à la drogue : les traumatismes de l'enfance, la fragilité, l'incapacité à créer des compromis fonctionnels sont tous les hypothèses de travail. Du point de vue systémique, la toxicomanie est le résultat d'un fonctionnement particulier du système, qui crée un membre symptôme, pour maintenir un certain équilibre maintenu d'une force après l'homéostasie. Les recherches dans cette approche ont fait une découverte extrêmement intéressante, c'est que les familles de toxicomanes se ressemblent partout dans le monde. L'approche systémique nous montre qu'éloigner le toxicomane de sa famille n'a pas toujours les effets escomptés. En particulier l'heure du retour du sujet dans son contexte originel, si aucune des paramètres du contexte n'est modifié, les tendances homéostatiques remettent le sujet en risque de rechute. L'approche analytico-systemique, dans son livre *مناهات النفس وضوابط علاجها* (Matahat al Nafs Wa Dawabit lilajiha), le Dr. Abbas Makke nous indique dans le guide de classification clinique que l'addiction est souvent le résultat d'une souffrance extrême, vécue sur une base de vide psychique et social, ce qui rend la réalité dure et difficile à tolérer. Il existe donc une dimension qui est individuelle et une autre qui est systémique. Il conclut, la drogue s'avère alors un pont entre le réel et l'imaginaire compensatoire. Pour ne plus avoir besoin de ce pont, on se pose alors la question suivante : c'est quoi en fait le besoin de consommer ? Pour essayer de schématiser l'approche en répondant à cette question. Le besoin de consommation c'est le degré de pression du système, sur le degré de tolérance de la personne. Pour diminuer le besoin de consommation il faut travailler sur l'écart entre les deux en travaillant sur le système, et sur le degré de tolérance. J'ai schématisé le toxicomane dans l'image d'un homme sur une falaise. Dans la première image, le degré de pression est élevé, donc il y a une chute. Cette image représente une personne faible dont le système est en train de pousser vers la toxicomanie, la chute est certaine. Lui est faible, et le système est en train de le pousser. Le deuxième schéma, le degré de pression est élevé, le degré de tolérance est élevé, alors il y a abstinence. Après avoir travaillé sur son degré de tolérance, cette personne est enfin arrivée à faire face à la pression du système. La chute n'est plus possible, pourtant, à force de pousser contre la pression du système, cette personne risque de s'épuiser après un certain temps et de tomber. En plus, cette position est paralysante car elle empêche la personne d'investir son énergie dans la vie. Troisième schéma, degré de tolérance faible et degré de pression faible. Suite à un travail sur le système, cette personne n'a même plus besoin de travailler sur son degré de tolérance. Le système ne la pousse plus vers la drogue, et par suite les dangers n'existent plus pour y faire face. L'expérience nous montre qu'il est presque impossible d'aider une personne toxicomane à guérir sans inclure une dimension systémique dans notre approche en travaillant sur la dynamique familiale, pour trouver tout d'abord la fonction du symptôme dans le système, ainsi que les bénéfices secondaires que gagne chaque membre de la famille en maintenant ce système. Mais le problème c'est que l'être humain ne vit pas dans un seul système, mais dans plusieurs. Il pourrait alors être sous la pression d'autres systèmes dans sa vie, qui vont peut-être aussi le pousser vers la drogue, s'il n'a pas gagné à travers une approche analytique une immunité psychologique contre la pression. Dernier schéma. Le degré de tolérance est élevé, le degré de pression est élevé, est là on parle de l'approche analytico-systemique. Il y a une abstinence continue car, l'idéal serait alors de lui permettre de se libérer de la pression du système, tout en lui donnant la capacité

à faire face à n’importe quel système en ayant un degré de tolérance élevé.

Je passe à un autre champ d’application qui est le travail sur la violence entre abusé, abuseur et sauveur.

Le travail avec les femmes ayant survécu la violence, ainsi qu’avec les hommes ayant des comportements de violence avec ABAAD et avec IMC nous montre que pour briser le cercle de violence, l’intervention thérapeutique doit viser à la fois, les causes relatives au passé du patients et celles qui sont provoquées par le système dans lequel il vit, dans l’ici et le maintenant, ces facteurs qui déterminent la façon de penser et d’agir du patient. Je parlerai dans ce qui suit de la triade compulsive, victime, abuseur et sauveur. Je parle tout d’abord de la victime qui est parfois dans l’ambivalence d’arrêter sa souffrance et de maintenir sa position d’abusée, de victime, calmant ainsi un sentiment de culpabilité souvent plus cruelle. L’aider de sortir de cette dynamique ne peut avoir lieu qu’en l’aidant à prendre conscience de ce qui a contribué historiquement, verticalement à son état psychologique actuel et en même temps en lui aidant à prendre conscience de la fonction de ces symptômes, dans le système humain dans laquelle elle vit. Une fonction qui, souvent maintient les fonctions, statuts et rôles des autres personnes. L’abuseur est lui-même victime de lui-même, de son passé, de ses pensées, de ses blessures, victime d’un autre abuseur, mais il est en même temps victime de sa propre victime, victime d’un présent cruel, victime d’une culture actuelle qui l’opprime, l’agresse qui en même temps ne lui donne pas le droit d’exprimer son malaise et sa détresse. On ne peut l’aider à changer son comportement violent abuseur, qu’en travaillant à la fois sur son passé, et sur son présent. Le sauveur, on a l’impression que c’est la meilleure position ou le rôle le plus gratifiant dans le triangle, meilleure fonction mais ce qui nous échappe parfois c’est que dans ce triangle personne ne choisit volontiers son rôle. Il y a une compulsion qui oblige la personne à rester dans son rôle, ou au moins à rester dans ce même triangle. Par suite le sauveur est obligé de jouer le rôle du sauveur, comment cette compulsion ou ce besoin sont nés ? Une analyse verticale psychanalytique pourra nous donner une réponse à cette question. Mais il y a d’autres questions qui se présentent, pourquoi dans ce système particulier ? Et comment quelles fonctions pour le système joue le sauveur ? Nous trouvons les réponses à travers une lecture et une construction du cas qui est systémique par excellence. Il est tellement intéressant de voir par exemple comment un sauveur est sous la compulsion de devenir abuseur, au moment où il ressent que la victime n’est plus victime, car, s’il n’y a plus de victime il n’y aura plus de raison pour son existence. Par suite, pour justifier son existence, il devient lui-même abuseur, ou pousse l’abuseur ou un nouvel abuseur, d’une façon ou d’une autre d’abuser à nouveau la victime. Tous ces enjeux, nous ont poussé à adopter l’approche analytico-système vu ces différents points de vues de symptôme, sa dimension dans le système, et son mécanisme de formation.

Le dernier champ d’application c’est l’architecture. Nous considérons l’architecture comme un élément essentiel du système dans lequel vit l’être humain, un élément qui exerce une influence intense et continue sur les états psychiques de l’être humain. Le professeur Makke nous indique que l’état psychique n’est qu’un reflet vécu de l’être vivant, dans le temps et dans l’espace. La maison et son évolution est aussi le fruit de l’architecture dans le temps et dans l’espace, il est l’esprit du passé d’un peuple et le reflet de l’évolution de la culture dans l’interaction avec la géographie du pays. Être en harmonie avec sa maison, c’est avoir la même histoire, le même héritage culturel, la même structure, le même équilibre, progression, intégration, développement, couverture, ainsi que d’autres termes qui font à la fois partie de la terminologie de l’architecte et du psychologue. Ce que nous connaissons comme conditions de n’autre bien-être, chaque chose doit le posséder. Les architectes connaissent cette analogie et sont conscients de l’impact émotionnel qu’un édifice peut avoir sur nous. Récemment des recherches universitaires nous apportent des arguments empiriques qui révolutionnent l’architecture contemporaine. Ces recherches

trouvent qu’il est possible de concevoir des espaces de vie qui optimisent la créativité, la cohésion sociale, l’attention et la vigilance, la relaxation et la convivialité. Les institutions telles que l’Académie des neurosciences pour l’architecture de San Diego, encourage la recherche interdisciplinaire sur ce thème, et certaines écoles d’architecture proposent des cours d’introduction à la psychologie et aux neurosciences. A l’université libanaise, j’ai fait une étude comparative sous la supervision de Dr. Randa Challita, et avec le support scientifique théorique du Dr. Makke, dans lequel j’ai comparé l’effet psychologique des maisons traditionnelles libanaises, et comparaison aux appartements modernes de la région du Grand-Beyrouth. L’hypothèse est que les maisons traditionnelles libanaises ont un effet déstressant sur leurs habitants vu l’harmonie existant entre ces maisons et leurs habitants. L’hypothèse a été confirmée par la recherche, le résultat nous renvoie encore une fois à l’approche analytico-systemique car la réduction du stress, effet thérapeutique, est dans cette formule le résultat d’une interaction harmonieuse entre l’individu et une partie de son système, mais une partie qui reflète tant de facteurs culturels, sociaux, religieux et autres.

Encore une fois, comme le dit Dr. Makke, l’état psychique n’est qu’un reflet du vécu de l’être vivant dans le temps et l’espace. Le futur de l’architecture ne peut plus se résumer par son caractère esthétique, Stendhal a joliment exprimé le lien intime entre le goût visuel et sa valeur, lorsqu’il a écrit « La beauté n’est que la promesse du bonheur ». Une promesse que nous avons promise, comme psychothérapeutes, à l’être humain, que nous comptons tenir en appliquant la psychothérapie dans différents domaines.

Merci.

Rita Jreijiri

Merci Rony Abou Daher. Et maintenant je présente Eliane Abi Rached, psychothérapeute, psychologue clinicienne et doctorante en psychologie. Elle va nous parler ce soir de la coordination entre psychothérapeutes et psychiatres à l’hôpital.

Eliane Abi Rached

Toujours de Tabyeen, de l’approche analytico-systemique du docteur Makke, de la thérapie systémique, vers un système plus large qui est l’hôpital. Mon expérience que j’ai voulu vous transmettre, est le rôle du psychologue dans différents domaines à l’hôpital. La notion coopération a également été entendue au sens de la coordination pour un psychologue hospitalier, puisqu’entre psychologue, psychothérapeute et psychiatre la frontière peut a priori paraître nécessaire, faisant que psychologues et psychiatres travaillent naturellement en équipe dans un système hiérarchique, liant la médecine aux sciences humaines.

Petit aperçu sur la psychiatrie, pour voir comment elle a quittée l’univers clos de l’hôpital psychiatrique pour s’implanter sur le secteur et étendre son activité sur les champs sociaux. En même temps, elle s’est installée à l’hôpital général et a élargi son domaine d’action à la psychologie médicale, s’intéressant également au retentissement psychique des pathologies somatiques. Donc la psychiatrie aujourd’hui couvre un vaste domaine dont les deux pôles principaux sont constitués les neurosciences et les sciences humaines. Ce développement de concept de santé positive ou la santé se définit par le bien-être complet sur le plan physique, psychique et social, ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité, mais est marqué en psychiatrie par le passage à la notion de santé mentale afin de promouvoir le mieux-être

de la population dans son ensemble. Depuis les années 90s, la psychiatrie ne cesse d'accroître sa pénétration dans le champ social. Elle s'intéresse plus au traumatisme collectif, elle prend en charge des sujets dangereux, les délinquants sexuels, les malades mentaux potentiellement criminels... Actuellement, la prise en compte de la dimension psychologique dans le champ de la médecine est devenue une évidence. La place des psychologues dans les services de soins a aussi considérablement évolué, par le fait de montrer en quoi le simple pouvoir de la parole pourrait faire des miracles. Le statut du psychologue hospitalier est assez particulier. Il est issu des sciences humaines et ne vient pas de la médecine. Donc l'entrée du psychologue au royaume des médecins et des infirmiers n'est pas sans susciter des interrogations. Une crainte est possible devant ce diplômé de niveau supérieur, non-médecin qui ne fait pas plus qu'écouter ce que l'on lui dit. Le savoir sur lequel le psychologue s'appuie pour penser sa pratique clinique est rationnellement fondé à partir de certaines connaissances comme la psychiatrie, la psychopathologie, la psychanalyse et autres. Sa finalité première est d'amener le sujet à dire ce qui cause sa souffrance.

Quelles sont les spécificités d'un psychologue ? Il intervient sur le champ sanitaire et medio-psychosociale dans un hôpital bien sûr, il travaille auprès des malades de maladies chroniques dont les maladies et éventuellement effectue un bilan psychologique du malade. Il travaille aussi au sein d'équipes pluri-professionnelles, pluri-médicales et pluridisciplinaires et des équipes de chercheurs.

Quelles sont les outils et méthodes des psychologues dans un hôpital ?

En premier lieu, l'entretien clinique qui comprend les causes de l'hospitalisation, les traitements psychiatriques administrés, les antécédents psychiatriques et médicaux, une revue de la maladie dans l'enfance et des traumatismes reçus, les circonstances familiales actuelles et antérieures, la vie professionnelle du sujet et le stress qui en résulte, le fonctionnement de la vie sexuelle. A la fin de l'entretien, un diagnostic psychologique se pose, pour une prise en charge thérapeutique lors du séjour à l'hôpital, cela en parallèle avec le diagnostic et les traitements psychiatriques médicamenteux s'appuyant sur les données largement convergentes voire une façon dynamique de lancer des échanges. On utilise aussi les groupes de parole, ou les thérapies de groupes, considérant l'hétérogénéité des participants comme une richesse d'interaction et d'expression. Le psychothérapeute peut être seul ou avec un Co-thérapeute, qui intervient dans une dynamique interactionnelle, ils observent les expressions qui accompagnent les interactions verbales, suscitant un effet miroir chez certains participants. C'est la d'instinctivité dont parle Jean Olive, l'un des piliers de la psychothérapie institutionnelle. Elle tient en compte l'environnement dans lequel vit le patient à l'hôpital, lui permettant d'être actif et non seulement un objet de soins. Donc, dans ces groupes de paroles animés, conduisant à l'expression des émotions, afin de gérer les difficultés liées au mal-être et à la souffrance, pour apaiser les accès psychotiques, régler les problèmes de dépendance, les réactions antisociales et surtout apaiser les idées suicidaires. La relaxation aussi est une méthode utilisée, c'est un modèle de thérapie corporelle permettant de se libérer des tensions, du stress et des angoisses passant par le corps. Les tests psychologiques sont utilisés aussi et servent d'évaluations différentielles dans le cas de diagnostic psychopathologique. La psychothérapie institutionnelle tente alors de profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir pour soigner les maladies qui y vivent. L'institution est intégrée au traitement et cesse d'être l'imitée à un lieu d'enfermement, pour devenir un lieu qui ménage l'espace de vie sans nier la spécificité du trouble psychiatrique.

Les thérapies brèves sont le plus utilisées dans un hôpital, vu la courte durée de l'hospitalisation, nous citons évidemment les thérapies comportementales et cognitives, la thérapie d'acceptation et

d'engagement, qui sert à améliorer la flexibilité psychologique, la programmation neurolinguistique, la désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux, la thérapie systémique familiale, qui se fait à partir de réunions familiales au sein de l'hôpital avec la participation du patient assurant l'amélioration de ce contexte afin de préparer sa sortie de l'hôpital dans de meilleures conditions. Donc cela vise la compréhension du système du malade, l'ajustement des rôles dans sa famille, on travaille les transmissions trans-générationnelles en effectuant un changement bien sûr.

Quels sont les droits des patients à l'hôpital. Le patient psychiatrique exige, comme tout autre patient hospitalisé, le respect de ces valeurs et croyances, la confidentialité des informations requises, le droit de recevoir toute information concernant son traitement, de refuser le traitement et d'avoir d'autres opinions médicales, aussi les mesures de sécurité physique du patient et de l'entourage prises par l'hôpital.

Les grands domaines dans lequel le psychologue pourrait intervenir :

- **l'unité de psychiatrie** : l'accord entre le psychiatre et le psychothérapeute fait l'alliance thérapeutique. Les enjeux de cette coopération seraient de garantir l'intégrité psychique de la personne malade, intervenir à la demande médicale et psychologique des patients, contribuer au projet de soin, aux réflexions institutionnelles et éthiques ainsi qu'au soutien des équipes, participer aux actions de formation des professionnels hospitaliers, à participer aux colloques spécialisés, aux activités de renseignement et de recherches... dans le but d'offrir au patient des prises en charge différentes et complémentaires, afin d'identifier ses forces et ressources et d'optimiser les compétences médicales.

- **dans l'unité de maternité et de néonatalogie** : accompagnement psychologique du couple en cas d'infertilité, accompagnement de la grossesse difficile ou à risque, accompagnement thérapeutique de la mère en cas d'échec de la grossesse ou d'accident d'accouchement, des préparations psychologiques de la mère à l'accouchement, accompagnement de l'état psychologique et de la stabilité de la mère après l'accouchement s'il s'agit de dépression post-partum. Pour ce qui est de la néonatalogie, la coordination réside entre le pédiatre et différentes spécialités médicales, s'occupant de l'état de l'enfant, de psychologue accompagne les parents souffrant de la maladie de ce dernier. En néonatalogie l'aide psychologique se fait auprès des parents et de l'enfant afin de surmonter cet état de souffrance.

- **unité de cancérologie** : la psychologie dans ces unités de pathologies sévères visent la résilience, cela dans un cadre familial, procurant au malade ainsi qu'à sa famille d'accepter le changement ayant bousculé leurs vies, en se protégeant, à partir de différentes ressources qui pourraient affaiblir la souffrance de l'intérieur et le l'extérieur. Accompagner le malade après qu'il ait été menacé et trahi par son état de santé qu'il induit dans les services des soins intensifs, face à l'insécurité et la peur de la mort, activées par le traumatisme. Et en cas de décès, selon la gravité de la peine, le psychologue seconde la famille après la déclaration de la mort, apaise les émotions de douleur tout en favorisant les expressions de la souffrance et de la perte.

- **le rôle du psychologue** dans l'unité de neurologie, ici il s'agit du neuropsychologue plutôt. La neuropsychologie a pour objet l'étude des perturbations cognitives, comportementales et émotionnelles. Ces perturbations sont consécutives soit à une atteinte cérébrale, AVC ou traumatisme

crânien. Les neuropsychologues débutent leurs prises en charge par une évaluation de ces perturbations. Elles sont réalisées au bureau par le moyen de tests standardisés, et sur l'extérieur par des mises en situations écologiques. Viens ensuite la phase de rééducation, basées sur les activités antérieures, les centres d'intérêts, et le projet de vie de la personne. Se met alors un travail de compensation, de restauration des mécanismes en difficulté, l'objectif étant d'améliorer la vie quotidienne sur le plan familial, social et professionnel. L'approche psychologique du handicap moteur, en cas de lésions du corps, sujets lésée, brulures, consiste à une assistance sociale avec une restitution de la confiance en soi, la restauration du rythme de vie et la recherche d'une meilleure adaptation au milieu de vie.

- **en gériatrie** : accompagner une personne âgée notamment devant des problèmes plus spécifiques, ceux de l'adaptation du sujet à sa fin de vie, dépendamment de la structure de la personnalité de la personne. A noter la vulnérabilité du sujet âgé a la dépression, liée à la problématique de la perte. Nous considérons trois formes de pertes, celle de l'objet, de la fonction et la perte de soi. Le sentiment d'impuissance, de vide intérieure, d'anesthésie affective, l'effondrement intérieur, qui sont les formes de la dépression. Les troubles anxieux aussi, marquées par les craintes hypochondriques chez la personne âgée qui se focalise sur son corps. En cas de trouble psychotique, différentes prises en charges plus globales sont à considérer que dans d'autres services. Dans les soins palliatifs, le psychologue fait partie de l'équipe pluridisciplinaire. Le travail du psychologue s'articule sur trois axes : le patient, sa famille et les soignants. Le patient, c'est pour lui permettre de mieux supporter les traitements agressifs, favoriser l'expression de la souffrance du patient et de sa famille. Au niveau de la famille, discuter du passage au palliatif avec les parents reste difficile et nécessite l'interaction du psychologue. Avec les soignants, le psychologue se met à l'écoute de soignants, et favorise la communication au sein de l'équipe.

En conclusion, les droits et besoins du patient hospitalisé exigent un point de rencontre des deux disciplines, lui offrant la dignité morale et médicale à partir de la déontologie et l'éthique professionnelle, cela par le fait de procurer au patient un bon traitement médical, respectant sa personne dans une discrétion évidente du cas étudié. Le rôle thérapeutique du psychologue permet au malade de créer des liens entre son passé son présent et son avenir. Voire toute maladie donne lieu à une adaptation psychologique.

Merci de votre attention.

Rita Jreijiri

Maintenant Dr. Michael Khoury, psychothérapeute, va nous parler de son thème « Offering Dignified Palliative Care Services in Lebanon ».

Dr. Michael Khoury

شكراً ريتا. يعطيك العافية. وهو شرف لأن أكون هنا. وشكراً للد. مكي الذي دائماً يقدر أن يرى الروابط بين كل ما نفعله. أريد أن أتكلم عن خبرتي كوني طبيب ومعالج نفسي في جمعية اسمها بلسم وتعنى بشؤون العناية التلطيفية. لدي ستة نقاط أساسية. أولها أن أعرفكم إلى العناية التلطيفية. الثانية أن أعرفكم إلى بلسم وكيفية عملنا. الثالثة دوري

كمعالج نفسي في جمعية بلسم، رابعاً بيئة الطب والتغيرات وكيف تمارس المهنة في العناية التلطيفية، وأخيراً كيف أسمع كمعالج نفسي الأفكار ال-analytico-systemique وسأهني بإستحالة التفرقة بين الطب وعلم النفس، ولغة الإهتمام.

العناية التلطيفية هي منظار هدفه تحسين نوعية الحياة عند المريض وعائلته، الذين يواجهون مشاكل طبية تؤثر على نوعية حياتهم، ولا تركز فقط على العلاج، إنما على الوقاية أيضاً، وتخفيف الآلام الجسدية والنفسية والإجتماعية والروحانية، فهو منظار فعلاً شمولي وكامل.

بلسم جمعية تأسست في عام ٢٠١٠ تهتم في العناية التلطيفية للمرضى وعائلاتهم في لبنان، ونطاقها في بيروت حتى الآن. نحن فريق متعدد المنهجيات، أي فريق أطباء ومرضى، ومعالجين نفسيين، ومتدخلين اجتماعيين وصيدلة، تجتمع ثلاث ساعات في بيروت في إجتماع متعدد المنهجيات.

ثالث نقطة هي حول دوري كمعالج نفسي في بلسم والعناية التلطيفية، أولاً أعمل دعم للفريق، هذا الفريق يسمع أمور صعبة جداً ويرى أمور غير جميلة في جسم الانسان ويكون جانب المريض وعائلته في الأوقات الشدة، مقارنةً بالطب الكلاسيكي حيث نادراً ما يكون الطبيب حاضراً في هكذا أوقات، أدرب الفريق على مهارات معينة ومنها مهارات التواصل، ثالثاً، أؤمن الدعم النفس إجتماعي للمرضى والعائلة والأزواج، نستحدث سياسات وتوثيق حول الحداد والحزن، وأخيراً، والأمر الذي أريد الأركز عليه هو دوري في هذا الإجتماع الأسبوعي.

قبل ذلك أريد أن أتكلّم عن بيئة الطب، أو ثقافة الطب التي تغيرت عبر الزمن، أنا شخصياً تأسست في بيئة طبية نسميها biomedical أي تركز على كل ما هو عضوي أو جسدي، وكل ما يتعلق في الدواء والعلاج، لسوء الحظ على حساب المريض والإهتمام وكل ما هو إجتماعي أو نفسي، وبينما العناية التلطيفية هي شمولية، الطب الكلاسيكي يركز على ما نسميه medical technologies، يعني على الاختراعات المعاصرة وكيفية استعمالها على الشخص، أما العناية التلطيفية فتركز على النفسية وما نسميه personhood، أي الشخصانية، كيف نعامل كل شخص، وكل عائلة وكل systeme حسب خصائصها، وأخيراً في تغيرات الطب الحديثة هناك ما نسميه dignity therapy، علاج الكرامة، الذي يرى أن الكأبة وغيرها من إضطرابات النفسية لها علاقة بكرامة الانسان، كيف يتعامل مع المرض وكيف يعامله الآخرون وهو مريض.

في النهاية العناية التلطيفية هي عناية حميمية، يجب التعرف إلى الشخص وكيف يفكر، وكيف هذا المرض يؤثر على هذا الانسان اليوم، ويمكن أن يؤثر عليه بغير طريقة غداً، يجب أن تعرف، هذه المغنية التي فقدت صوتها على الكيموثري، ما تداعيات هذا الفقدان على شخصيتها وهويتها، إذاً، عندما استمع في هذا الإجتماع، استمع بأكثر من أذن وأكثر من عين، وأنظر دائماً إلى ملامح وجه المرضى والأطباء وهم يتكلمون، وأسمع الكلمات التي يختارونها للتعبير عن معاشهم مع المريض وما حصل معهم في الأسبوع الذي فات، استمع إلى صعوبات الكلام، إذا أحد لا يتمكن من إيصال المعلومة للفريق عامة حصل معه أو معها، اركز على الخذل إذا كان مستنظر من العائلة أن تفعل شيء ولم تفعله وكيف ذلك أثر على المريض أو الطبيب، استمع إلى كل ذلك في وجودي معهم في فريق العمل، وأحياناً اندخل، اطرح سؤال أو أعلق عندما أرى أن هناك مجال لتحسين أداء الممرضة أو الطبيب، الذي هو في الاجمل أداء ممتاز، لكن ليس هناك مهرب من التأثير مع المريض.

سأعطي أمثال، نرى أحياناً مريض أو أحد أفراد عائلته يغضبون على المريض أو الطبيب، وهو أمر تكلم عنه فرويد والدكتور مكي أيضاً، واللذي هو ال-transfert sauvage، أوقات نرى أيضاً contre-transfert sauvage، أوقات يحكي فريق العمل عن شعوره بالخذل من ذلك المريض أو تلك العائلة، وهذه أيضاً فرصة لنا لنحكي ونسأل من أين يأتي هذا الخذل.

وفي أحيان كثيرة يأتي من بيت الطبيب أو عائلة الممرضة. ونحكي أيضاً كثير عن الحب الأبوي.

Raisonnance. حكى عنها أيضاً اليوم مني القيم، وهو منظر آخر من ال- systemique يمكن أن نرى من خلاله في التفاعلات بين الفريق الطبي والعائلات أو المريض. شيء ملفت جداً هو عندما الفريق الطبي يتفادى أن يتكلم عن الموت أو فقدان أو عما سيحصل بعد أسبوع أو اسبوعين. نحن نتعلم في العناية التلطيفية كيفية توصيل المعلومة الصعبة للشخص دون أن نكون ثقيلون عليه وأيضاً دون الكذب أو التغيير في الحقيقة.

بإختصار، لدي أربعة أفكار أريد أن أنهي بها. أولاً، الإهتمام بالحفاظ على كرامة الجسد والنفوس والعلاقات والروح بوضعية مرض مزمن أو مؤلم أو يهدد الحياة ونوعيتها. لا يمكن أن يكون بسيط وله علاقة فقط بالتكنولوجيات المعاصرة بحت. بمجرد اهتمامنا ومعالجتنا لهذا الشخص، لا يمكننا إلا أن نذهب صوب ال-complexity وال-multi-dimensionnel. ولا يمكننا إلا أن ندخل متاهات النقلة والنقلة المضادة. إذاً من الصعب أن نفرق النفس عن الجسد. عن الإهتمام. عن الروح. كلها متكاملة متفاعلة.

أخيراً، علينا أن نغطس في عمق البشر عمق الانسان والتفاعلات بين الفريق الطبي والمريض والعائلة لأننا هذا ما يجعلنا انسانين صوب الصحة وصوب المرض والخاوف والدفاعات والشجاعة لتتخطى هذه الأمور.

شكراً

[Traduit de l'arabe]

Merci Rita. C'est un honneur pour moi d'être ici. Et merci au Dr. Makke qui est toujours capable de voir les liens entre ce que ne faisons tous.

Je veux parler de mon expérience, étant à la fois médecin et psychothérapeute auprès d'une organisation qui se nomme Balsam et qui a pour objet d'offrir des soins palliatifs. J'ai six points majeurs à vous présenter, le premier est de vous donner un aperçu des soins palliatifs, le deuxième est de vous faire connaître Balsam et notre mode de travail, troisièmement de parler de mon rôle en tant que thérapeute à Balsam, ensuite de parler du cercle médical et de ses changements et comment nous pratiquons les soins palliatifs, et enfin comment j'écoute, en tant que thérapeute, les idées analytico-systemiques. Je vais terminer en parlant de l'impossibilité de séparer la médecine, la psychologie et la langue du soin.

Le soin palliatif est une perspective visant à améliorer la qualité de vie du malade et de sa famille, qui font face à des problèmes médicaux impactant leur qualité de vie. Cette perspective ne se focalise pas uniquement sur le traitement, mais sur la prévention également, ainsi que de soulager les douleurs physiques, psychologiques, sociales et spirituelles. Il s'agit véritablement d'une perspective holistique et globale. Balsam est une organisation fondée en 2010, qui s'occupe des soins palliatifs pour les patients et leurs familles au Liban. Son champ de travail reste à Beyrouth pour le moment. Nous sommes une équipe multidisciplinaire, soit une équipe de médecins d'infirmiers, de psychothérapeutes, d'intervenants sociaux et de pharmaciens. Nous nous réunissons trois heures par semaine.

Le troisième point : mon rôle en tant que thérapeute auprès de Balsam et en soin palliatif. Cette équipe écoute des choses vraiment difficiles et voit des choses désagréables dans le corps humain, et reste auprès des patients et de leurs familles dans les moments difficiles, en contraste avec la médecine traditionnelle où il est rare qu'un médecin soit présent en ces moments. Je forme l'équipe à acquérir

certaines compétences, dont la communication. Troisièmement, je fournis le soutien psychosocial aux patients, leurs familles et époux. Nous mettons en place des politiques et documentation autour du deuil. Enfin, le point sur lequel je veux me concentrer est mon rôle dans la réunion hebdomadaire.

Mais avant, je veux parler du cercle médical, ou de la culture médicale qui a connu des changements au fil du temps. Personnellement, j'ai été formé dans l'environnement médical, le biomédical, c'est-à-dire celui qui se focalise sur tout ce qui est organique ou physique, tout ce qui se rapporte au médicament et au traitement, malheureusement aux dépens du patient et de tout ce qui relève du social et de psychologique. Alors que les soins palliatifs sont holistiques, la médecine traditionnelle se concentre sur ce qu'on appelle les technologies médicales, à savoir les inventions modernes et leur mode d'emploi. Quant aux soins palliatifs, ils se focalisent sur la personne ou ce qu'on appelle le personhood (la personnalité ou l'identité individuelle) ; donc comment traiter chaque individu, famille ou système selon ses caractéristiques. Parmi les changements en médecine moderne, nous avons la thérapie de la dignité qui estime que la dépression et autres troubles psychologiques sont liés à la dignité de l'être humain, et comment il interagit avec sa maladie, et comment les autres agissent envers lui dans sa maladie.

En fin de compte, le soin palliatif est intime. Il faut connaître la personne et comment elle réfléchit, comment cette maladie l'affecte aujourd'hui et comment elle pourra l'affecter demain. Il faut connaître la personne, et c'est cet élément qui s'est perdu dans la chimiothérapie, ce qui a mené à la perte de la personnalité et de l'identité. Donc, quand j'écoute mes collègues durant les réunions, j'écoute avec plus d'une oreille et observe avec plus d'un œil. J'observe les expressions des infirmiers et médecins, j'écoute les mots qu'ils choisissent pour exprimer ce qu'ils ont vécu avec le patient ou ce qu'ils ont vécu durant la semaine écoulée. Je prête attention aux difficultés à s'exprimer, si quelqu'un n'arrive pas à faire parvenir une information à l'équipe, et la déception si quelqu'un s'attendait à ce que la famille fasse une chose et qu'elle ne l'ait pas faite, et comment ceci influe sur l'infirmier ou le médecin. Parfois j'interviens, je pose une question, ou je fais un commentaire quand je vois qu'il est possible d'améliorer la performance d'une infirmière ou d'un médecin. En général la performance est excellente, mais il est difficile de ne pas se faire émouvoir.

Je donne un exemple. Parfois le patient ou sa famille se mettent en colère contre l'infirmier ou le médecin. Freud a parlé de cela et le Dr. Makke également, il s'agit du transfert sauvage. Parfois nous voyons également un contre-transfert sauvage, quand l'équipe parle de ses sentiments de déception envers un patient ou sa famille. Et là aussi nous avons l'occasion de discuter et de demander à la personne d'où vient cette déception, et très fréquemment elle vient de chez eux ou de leurs familles. Nous parlons beaucoup de l'amour paternel. Il y a également la résonance, Mony Elkaim en a parlé aujourd'hui. Il s'agit d'une perspective de la systémique qui permet de voir les interactions entre l'équipe médicale et les familles ou les patients. Une chose très intéressante est quand l'équipe médicale évite de parler de mort ou de perte ou de ce qui arrivera dans une semaine ou deux. Nous apprenons en soins palliatifs comment faire parvenir une information difficile aux personnes sans être lourds mais aussi sans mentir ou altérer la réalité.

En bref, il y a quatre points avec lesquels je veux terminer. Premièrement, l'intérêt à préserver la dignité du corps, de l'esprit et des relations en situation de maladie chronique ou douloureuse qui menace la vie et sa qualité, ne peut être simple ou être uniquement lié aux technologies modernes. Ne nous avons de choix que d'aller vers la complexité et la multidimensionnelle en soignant la personne, et nous ne pouvons qu'entrer dans les transferts et contre-transferts. Donc, il est difficile de séparer l'esprit du corps et du soin. Tous sont complémentaires.

Enfin, nous devons plonger dans les profondeurs de l'être, des interactions entre l'équipe médicale et le patient et sa famille, parce que c'est cela qui nous rend humanitaires envers la santé, la maladie, les peurs, et le courage afin d'affronter ces problèmes. Et merci.

Rita Jreijiri

Merci Dr. Michael. Nous allons maintenant écouter Giselle Nader, qui va nous parler de la psychothérapie des femmes battues et abusées.

Dr. Giselle Nader

مساء الخير

سوف أتكلم عن psychothérapie des femmes battues et abusées. لقد اخترت حالة من الحالات التي اتعامل معها. أعمال مع جمعية تعنى بالعنف. وسأعرضها على طريقة تبين والطريقة التي تعلمناها من د. مكى. والموجودة في كتاب متاهات النفس وضوابط علاجها.

[Traduit de l'arabe]

Bonne soirée. Je vais vous parler de la psychothérapie des femmes battues et abusées. J'ai choisi ce sujet des cas avec lesquels je travail, et je vais les presenter à la façon de Tabyeen que Dr. Makke nous a apprise.

Présentation du cas.

Violence physique exercée par l'ex époux, angoisse et insomnie à cause de la situation sociale et économique, contrainte avec ses filles (4 filles), incapacité à gérer la relation avec ses filles, sentiment de regret sur les années passées. Elle dit « je regrette d'être née car je suis responsable de tout ».

Résumé des séances

Dans le dossier psychologique on cite les événements et les traumatismes principaux selon les tranches d'âge, enfance, adolescence et âge adulte. Dans chaque tranche d'âge j'ai mis les éléments principaux qui ont affecté l'état de cette femme. Je vais les résumer dans la planche suivante. Je fais dans cette planche l'analyse de Basma, en identifiant les interactions relationnelles dans la famille 1, c'est-à-dire sa famille avant le mariage. Sa relation avec sa mère était découpée, c'est une mère avare et autoritaire, avec un père effacé mais tendre. Mais la mère n'est pas tendre. Et dans la famille 2, avec son mari, maintenant elle est divorcée. La relation avec ses filles, récemment elle est découpée avec les trois premières filles car elles ont quitté la maison et travaillent dans la prostitution. Après plusieurs séances avec l'époux on a vu qu'il y a tentative d'abus sexuel, un inceste, sur la deuxième fille et la troisième.

Le mécanisme de formation de la maladie de Basma, ce mécanisme se trouve aussi dans le livre, j'essaie de l'appliquer sur ce cas. Dans le climat environnemental avant la naissance, c'est-à-dire le système familial, social, économique et toutes les concessions génétiques avant la naissance de Basma. Puis on arrive à la formation du moi après le sevrage. J'ai aussi cité les événements comme remémoration des trauma-

tismes, c'est-à-dire l'inceste du mari envers ses filles. La violence conjugale. Elle a eu trois avortements car elle ne voulait pas d'enfant de lui. Le mari a une addiction. Les menaces de sa mère. Sa mère essaya une fois de la tuer pour de l'argent, puis la mort du père était un traumatisme pour elle aussi. La violence parentale à l'enfance et l'abus au travail lorsqu'elle était petite fille. Ses traces mnésiques nous aident à comprendre plus le diagnostic de cette femme. L'évènement déclencheur de sa maladie était lorsque ses filles ont quitté la maison récemment. Les remarques pour le diagnostic sont : l'altération du fonctionnement social, familial et professionnel, dévalorisation, idées suicidaires, ralentissement psychomoteur, pensées douloureuses, désinvestissement de la relation, situation de stress, incapacité à s'adapter au monde extérieur et réduction de toute activité. Tout cela a abouti à un trouble dépressif.

Et enfin la thérapie. Pour un tel cas, le but de la thérapie est de diminuer le sentiment de dévalorisation et réduire la vision négative de l'environnement dans le but de reconstruire le moi, réduire le sentiment de culpabilité, prendre conscience des causes de l'état dépressif, resocialisation et reconstruire les relations de manière simple.

La technique utilisée dans cette thérapie analytico-systemique était l'écoute non directive, la reformulation des idées de la patiente, le questionnement, registre et analyse des données. J'ai aussi utilisé la technique de relaxation, comprendre le système de Basma et laisser Basma comprendre son système, identifier le statut et rôle de chacun dans ce système.

Les résultats, elle est retournée au travail, les filles sont maintenant dans un centre de réhabilitation et on a fait une coordination avec le parti juridique pour cette histoire, et elle commence à réinvestir dans son futur.

Merci.

Eliana Kahy

Nous allons commencer par une citation qui dit « les enfants comprennent peu les enfants, parce que les enfants trouvent peu les mots pour s'expliquer ». Quel changement dans son fonctionnement une famille doit-elle apporter au cours des différentes étapes de son cycle vital ? Chaque étape ou état stable est caractérisé par une organisation relationnelle. Et le passage suppose une crise. Ces crises sont des éléments fragiles propices à l'apparition de symptômes cristallisés sur un patient désigné. Quel est le rôle des parents et leur pratique dysfonctionnelle ? Toujours, on ne peut aborder l'enfant en famille sans penser au triangle Père/Mère/Enfant. Donc le travail avec les familles demande une réflexion aux composantes et au contenu de chaque rôle parental et à sa spécificité du modèle de coopération. Donc l'influence des parents intervient autant par des facteurs génétiques qu'environnementaux. Les facteurs de risque familiaux qu'on trouve généralement sont des comportements parentaux inefficaces et des conflits familiaux ou des problèmes de couple influençant le développement de l'enfant. Johnson et Von Hans font la distinction entre différents groupes de facteurs qui sont proximaux, distaux, contextuels et globaux. Et quelques auteurs trouvent que le style parental dans les familles comportant un enfant dépressif c'est des parents très critiques, adoptant des standards de réussite très élevés, et exerçant un contrôle total sur la prise de décision.

Passons à la transmission trans-générationnelle. Bowlby parle de modèle interne opérant, le moi, pour désigner des modèles mentaux que l'enfant se construit et qui l'aideront dans ses relations interpersonnelles. En effet ils comprennent un modèle de soi correspondant à une image de soi plus ou moins

digne d'être aimée, et un modèle d'autrui où les autres sont perçus comme étant plus ou moins sensibles et attentifs à ses besoins. Selon cet auteur, le sujet déformera le contenu des représentations ou de l'information qu'il reçoit afin de préserver le modèle de soi et des adultes. Owens souligne cela par l'expérience d'enfance dans la vie de couple. Je ne vais pas beaucoup m'attarder sur cela car Rita va nous en parler. Mais un petit mot. Si étant enfant elle a vécu des types d'attachement sécurisés avec les parents, la personne peut même les reconforter et les rassurer en période de stress. La qualité de la relation entre les parents joue un rôle essentiel dans la transmission générationnelle, du modèle d'attachement des grands-parents aux parents, et ensuite aux enfants. Les modèles internes définis par Bowlby sont un peu rapprochés du concept de construction du monde du Pr. Elkaïm. En effet, la construction du monde ou les croyances personnelles profondes que les enfants tentent de renforcer en se sculptant mutuellement sont à mettre en balance avec le programme officiel. En d'autres termes, nous savons que le programme officiel est toujours explicite, et les cartes du monde sont toujours implicites. Je peux donner un exemple du livre « Si tu m'aimes, ne m'aime pas ». Si une femme demande explicitement à son mari « Je veux être aimée », mais implicitement, sa carte du monde d'après ses expériences d'enfance est « Je ne peux être aimée », nous voyons ici le paradoxe. Donc, toujours, le programme officiel est en contradiction avec la carte du monde. Chaque enfant a vécu dans son histoire familiale bien d'autres expériences relationnelles qui ont pu susciter d'autres croyances personnelles, mais qui n'ont pas été réveillées et amplifiées dans le contexte de la relation actuelle. Donc il s'agit ici d'un processus qui cimenterait l'équilibre du système familial. Nous allons voir quelques pathologies des parents et leurs influences sur les enfants.

La dépression maternelle. Les mamans dépressives ont tendance à être plus irritables et punitives avec les enfants. Ce qui mène à une perturbation de l'enfant et une prédisposition à la dépression, surtout dans les premiers stades de la vie, le stade oral.

La personnalité antisociale exacerbe des troubles de conduite de l'enfant.

Une dépendance alcoolique de l'un des parents mène à des troubles externalisés de dépressions, d'anxiété et d'agressivité dans les interactions sociales.

La séparation des parents mène à un risque augmenté des symptômes externalisés aussi bien qu'internalisés chez l'enfant.

Les conflits entre les parents mènent à la perturbation des capacités de régulation émotionnelle des enfants, que ce soit par simple imitation de modèle parental ou par diminution du seuil d'ajustement de la régulation des émotions.

Donc un environnement familial précoce mène à une indépendance et à des relations plus harmonieuses, avec un contrôle plus interne de l'enfant.

Je vais passer sur les crises pour parler de quelques grands traits que les familles ont, comme le stress. Nous avons le stress interpersonnel et le stress intrapersonnel. Interpersonnel c'est-à-dire entre deux personnes, ou différentes personnes qui doivent normalement s'entraider. Alors que le conflit intrapersonnel est celui de l'individu en guerre avec lui-même. Ce conflit est bien sûr, provoqué par des pressions extérieures que l'enfant intériorise. Et cet enfant en lutte avec l'agression, va la retourner contre lui-même en gardant cette agression qui va contaminer ses rapports avec autrui ultérieurement. La polarisation et l'escalade. La triangularisation, pour Hale le problème fondamental des troubles psychiques est le triangle. Le rejet de la responsabilité. Toujours dans les familles nous retrouvons qu'on cherche toujours

un responsable pour se méfier, ou pour se libérer un peu de la responsabilité. La perte de l'identité. Le mécanisme de défense contre cette perte d'identité est la création d'un conflit. Donc les membres, ici, essaient d'être toujours dépendants l'un de l'autre pour ne pas faire chavirer la barque et pour ne pas se sentir en marge. Ils doivent toujours dépendre, être soumis aux autres. Enfin nous avons la crainte de la mort. Il faut laisser un peu plus de responsabilité aux enfants en créant une sorte de démocratisation du pouvoir familial, que ces derniers sont capables d'assumer.

D'après ce que nous avons entendu tout au long de la journée, maintenant nous remarquons que tout est un système et la famille n'est qu'un système. Alors qu'est-ce qu'un système ? La pathologie devient l'expression d'un dysfonctionnement familial, et le patient désigné est celui qui se montre capable de porter la tension de ce système. Mais à qui l'influence doit-elle être attribuée ? Est-ce l'habileté de l'enfant qui est déterminante ? L'influencabilité du parent ? Ou est-ce que la réponse se situe dans l'interaction entre les pratiques des deux acteurs ? Tous les systèmes sont organisés et maintiennent une sorte de stabilité et d'équilibre. Ces systèmes modifient le comportement selon l'information reçue de leur environnement, et ce mécanisme est connu sous le nom de feedback. Et ce feedback permet au système de modifier son activité et sa structure afin d'arriver à ses propres fins. Bertalanffy qui créa la théorie générale des systèmes, et ce sont les membres du groupe Palo Alto qui ont présenté de la façon la plus structurée l'articulation possible entre ces théories et les systèmes familiaux. Les propriétés formelles de ce système sont la totalité, la nonsomativité, l'équifinalité, et l'homéostasie.

Donc nous remarquons que l'attention est souvent attirée par une personne nommée patiente. Ce patient est le bouc émissaire, l'enfant qui reçoit la fessée, et c'est lui qui accepte de porter le fardeau de toute la famille, afin que celle-ci garde son équilibre.

Passons à la vignette clinique. Nous avons nommé le petit garçon Elie. Il a 7 ans, sa consultation a été faite suite à une demande de l'école, car l'enfant se montrait turbulent et surtout brutal avec les autres enfants. C'est un fils unique, le père a 42 ans et est employé dans une usine, et la mère a 32 ans, mère au foyer. Après quelques séances, l'image se pose d'un petit bonhomme de sept ans coincé entre deux adultes qui déversent sur sa tête et dans son cœur leur tragique impuissance à être parents. L'hypothèse est mise qu'Elie est prisonnier d'un couple parental très immature. Malgré leur bonne volonté, les parents n'apportent pas à ce fils unique la satisfaction, ni son besoin de sécurité fondamentales. Donc il est victime de sa propre vitalité, ne peut ni se réguler, ni se construire de façon satisfaisante. En traitant l'interaction parent/enfant, et en posant ce nouveau cadre, j'ai essayé d'ajuster les rôles de chacun, voire en développant la maturité émotionnelle. En parallèle, j'ai essayé de rassurer dans les parents la part psychique et actuellement submergée, et que leur fait attribuer à leur fils leur propre insuffisance inconsciente. Après quelques mois de thérapie le comportement de l'enfant et des parents s'améliore notablement et je me souviens de la phrase dite du petit bonhomme « la thérapie ça fait du bien ». Ça fait du bien en effet que les adultes tiennent leur place, et permettent ainsi à l'enfant de tenir la sienne, debout sur ses pieds, dans sa dynamique de croissance. Ça fait du bien aussi que le monde se remette à l'endroit, et soit par la même, mieux contenant, que ce soit l'énergie de l'enfant qui fasse office de béquilles des parents narcissiques.

Quelques mots sur la thérapie systémique. Elle vise à comprendre la souffrance en la plaçant dans le

système auquel appartient le patient. Nous ne sommes devenus des « je » que grâce aux autres qui nous ont dit « tu ». Et Mony Elkaim a dit une phrase très importante, « l'important ce n'est pas ce que moi je fais, ou ce que toi tu fais, l'important c'est ce que nous faisons ensemble ».

En guise de conclusion, l'importance de l'enfant en tant qu'acteur du système familial soumis comme les autres membres à des crises et influençant de façon non négligeable l'équilibre de la famille, une approche individuelle risquerait de sous-estimer les liens de loyauté qui attachent l'enfant à sa famille. Une thérapie réussie ne s'impose à personne ni à une famille. C'est pourquoi nous attachons une grande importance à ce que ce soit elle qui prenne ses propres initiatives persuadés que si elle ne peut découvrir son propre pouvoir de se changer, les résultats de la thérapie ne seront que de courte durée. Pour cela il faut que la famille apprenne à prendre conscience de ses propres ressources, et agir par elle-même à s'efforcer de prendre en main sa propre destinée.

Rita Jreijiri

[Psychothérapie du couple]

سوف أتكلّم عن سلوى وروي. هم ثنائيّ عاجته. طبعاً الأسامي غير حقيقية. عمرها ٣٣ عاماً وعمره ٦٣ عام. هما متزوجاً منذ ٦ سنوات. ويعملان. عندما أتوا إليّ قالوا لأنهم في صراع دائم منذ ٦ سنوات. أول أمر فهمته عن هذا الثنائي هو الصراع على نسبة الحميمية في العلاقة بينهما. يعني أنا سلوى دائماً مزعوجة لأن روي غائب في معظم الأحيان. إذا كان ذاهب اليرى اصدقائه ويلعب الورق تراه مليء بالحوية. بينما عندما يسهران سوبياً تراه قد غفو على الكنبه. صراعاتهما على الحميمية جعلتهم يتصارعون يومياً. يعني أن سلوى تخضر مشاريع لهما في آخر الجمعة انما فروي يقول لها أنه ذاهباً مع اصدقائه. فتغضب سلوى. هذا طبعاً بالنسبة إلى سلوى. أما بالنسبة إلى روي. فيقول أن لا يعجبها شيء ولا شيء يرضيها.

فأتوا إليّ طبعاً لمسألة الحميمية والغضب الذي صار يسبب جرحات. وتأتي هذه الجروحات لأن سلوى تشعر أن احتياجاتها العاطفية غير مؤمنة. وروي يشعر أن سلوى متطلبة جداً.

النقاط الرئيسية الذي عملت بها طبعاً إنطلاقاً من النموذج analytico-systemique. بدأت بدراسة الأمور الغير مقالة. هو يقول أن سلوى هكذا وسلوى تقول أنه هكذا. طبعاً الذي يعرف الأزواج في ال-séance يعلم أنهم لا يتوقفون عن ال-ping-pong مع بعضهما. أي ماذا تفعل هي وما يفعل هو. فأول أمر نحاول أن نفعله هو فهم بما يمر الشخص على صعيد المشاعر وغير المقال من المشاعر. وفي هذه المرحلة ننتبه أن كل منهما قد رسم خطة في رأسه من قبل الزواج. تكون خريطة العالم الخاصة بالعلاقات مرسومة. خريطة العلم الخاصة بسلوى كانت. أنها هي الصغرى في البيت. ولا أحد يراها أو يعطيها الوقت. وهي تشعر أنها شخص غير مهم وانها غير مهمة في عائلتها. في عندما تزوجت. قرأت مباشرة مشاريع زوجها حسب خريطة العلم في رأسها. إنه لا يحبها ولا يهتم لأمرها وانها لا تستحق الإهتمام. وعندما نرى خريطة علم روي. نرى أنه كان في منزله. مهما فعل ولو حتى كان الأول على صفه. كانوا دائماً يقولون له أن يمكن أن يكون أحسن. فكانت خريطة العلم الخاصة به أنه دائماً «مقصر» وأنه لا يمكن له أن يكون على قد ما مطلوب منه. ونتيجة ذلك هو عدم اهتمامه وعدم محاولته لأنه مهما فعل. لا يمكن أن يرضي أحد.

فأول أمر نفعله هو إكتشاف خرائط العلم لأن ذلك يزيد التعاطف داخل الثنائي ويتمكننا من فهم لماذا يوجد صراع بينهما. ثم نصل إلى مرحلة. يفهم بها اللعبة والصراع. انما فهناك جروح واهانات بينهما. ويجب أن يغفرا إلى بعضهما انما هذا

أمر ليس دائماً بغاية السهولة. وأصلهما إلى الفكرة التي أحببت أن انطلق منها. وهي تخص ال-individu. الشخص المفرد وال-systeme أى الخاص به. أولاً، عندما يكتشفان كيف كانا قادران على التحمل أي resilients، أو المرونة تحت الضغط. فنرى أن لهذه المرونة ثقل وهو ثقل الثنائي. عندما يكون الشخص resilient يكون لديه هدف اليؤسس عائلة. أما أحياناً ثقل المعاناة التي يمر بها يمكن أن توصل العلاقة الحالة مرضية أو ماسوشية. فمن المهم جداً أن نجد توازن. أي أن الشخص المفرد يجد راحته النفسية داخل الثنائي. ويقدر على تحمل ثقل الشخص الثاني. وجود الشخص الثاني في حياته. من غير أن تكون هذه المرونة تكسره.

فعلينا أن نجد توازن بين مرونة الشخص ومرونة الثنائي. وعليها أن تكون صحية ولا تكثر الشخص المفرد.

وهذا ال-phenomene هو على صعيد الشخص، وعلى صعيد ال-systeme. كل منهما يعمل مع الآخر. في حالة سلوى وروي. تمكنا من الوصول إلى هذه المرونة من غير أن ينكسر أحدهما. هي نهاية سعيدة. ووجدوا هذا التوازن بين resilience في الثنائي دون أن ينكسرا individu.

أشكركم لأنكم استمعتم إلي والوقت متأخر. شكراً.

[Traduit de l'arabe]

Je vais parler de Salwa et Roy. C'est un couple que j'ai traité, bien sur ceux ne sont pas leurs vrais pré-noms. Elle a 33 ans et lui 36. Ils sont mariés depuis 6 ans et tous deux travaillent. Quand ils sont venus me voir ils m'ont dit que c'était parce qu'ils étaient en conflit permanent depuis 6 ans. La première chose que j'ai pu comprendre de ce couple est que le conflit est au niveau intime de leur relation. C'est-à-dire que Salwa est toujours perturbée parce que Roy est absent la plupart du temps. S'il va voir ses amis pour jouer aux cartes il est toujours plein d'énergie, alors que quand ils veillent ensemble il s'endort rapidement dans son fauteuil. Leur conflit sur l'intimité fait qu'ils sont en conflit au quotidien. C'est-à-dire que Salwa prépare quelque chose pour le weekend alors que Roy dit qu'il va sortir avec ses amis. Donc Salwa se vexe. Ceci est bien évidemment du point de vue de Salwa. Quant à Roy, il pense que rien ne plait à Salwa et elle n'est jamais satisfaite.

Donc ils sont venus me voir pour ce problème d'intimité et la colère qui commence à blesser. Ces blessures proviennent du fait que Salwa sent que ces besoins au plan émotionnel ne sont pas satisfaits, et du fait que Roy pense que Salwa est très exigeante.

Les points principaux sur lesquels j'ai travaillé bien sûr en partant du modèle analytico-systemique. D'abord j'ai travaillé sur le non-dit. Lui dit que Salwa est ainsi et que Salwa dit cela. Bien sûr, pour ceux qui savent comment les couples sont durant les séances, ils n'arrêtent pas de faire ce jeu de ping-pong, à savoir « ce que lui fait et ce qu'elle fait ». Donc la première chose que nous essayons de faire est de comprendre ce que vit l'autre comme sentiments et ce qui n'est pas dit de ces sentiments. A ce stade, nous constatons que chacun d'eux avait dessiné un plan dans sa tête avant le mariage, et c'est la carte du monde propre aux relations dessinées. Selon la carte du monde de Salwa, elle est la plus jeune parmi ses frères et sœurs, personne ne la voit ou lui donne du temps. Elle sent qu'elle n'est pas importante. Donc quand elle a épousé Roy, elle a directement lu ses plans selon sa propre carte du monde, soit qu'il

ne l'aime pas et qu'elle ne l'intéresse pas, et qu'elle n'est pas digne d'intérêt. Et quand nous regardons la carte du monde de Roy, nous voyons que quand il était jeune, on lui disait toujours qu'il pouvait faire mieux, même s'il était premier de classe. Donc selon sa carte du monde, il ne faisait jamais assez et ne peut atteindre le niveau que l'on lui demande. Donc le résultat de cela est son désintérêt et son manque d'effort, parce que dans tous les cas il ne peut jamais satisfaire personne.

La première chose que nous faisons est de découvrir ces cartes du monde, parce qu'elles augmentent la sympathie au sein du couple et permettent de comprendre pourquoi le conflit existe. Mais il y a entre eux aussi des insultes et blessures, qu'ils doivent se pardonner, et ce n'est pas toujours facile. Et j'arrive ainsi à l'idée avec laquelle je voulais démarrer, qui est le rapport avec l'individu et son système. D'abord, quand ils découvrent leur résilience. Nous constatons que cette résilience pèse lourd sur le couple. Quand la personne est résiliente, elle a pour but de former une famille. Mais parfois la lourdeur de la souffrance qu'elle vit peut pousser la relation vers une situation pathologique ou masochiste. Il est très important de trouver l'équilibre, c'est-à-dire que la personne doit trouver son confort au sein de la relation, et de pouvoir supporter la lourdeur de l'autre et de sa présence dans sa vie, sans que sa résilience ne la brise. Il faut donc trouver l'équilibre entre la résilience individuelle et la résilience du couple, et elle doit être saine et ne doit pas briser l'individu. Ce phénomène survient au niveau individuel, et au niveau du système. Chacun d'entre eux travaille avec l'autre. Dans le cas de Salwa et Roy, ils ont pu trouver cette résilience sans briser l'autre, donc une fin heureuse. Ils ont trouvé l'équilibre dans la résilience dans le couple sans briser l'individu.

Merci de m'avoir écouté aussi tard.

Jour 2



Jour 2

Séance I

Dr. Abbas Makke

Bonjour tout le monde. Cette journée va être une journée chargée, en contenu et en temps. Normalement on devait commencer à 8h, vu l’embouteillage à Beyrouth, et aux portes de Beyrouth. Donc on va essayer de raccourcir nos interventions, je n’ai pas prévenu mes collègues, je leur dit maintenant. Et donc aujourd’hui, il n’y a pas besoin de présenter nos intervenants, ils ont été connus deux fois, une fois par ce qui a été annoncé hier et par les trois interventions d’hier. Donc on commence avec le professeur Kamal Raddaoui, qui va nous parler de la psychothérapie et de la pharmacologie.

Pr. Kamal Raddaoui

[Thème : Psychothérapie et psychotropes]

Décidément je suis toujours en train de traiter des thèmes qui font polémique, et des thèmes qui traditionnellement faisaient composition. Je suis désolé monsieur de la camera, je ne peux pas rester sous le spot, j’ai besoin de bouger. De bouger à droite et à gauche et de m’adresser à l’audience et de faire réagir un peu l’audience, donc vous m’excuserez si je ne reste pas à ma place. Donc je parle de sujets qui font polémique, parce que traditionnellement les psychotropes sont l’arme du médecin, donc quelque chose qui est de l’ordre de la biologie. Et la psychothérapie c’est tout autre chose. Et bien on va essayer de prouver le contraire, qu’au contraire on peut très bien travailler avec les deux, et qu’il y a des connections entre les deux. Et je vais essayer aussi de démontrer que les psychotropes peuvent avoir un effet psychologique, tout comme la psychothérapie, même si c’est quelque chose qui est difficile à faire passer. Et aussi que la psychothérapie, et cela est en train d’être démontré de plus en plus, peut modifier le fonctionnement cérébral de manière durable, et induire a des modifications des circuits neuronaux de manière définitive. Et dire que la psychothérapie est une arme très puissante qui peut changer de manière durable le fonctionnement cérébral, ça c’est quelque chose de très important. Vous voyez que quand déjà je dis ça a l’introduction, qu’il y a lieu de chercher les connections entre les deux champs plutôt que les divergences qui les ont toujours caractérisés jusqu’à présent.

Donc bien entendu traditionnellement on avait cette dichotomie Psyché/Soma, Esprit/Corps, l’approche médicale par opposition à l’approche psychologique, aussi le couple opposé continu comme ça a l’infini, tout ce qui est traditionnel, tout ce qui est moderne ; certains s’accroche à la tradition, d’autres disent qu’il faut être dans une perspective plutôt moderne. Il y a aussi l’opposition entre le médecin et le guérisseur, que le guérisseur c’est une espèce de charlatan alors que le médecin est un être de noblesse, même dans l’esprit du patient, ce n’est pas toujours précis tout ça. Et puis, la psychothérapie par opposition à la pharmacothérapie. Et bien ce n’est pas si opposé que ça, moi je ne suis pas à l’aise avec cette opposition,

parce que je suis psychothérapeute et psychiatre à la fois et je suis très à l’aise dans les deux champs. Et on essaiera de voir aussi cet effet placebo qui est présent dans toutes les prescriptions médicales et qui a un effet psychologique, qui n’est pas pharmacologique, et qui est très important à cerner.

Je commence tout de suite avec une prédiction freudienne, lorsque Freud à la fin de sa vie disait « l’avenir nous apprendra peut-être à agir directement, à l’aide de certaines substances chimiques, sur les quantités d’énergie et leur répartition dans l’appareil psychique. Peut-être découvrirons-nous d’autres possibilités thérapeutiques encore inscrites de l’esprit. Les unes étaient jugées stimulantes, d’autres sédatives, et d’autres encore enivrantes. Et on retrouve cette classification, avec la première classification des psychotropes, faite par l’équipe de Delay et Deniker. Donc on a les psychoanaleptiques, les stimulants, les psycholéptiques, les sédatifs et les psychodysléptiques, donc toutes les substances hallucinogènes. Alors les points de vue organiciste et psychodynamique contiennent chacun une part de vérité. Pendant très longtemps chacun s’accrochait à sa conviction et était persuadé d’être le seul à pouvoir rendre compte de ce phénomène psychologique. De très nombreux troubles mentaux sont produits par des dysfonctionnements du système nerveux, qui peuvent être modifiés par des actions chimiques sur les voies neuronales impliquées quelle que soit la cause première de ces troubles. J’insiste sur le « quelle que soit la cause première de ces troubles », donc le *primum movens*. Parce que tout est là, quand on fait l’articulation entre un certain nombre d’anomalies comportementales et un certain nombre d’anomalies trouvées au niveau du fonctionnement cérébral, on se dit « quel est le début ? ». Est-ce les troubles psychologiques qui se traduisent par une modification des circuits neuronaux, ou est-ce les circuits neuronaux modifiés qui entraînent les troubles de comportements, c’est un débat qui aujourd’hui ne sert à rien, rien ne sert à séparer les choses au lieu d’au contraire les réunir et harmoniser. Cela ne signifie pas que les dysfonctionnements soient la cause du mal. Ils peuvent être produits par des facteurs psychologiques et modifiés par des interventions de même nature. Il peut paraître choquant d’imaginer qu’une action sur un plan puisse guérir un trouble dont l’origine se situe sur l’autre versant. Troubles psychologiques soignés par les médicaments, ou troubles de dysfonctionnement cérébral soignés par la psychothérapie. Aujourd’hui ce n’est plus du tout une idée absurde. On peut guérir une dépression réactionnelle par des médicaments ou agir sur un trouble organique par une psychothérapie. Aussi paradoxale que cela puisse paraître, c’est aujourd’hui quelque chose pour lequel il faut militer. Si la chimiothérapie modifie le fonctionnement cérébral, une psychothérapie réalise de nouvelles connexions neuronales, et ceci grâce à des mécanismes que nous allons expliciter. Il faut donc renoncer à ses visions très simplistes, selon laquelle le médicament opèrerait par la seule voie d’un déterminisme biologique, et la psychothérapie par celle d’une libération de potentialités latentes. Le médicament peut-il modifier les états psychologiques ? Et à l’opposé, la psychothérapie a-t-elle un impact identifiable sur la biologie du cerveau ? C’est ce que nous allons essayer de démontrer. En effet, grâce à la plasticité du cerveau, des concepts d’ordre virtuels pour le biologiste, possèdent un substratum anatomo-chimique, et les mots dans leur possibilité de modifier ces états physiques peuvent se comparer au médicament. De tous temps, on a diabolisé les psychotropes. Aujourd’hui encore il est très difficile de convaincre les patients ou les familles de patients de l’utilité de prendre un médicament, pour eux, c’est des drogues, c’est des substances qui vont entraîner des addictions, c’est des choses qui sont très mauvaises pour le fonctionnement cérébral. Donc il y a une peur des médicaments du psychisme, ils sont qualifiés de camisoles chimiques, qui entraînent des effets secondaires et cela est attribué à tort aux médicaments. Ils peuvent rendre fou celui qui les prend. Donc au lieu de soigner la folie, au contraire ça va rendre fou. Donc cela est démontré par la prise abusive de médicaments, de BZD et barbituriques de manière excessive, ils prennent dix fois la dose, pas dans un but thérapeutique mais pour chercher l’ivresse. Et donc, ça crée des dépendances et toxicomanies graves.

Alors, revenons à ce que nous disions hier sur les représentations sociales de la maladie. Endogène ou exogène, innée ou acquise, encore une fois, ce sont des choses qui semblent être dépassées, on parlait de génétique. Maintenant on parle d'épigénétique, donc qui prend en compte des facteurs de l'environnement, même pour les maladies réputées d'être génétiquement identifiables. Ou bien on pense que c'est le mauvais sort, le mauvais œil, la sorcellerie... bref, vous connaissez tous ces éléments.

Donc, quelques idées négatives sur les psychotropes :

- Ils sont les anesthésiques de la vie psychique
- Ce sont des camisoles chimiques
- Ils entraînent à l'abrutissement
- Ils détruisent le cerveau
- Ce sont des drogues
- Ils induisent une accoutumance
- La prise de psychotropes risque de différer voire d'annuler le désir d'entreprendre une psychothérapie

Alors, je vais donner quelques exemples, quelques plaques où je vais faire parler des gens, comme on avait fait parler Freud tout à l'heure qui dans sa prédiction disait qu'on allait peut-être trouver des substances qui allait modifier le fonctionnement cérébral, le père de la psychanalyse, quand il le dit on l'entend. Ici, vous en avez probablement entendu parler, c'est Philippe Jeammet, que l'on a eu beaucoup de plaisir à écouter ces dernières années, et dont les interventions et discours avaient une portée beaucoup plus philosophique. Que dit alors Philippe Jeammet ? Dans son article pour la revue de française de psychanalyse en 2002, intitulé « Démystifier les psychotropes : un outil parmi d'autres », il dit : « Utilisés à bon escient, les psychotropes sont susceptibles de restaurer une capacité de contenance que le moi avait perdu et des activités de déplacement et de représentation indispensables à une vie psychique efficiente ; à ce titre, ils sont des outils de liberté que le sujet peut apprendre à s'approprier pour se délivrer du poids des contraintes internes aliénantes. Leurs effets souvent spectaculaires, amènent à reconsidérer le poids des troubles primaires des assises narcissiques et de l'insécurité interne à l'origine des troubles psychiatriques les plus graves... ». Méditez un peu les paroles de cet écrit de Philippe Jeammet. On fera parler d'autres, son successeur, parce que Philippe Jeammet est à la retraite, c'est Maurice Corcos qui parle à propos de la prescription chez les adolescents : « La prescription médicamenteuse constitue un appoint thérapeutique essentiel dans la prise en charge globale de certains troubles de l'adolescent. Elle peut permettre de créer les conditions d'un espace thérapeutique contenant une économie psychique en déséquilibre par les effets de pare-excitation de l'incontrôlable pulsionnel. Cependant, les indications doivent être mesurées ; le travail d'explicitation, indispensable et l'articulation à un travail sur le sens impérieux. ». On a reçu il y a deux semaines, un monsieur que je ne connaissais pas auparavant, François Ansermet, psychiatre et psychanalyse à Genève. Il a effectué vraiment un travail magistral sans jeu de mots avec Magistretti qui est neurobiologiste, et ils ont sorti un livre qui s'appelle « à chacun son cerveau ». Mais les traductions sont terribles, puisque le titre en anglais c'est « Biology of Freedom ». J'entends certains d'entre vous dire « aah », c'est que vous l'avez lu, mais il s'agit bien du même livre. Pour vous dire que la traduction est traîtresse. Il démontre dans ce livre que l'expérience psychologique

laisse une trace qui s'associe à d'autres traces pour faire de nouvelles traces dans le réseau neuronal ce qui modifie le fonctionnement de ces réseaux neuronaux de façon durable. Il dit que la psychothérapie induit des modifications cérébrales durables grâce à la neuro-plasticité, concept majeur qui permet d'appréhender le cerveau comme un organe non plus figé, ou définitivement influencé par les gènes ou la structure des synapses et le flux des neuromédiateurs, mais susceptible de se modifier sous l'effet des facteurs environnementaux et donc de la psychothérapie. Ce sont des expériences qui ont été réalisées avec les techniques d'imagerie cérébrale modernes comme l'IRM fonctionnelle, le pet scan, où on a vu, sous l'effet de psychothérapie, se modifier les fonctions synaptiques et s'installer des modifications durables. Je pense que c'est très important de le souligner, parce qu'avec ces connections entre ces deux champs, on va arrêter ces querelles qui opposaient autrefois les tenants de la biologie pure et dure, et de la psychanalyse pure et dure, et que ce monsieur qui est psychanalyste, travaille avec un neurobiologiste pour dire que nous avons plus à partager, nous avons plus à échanger, et nous avons aussi des champs de connexion entre nous deux. Kandel, que nous avons écouté récemment dans une conférence magistrale qu'il a donnée au congrès de l'association américaine de psychiatrie, il est porteur du prix Nobel grâce à ses travaux sur les synapses. Il a travaillé aussi avec Damasio qui est neuropsychologue, sur la neuro-plasticité. Il a objectivé la multiplication des réseaux neuronaux du cerveau en situation d'apprentissage (expériences sur les escargots de mer et les souris). C'est-à-dire que lorsqu'on est dans ces situations d'apprentissage on absorbe des choses, le nombre des connections se multiplie et de manière durable.

Alors Psychologie Vs Neurobiologie. Ceci amène à considérer des disciplines souvent éloignées en raison de l'obstination des défenseurs de la pensée unique, à une conception où les disciplines comme la psychologie et la neurobiologie comme des disciplines connexes avec des points d'intersection, mais aussi des points de butée car il ne s'agit pas de souligner l'existence de mécanismes neurophysiologiques qui sous-tendent les expériences de la vie affective ou relationnelle mais bel et bien de concevoir que les expériences de la vie sculptent le cerveau et le travaillent en permanence ce qui revient à considérer le sujet comme un être en perpétuelle évolution et le cerveau en transformation constante pour les besoins de l'adaptation à son environnement. Un travail a été fait sur la psychothérapie et la pharmacothérapie et publiée dans la revue L'Encéphale. Il s'agit donc d'une étude française qui consistait à prendre une population de sujets présentant des troubles anxieux et des troubles dépressifs, et voir quels psychothérapies et chimiothérapies étaient proposées, et efficaces. Donc la première étape était un dépistage à l'aide du General Health questionnaire à 12 objets portant sur un échantillon de 10 000 salariées, donc dans le milieu professionnel. La deuxième étape était un diagnostic standardisé à l'aide du CIDI portant sur un échantillon randomisé de 270 cas avec un score supérieur à 3 et un échantillon de 270 cas avec un score inférieur à 3. La consommation de psychotropes a été mesurée au travers du pourcentage de consommateurs réguliers ou occasionnels au cours de l'année précédente. Donc les résultats, je dis entre parenthèse que la France a le triste record d'être le premier consommateur de psychotropes dans le monde. Donc les femmes consomment régulièrement deux fois plus de psychotropes que les hommes et occasionnellement presque 3 fois plus ! La consommation régulière augmente fortement après les 45 ans. En présence de troubles dépressifs majeurs la consommation régulière n'est que 6% et 7% chez les hommes, et pour les femmes la consommation occasionnelle est de 27 et 73 %. Un tiers des sujets a consulté pour un problème psychologique, et dans deux tiers des cas un traitement psychotrope a été prescrit. 10% ont bénéficié, au cours de leur vie, d'une psychothérapie et 13% d'un arrêt de travail. Parmi les troubles anxieux actuels, seuls 8% consomment régulièrement des psychotropes. La consommation occasionnelle est d'environ 30% chez les hommes et 60% chez les femmes. 19% ont consulté pour un motif psychiatrique et un traitement a été prescrit dans 70% des cas. 15% ont bénéficié d'une psychothérapie et 7.5% d'un

arrêt de travail. Les résultats confirment le niveau élevé de consommation de psychotropes en France, en particulier chez les femmes. Même si les sujets anxieux et dépressif consomment plus de psychotropes, la consommation régulière et le recours aux soins spécifiques sont finalement assez peu fréquents.

Voici un article paru sur la neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Donc selon cet article, la pratique de la contention physique (maîtrise corporelle), mécanique (liens) ou chimiques (tranquillisants ou neuroleptiques), ne sont pas absentes dans la psychiatrie infantile. Donc il y a abus de l'usage de psychotropes dans les troubles du comportement, notamment aux Etats-Unis, il y a un abus incroyable de diagnostic de l'hyperactivité, la plupart des écoliers sont étiquetés ADHD et vont recevoir des psychotropes. Plus fréquent et dangereux et le déficit de contenance non protecteurs pour l'enfant. Une expérience a été faite avec une association de parents d'enfants psychotiques, APAEP. On a essayé de faire la parallèle entre la prise en charge psychosociale, psychothérapique, institutionnelle, et aussi, de temps à autre, pour calmer l'angoisse, le recours aux médicaments. Dans les études, on entendait un seul cri « nous ne voulons pas entendre parler de médicaments ». Même en expliquant que parfois l'enfant psychotique complètement déchainé ou agité, qui est impossible de prendre dans les bras et impossible d'entamer une relation avec lui, quand il est un petit peu calmer, on peut le prendre dans les bras et instaurer une relation avec lui. Ça permet d'avoir un échange affectif avec lui, donc c'est quelque chose qui prépare le chemin à une prise en charge psychologique authentique. Mais même en expliquant cela, c'est « niet, on ne veut pas entendre parler de médicaments ». Donc il y a une obstination d'un côté ou d'un autre, difficile à effacer. Pourtant, le bon usage des psychotropes peut permettre d'entretenir une bonne relation.

Donc, encore une fois, voici un article, je vous ai dit que je vais citer un certain nombre d'articles, donc c'est un article de la revue internationale de psychopathologie, qui a organisé un colloque qui s'appelait « les médicaments de l'esprit ». Donc un récapitulatif très bref de l'histoire des thérapies psychiatriques, qui est très récente. Donc on a les chocs au cardiazol, les chocs insuliniques aussi, l'électroconvulsivothérapie, les médicaments psychotropes, comme la chlorpromazine, et les techniques psychothérapiques en même temps. Très rapidement l'application de ces différentes méthodes thérapeutiques, des techniques et des théories qui tentaient d'en rendre compte s'est trouvée prise dans un mouvement idéologique ou elles sont entrées en conflit. Ce conflit persiste encore actuellement, mais il tend à s'atténuer ou à devenir latent car, en fait, aucune de ces méthodes n'a réussi à prouver sa totale supériorité sur les autres. La pratique clinique quotidienne, les différentes recherches expérimentales et cliniques ont progressivement montré que le traitement des maladies mentales quelles qu'elles soient, gagnait à être collaboratif et à associer ces différentes techniques...

Quelques leçons de l'histoire. Il y a deux grandes périodes. La première psychopharmacologique où l'on tentait d'élaborer des théories de l'action pharmacologique (circuits neuronaux et neuromédiateurs avec la recherche d'une action de plus en plus spécifique sur certains groupes de récepteurs tels que la sérotonine dans les troubles anxieux et dépressifs, et la dopamine dans la schizophrénie...). Et même dans un sous-système il existe des sous-groupes de récepteurs sur lesquels certaines molécules réagissent de manière préférentielle, c'est pourquoi en disant qu'on va cibler, c'est pour ça qu'on a appelé les derniers antidépresseurs les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine. Cette sélectivité est de plus en plus favorisée pour éviter d'embraser des circuits entiers, et de cibler directement vers certains circuits. On n'a pas encore atteint la précision de l'horlogerie suisse, mais on le recherche. La deuxième plus récente et plus prédominante vise à l'évaluation respective des effets des différentes modalités thérapeutiques avec des préoccupations méthodologiques de plus en plus affinées et complexes. Donc une invitation à l'éclectisme. Décidément je le dis, je le répète. Le mouvement actuel d'intégration et d'éclectisme en

psychothérapie qui prend de plus en plus d'importance ; même en psychothérapie, je plaide pour une psychothérapie intégrative ou il n'est pas question de favoriser telle ou telle technique et d'essayer de tenir compte de la complexité du sujet humain et des situations dans lesquelles il se trouve ; donc ce mouvement est issu de ce constat empirique et vise à mettre au point des méthodologies d'évaluation des différentes psychothérapies, de leurs indications respectives et de leurs associations entre elles et avec d'autres moyens thérapeutiques comme les chimiothérapies. Donc je vais vite vers la conclusion, puisque la relation médecin/malade et le transfert vont influencer l'effet des psychotropes. L'influence de la parole sur l'effet pharmacologique d'une substance a très peu été étudiée. Parole et molécule seraient en interaction de façon permanente. En considérant simultanément l'effet pharmacologique et la relation psychothérapique, il faut proposer une prescription dans la parole. C'est par un cheminement vers la parole, par la relation, qu'une molécule deviendrait un médicament spécifique pour le sujet. Ainsi, l'effet pharmacologique ne serait pas figé, mais au contraire, la parole mobiliserait un potentiel thérapeutique contenu dans la substance prescrite. L'acte de prescrire prendrait alors la valeur d'acte psychothérapeutique (effet placebo). L'hypothèse c'est qu'un psychotrope deviendrait plus efficace grâce à la magie des mots. Et il faut intégrer l'écoute et la prescription médicamenteuse plutôt que de proposer une prise en charge bifocale. Donc la pratique psychiatrique est basée sur une clinique de l'écoute, du langage et d'une mise en sens.

En conclusion, la prescription des psychotropes s'intègre pleinement à la réflexion psychopathologique. Le médicament peut être une extraordinaire ressource de compréhension des processus psychiques. En intégrant cette alliance parole-médicament, de nouvelles voies de penser la psychopathologie s'ouvrent. Elles dépassent les clivages désuets psychothérapie/pharmacothérapie, en proposant une élaboration commune et simultanée aussi bien dans le domaine de la recherche en psychiatrie que dans la pratique clinique psychothérapique (dans le respect de l'éthique médicale et psychothérapique). Il y aurait donc tout à gagner dans l'association pharmacothérapie et psychothérapie car leurs effets réciproques se potentialisent et permettent indéniablement une optimisation des résultats thérapeutiques et donc des avantages certains pour le patient. Je vous remercie.

Dr. Abbas Makke

Je remercie mon ami Pr. Kamal Raddaoui, pour son intervention tout à fait nécessaire pour la stratégie du congrès, c'est-à-dire, la psychothérapie, la médecine, la pharmacothérapie. C'est essentiel, on va voir comment c'est si important dans l'intervention du Pr. Mareike Wolf Fedida qui va nous parler de la psychopathologie fondamentale.

Pr. Mareike Wolf Fedida

Merci Abbas. Bonjour. Permettez-moi de rester assise, j'arrive mieux à me concentrer quand je fais ma conférence assise que debout. Donc à priori, le sujet semble un peu vaste mais vous allez voir on rejoint le débat qui s'est ouvert avec mon collègue Kamal Raddaoui, et c'est normale puisque Abbas a organisé les conférences pour qu'elles se complètent. Donc de façon générale, situons la psychopathologie ou l'enseignement de la psychanalyse à l'université française, qui a débuté en 1970 et qui a rencontré un grand succès en France, et donc les psychanalystes de l'IPA ont toujours dit qu'il faut faire attention et

distinguer l’enseignement et la recherche, de ce qui est une démarche personnelle. Ce n’est pas une démarche personnelle dans la formation qui est proposée à l’université, mais de la recherche. Et donc dans cette expérience et cette perspective, Pierre Fedida en 1981 avait déjà l’idée de créer un laboratoire de psychopathologie fondamentale et de psychanalyse. Donc, entretemps je vous ai déjà parlé de la revue internationale de psychopathologie hier, et nous avons vu un article au sujet des médicaments de l’esprit, et il fallait donc attendre 1990, contemporain de la création de cette revue, Pierre Fedida a fondé le laboratoire de psychopathologie fondamentale de l’université Paris VII. Donc si vous regardez les initiales de psychopathologie fondamentale ça fait PF, et quand vous regardez Pierre Fedida ça fait PF aussi. Pour vous dire que c’était vraiment viscéral et vraiment essentiel pour lui de développer cette orientation. Voici la définition qu’il donne de ce laboratoire, il dit « la dénomination de ce laboratoire répond à la vocation qui se donnait d’accueillir, de stimuler et d’entraîner des recherches de nature expérimentale ou clinique, dans l’intérêt d’une restructuration du champ de la psychopathologie et de la redéfinition des paradigmes, modèles, et objets conceptuels sollicités par l’étude des processus psychiques et psychobiologiques ainsi que de leurs dysfonctionnements. Donc pourquoi a-t’il dénommé cette psychopathologie en tant que psychopathologie fondamentale. Il y a ici une référence à l’histoire, à Karl Jaspers, qui en 1916 avait publié le Traité de psychopathologie, je rappelle que Karl Jasper était psychiatre et philosophe allemand et qui s’était inspiré de la phénoménologie pour se traiter et qui a donc été le premier à proposer sur un plan philosophique et épistémologique une psychopathologie générale. Ce qui va intéresser Pierre Fedida, c’est donc une conception de psychopathologie fondamentale, parce que bon, en 1990, on a 75 ans d’expérience, autant dire une vie d’homme, pour réfléchir et regarder en arrière et poser la recherche différemment, c’est-à-dire en termes de modèle ; qu’est ce qui fait sens en tant que modèle et comment peut-on transiter, ou voyager, d’un modèle à un autre, parce que dans la psychopathologie il y a toute une fédération de disciplines voisines qui sont nécessaires parfois pour réfléchir sur une pathologie. Donc il faut rappeler que Pierre Fedida n’était pas seulement de formation philosophique par Henri Maldiney, de formation psychanalytique par la PF, donc l’association psychanalytique de France, mais qu’il était également formé par la famille Binswanger en phénoménologie, et dans l’entourage de Ludwig Binswanger il y avait le psychiatre Roland Kuhn, qui en quelque sorte était pour lui comme un fils spirituel, qui était donc le psychiatre en chef de l’hôpital Munsterlingen en Suisse, et qui avait découvert l’imipramine, première substance aidant comme antidépresseur. Donc si vous voulez Pierre Fedida était également formé par Roland Kuhn, contemporain de cette recherche-là. Donc en fait, s’il a une maladie référentielle, c’est la dépression, quand on lui a adressé les malades c’était des déprimés graves, et le dernier ouvrage qu’il a publié avant sa mort en 2002 s’intitule « Les bienfaits de la dépression ». Donc voyez un peu dans cette configuration du fondamental par rapport à la psychopathologie, que je vous rappelle est une discipline à part entière mais composée de disciplines frontalières qui font sens, donc comme on a dit ça peut être la pharmacologie ou même la biologie, ça dépend de ce que vous allez étudier. Donc il était important de trouver une méthodologie, qui fait sens pour la recherche. Alors Pierre Fedida conçoit le mot fondamental comme on le dit par exemple en biologie fondamentale, ou en physique fondamentale. C’est-à-dire, on

va s'intéresser à ce qui est fondamental par rapport à ce qui est appliqué. Donc dans une application ce qui a été fondamental et opérationnel. Je le cite, on dit biologie fondamentale expérience par rapport à ce qui est appliqué, alors le mot fondamental peut prendre ce sens-là, mais prendrait avec le terme psychopathologie encore un autre sens comme aujourd'hui, demain se transforment les modèles de compréhension du psychisme humain qui sont d'une grande plasticité, et comment ces modèles se transformant, les objets de connaissances eux-mêmes changent, comment des objets nouveaux se détruisent. Donc justement on a eu des conférences hier qui parlaient de ces nouvelles techniques qui font sens quant aux attentes de la société et par rapport aux exigences dans la médecine, comme on a entendu, dans la médecine transculturelle. Donc il y a constamment des transformations en psychopathologie aussi du fait des avancées en médecine ou de nouvelles technologies. Donc nous allons en fait vers une conception extrêmement dynamique de la psychopathologie et en fait ce n'est pas la généralisation qui va intéresser, mais le modèle qu'on va utiliser et qui permettra d'établir la passerelle avec d'autres disciplines. Donc on va regarder un peu plus près les objets qu'on peut prospecter du point de vue de la psychopathologie fondamentale. Donc premièrement, lorsqu'on dit « fondamentale », il y a là aussi quelque chose à discuter, c'est-à-dire un regard humaniste. Donc comme nous sommes dans un soin, on l'a abordé aussi hier, donc il y a toute une partie humaniste qui se dégage, c'est-à-dire dans quelle éthique on va travailler. Donc je vous rappelle, je tiens cet ouvrage qui est en haut au premier étage si vous avez des nostalgies sur des points que je n'ai pas assez exposés. Donc on va aller directement vers les objets de réflexion qui sont propres à la psychopathologie fondamentale. Donc je passe aussi sur l'aspect de l'anthropologie et la biologie, puisque quelque part c'est l'homme et c'est *anthropos* qui reste toujours dans une réflexion d'expériences de soi comme étranger, et d'ailleurs il y a un chapitre de Binswanger qui parle de l'homme dans la psychiatrie en quelque sorte comme si vous étiez en voyage. D'ailleurs beaucoup de grands psychiatres comme de Clairambault et Kraepelin ont fini par voyager et s'intéresser aux habits des bédouins et au rôle du tissu, c'est-à-dire à des choses tout à fait fondamentales trouvées par exemple par rapport à l'autisme. Par exemple vous trouvez des passages de Clairambault qui va se retrouver dans la Trapperie pour se sentir comme les autistes qui eux n'avaient que les draps des lits sous la main pour créer du vécu. Voilà donc l'anthropologie a un grand rôle à jouer, mais j'y passe aussi pour aller plus vite. Et on va directement vers les grandes questions du soin qui sont fédératrices autant pour la médecine que pour la psychothérapie, et qui sont les questions du symptôme et de la guérison. Donc pour pouvoir pratiquer il faut avoir une théorie du symptôme comme il faut avoir une idée sur comment on le conçoit, comment on veut le lire et aussi une idée de guérison. Parce que lorsque vous pratiquez quelque chose, c'est pour aller vers quelque chose et éventuellement aller mieux, sinon vous faites une simple rencontre. Mais dans un contexte du soin vous avez besoin d'une théorie du symptôme et aussi une théorie de guérison. Là-dessus Pierre Fedida dit « la santé est définie comme l'absence de maladie, mais la présence de symptômes peut être interprétée de manière très diversement comme une maladie différente, comme aussi une bonne défense est ainsi un signe de santé ». Avoir des symptômes peut aussi être un signe de santé. D'ailleurs il remarque « la médecine parle-t-elle de guérison ? » Dans l'article

qu’il consacre à la pédagogie de la guérison «La guérison est-elle possible ? », George Canguilhem fait d’abord remarquer que parmi tous les objets spécifiques de la maladie médicale, la guérison est celui dont les médecins ont le moins traité, constatant l’apparente connivence, une intention thérapeutique et maladie, il cite le Traité des Maladies, qu’il est dangereux de guérir, et il note que Jacquot a repris à son compte cette expression dans la conclusion de sa thèse pour l’agrégation, et il cite encore Canguilhem dans « Médecin malgré elle », la maladie c’est vouloir faire sortir le malade par quelque miracle de guérison, qu’on peut le rendre malade et même lui faire courir le risque de sa mort. Donc, il faut faire extrêmement attention si on veut faire disparaître le symptôme, parce qu’il faudra tout d’abord avoir une théorie sur le rôle que le symptôme joue dans la vie du patient. Et d’un point de vue purement scientifique, on sait très bien en sciences et en physique, dans la matière, jamais rien ne disparaît. En science on ne va jamais dire que l’on va faire disparaître quelque chose, il n’y a que transformation. Et cela se fait de la même manière sur le plan psychique, sauf que cette transformation va se passer dans la qualité relationnelle de cette relation de soin. Donc c’est là que va se déplacer de façon un peu mystérieuse, ce symptôme qui se défait. Donc pour aller vers la discussion et tout à fait vers l’essentiel puisque le temps court. Pierre Fedida a aussi une idée par rapport à cette conception de guérison, et je vous dis sa référence, dont le traitement était la dépression et tout ce champ en fait annexe. Parce qu’il faut faire attention dans cette conception de guérison, de ne pas introduire quelque chose qui serait de l’ordre du faux, c’est-à-dire de mener le patient à quelque chose dont il ne se reconnaît plus. C’est d’ailleurs le problème du charlatanisme, ou de toute autre technique où on amène le patient où on a effectivement un bouleversement, il ne porte plus de symptôme, mais il n’est pas construit. Il se sent en quelque sorte morcelé ou il sentirait comme dans une schizophrénie, aliéné. Donc justement, je fais le pont sur ce que l’on vient de dire sur les diapositifs des patients ou on ne donne surtout pas de médicaments de peur qu’ils deviennent altérés et ne puissent revenir à eux. Mais en même temps ils sont dans le paradoxe, parce que s’ils faisaient si facile une psychothérapie, ils n’avaient qu’à le faire avant, pourquoi ils arrivent dans cet état là ? Donc dans cette problématique, que nous avons toujours envie d’une relation, et nous en avons un peu peur ; c’est comme dans l’amour, nous avons envie du grand amour mais nous en avons aussi peur parce qu’on n’est plus tout à fait nous-mêmes, Pierre Fedida compare cela avec le toxicomane. Il dit en quelque sorte, le toxicomane c’est le prescripteur idéal, il sait exactement ce qu’il lui fait du bien. Et il va signifier en quelque sorte à son thérapeute ou à son médecin, « voilà moi j’ai trouvé la prescription, la substance qui me fait du bien, et avec cette substance je suis entier, je suis complet ». Donc il y a toute une difficulté en médecine de trouver les substances qui sont à la fois analogues et qui font décrocher, et en psychothérapie de pouvoir peu à peu gagner cette confiance et cette place de cette substance ou de cet agent qui le fait sentir plus entier. Puisque le toxicomane ou celui qui est dans l’addiction, ça peut être aussi comme on a vu pour l’anorexie mentale, est déjà dans une idée de globalisation de sa personne, que nous visons quelque part. Donc en fait le thérapeute ou le médecin se trouvent dans une injonction thérapeutique, à devoir intervenir dans quelque chose qui fonctionne parfaitement pour le patient, qui a quelque part une idée de comment la médecine ou la thérapie doit fonctionner. Donc comment intervient la psychopa-

thologie fondamentale à trouver le modèle, c'est-à-dire comment va opérer la parole ou la relation pourra intervenir dans une relation que le patient a avec son symptôme, qui a en quelque sorte remplacé l'autre, et donc qu'il lui diminue la peur qu'il peut avoir de l'autre et de ce faux-self. Donc en quelque sorte il vous accuse de vouloir intervenir avec un faux-self, parce que dans la relation thérapeutique vous n'êtes pas le vrai amour, vous le l'aimez pas vraiment, vous êtes le médecin. Donc tout ça est à gérer. Et voilà par exemple une réflexion tout à fait fondamentale dans la psychothérapie. Et c'est ma conclusion.

Dr Abbas Maki

Merci Mareike. Le pont est bien construit, et ça a été construit avec Pr. Raddaoui et vous avez continué ça avec la psychopathologie fondamentale. Maintenant on termine cette séance. C'est Dr. Nasreddine qui préside la nouvelle séance, et je demande au Dr. Marc Jaber de nous rejoindre pour faire son intervention.

Séance II



Séance II

Dr. Marc Jaber

[Thème: Médecine Ethique]

Bonjour. Je vous souhaite la bienvenue à ces congrès intéressants et importants. Rebonjour aux gens qui m'ont vu hier, qui ont assisté à ma première intervention. Et bonjour aux nouveaux, qui sont soit arrivés après mon intervention soit qui sont arrivés aujourd'hui. Je me présente, je suis Marc Jaber. Je suis d'origine libanaise et également français, car la plupart de mon existence je l'ai passée en France, notamment en Paris où je suis actuellement professeur à l'université et président de l'association française de l'ethnomédecine. Je suis également, depuis récemment, membre du comité médical du Conseil d'Etat français. Donc je vous souhaite la bienvenue, et mon but c'est de vous mettre à l'aise d'abord et être à l'écoute de vos observations. Parce que la spécialité que l'on va voir ensemble, l'ethnomédecine, qui est par définition la branche médicale de l'anthropologie, nous conduit à travailler ensemble, à s'écouter les uns les autres. Car c'est une spécialité évolutive, qui n'est pas encore terminée, il y a toujours des choses à apprendre et à découvrir, sur les maladies des groupes ethniques dans le monde. Hier pour ceux qui m'ont écouté, on a dit que les êtres humains ne sont pas égaux devant la maladie, ni par sa genèse ni par le traitement, puisque il y a des spécificités génétiques comme on les appelle. Donc les spécificités ethniques, la première est génétique, nous ne sommes pas égaux dans le mode de vie, nous ne sommes pas égaux dans nos environnements, et nous ne sommes pas égaux non plus dans les conditions socio-économiques, car nous savons bien que les pauvres sont moins bien soignés que les riches, ils n'ont les moyens ni individuellement, ni collectivement quand ils vivent eux aussi dans des pays pauvres qui manquent de structures de santé. Je veux faire un petit rappel. Notre travail, l'ethnomédecine concerne les populations étrangères. Je vais parler de la France parce que c'est là où je travaille. Ça concerne donc les individus qui vivent en France, et qui appartiennent à des ethnies différentes. Pourquoi cette attention particulière à ces individus ? Est-ce qu'ils sont comme les français ? La réponse est non. Est-ce qu'ils ont une culture différente qui joue un rôle sur la façon de concevoir la maladie ? La réponse est oui. Donc il faut tenir compte de l'impact de la culture sur le patient, et qui dit culture dit aussi croyances, religions etc. Ces gens-là sont très différents, et notre but en tant que praticiens, n'est pas de les amener vers la culture française, parce que c'est impossible, mais d'aller vers eux afin de mener à bien notre travail. Le but du médecin c'est de soigner le malade, mais aussi de réussir dans son œuvre. Et s'il y a toujours deux mondes, deux océans éloignés l'un de l'autre, on ne va pas arriver à un résultat. Quelles sont donc les difficultés que nous avons ? D'abord, avant les difficultés, est-ce que ça vaut le coup de se pencher sur ce problème des étrangers ? Ils sont nombreux, peu nombreux ? Ça vaut le coup ou ça ne vaut pas le coup ? Qui sont-ils ? Eh bien ils sont nombreux, et ça vaut le coup d'aller vers eux parce qu'il n'y a pas un médecin en France, notamment en région parisienne, qui n'a pas un ou deux ou trois patients d'origine étrangère, de culture différente, de langue différente avec des habitudes différentes, une éducation et une mentalité différente. Voici rapidement la concentration des étrangers par rapport à la carte de la France. La région parisienne concentre à elle seule 60% des émigrés en France. Voilà donc sur une population de 64 à 65 millions de français, nous avons à peu près une dizaine de millions de personnes d'origines

étrangères, qui ne pensent pas comme le français de souche, et qui parlent chez eux une autre langue et un autre dialecte. Alors je donne toujours l'exemple de Mantes La Jolie, une ville de 24 000 personnes, qui regroupe 56 nationalités et 70 ethnies. Dans ces conditions, peut-on faire l'impasse ou avoir le luxe de ne pas se pencher sur la culture de ces patients-là. Alors qui sont ces étrangers ? Il y a 50% des migrants qui viennent de l'extérieur de l'Europe. La majorité est maghrébine, donc ce sont des algériens, marocains et tunisiens. C'est une étude statistique qui est un petit peu ancienne maintenant, mais elle peut donner une fourchette crédible. Donc on estime à 600 000 le nombre de tunisiens, à 800 000 le nombre de marocains, alors que les algériens dépassent le million. Et puis viennent les africains. Les africains sont encore plus compliqués, non seulement sont-ils étrangers mais ils ont des croyances extraordinaires qui rentrent beaucoup dans le mécanisme de la médecine, que ce soit l'ethnomédecine ou l'ethnopsychiatrie, par leurs rites et croyances. On distingue deux groupes, les africains du Sahel, puis les ivoiriens, congolais, camerounais, les zaïrois (RDC)... Pourquoi je les ai cités ? Parce qu'ils posent de grands problèmes médicaux quant à l'hypertension et les maladies cardiovasculaires. Ils présentent des hypertensions extrêmement malines et graves, qui débutent à l'âge de 14/15 ans et découvertes à l'âge de 36 ans, ils en meurent à cet âge-là pour complications graves. Donc quand on dépiste une hypertension artérielle grave de quelqu'un qui vient de cette région du monde, on n'est pas étonné si on est formé par l'ethnomédecine. Puis après il y a les africains anglophones, je cite l'Egypte parce que je rappelle que l'Egypte est en Afrique. Et puis c'est les égyptiens qui nous posent des problèmes graves de santé quant à la bilharziose, issu d'un vers qui détruit le système intestinal d'une part et le système urinaire d'autre part, et ça vient uniquement de l'eau du Nil, quand on met un pied dans l'eau du Nil. Voici pour mémoire, une carte de l'Afrique. Et puis il y a aussi des européens qui viennent en France. Donc les migrants qui viennent d'Europe, les portugais qui sont à peu près un million, et qui ont la même religion que le français, mais qui n'ont pas forcément la même mentalité ou attitude. Il y a aussi les espagnols les italiens, et aussi beaucoup de serbes, de croates, de bosniaques, de bulgares, de kurdes, des bulgares et des roumains. Vous vous rendez compte, dans ce monde-là comment le médecin peut gérer ces consultations, ces prises en charge, que ce soit à l'hôpital ou dans son cabinet privé. Ce n'est pas une mince affaire. Et puis, une chose intéressante. Voyez les Antilles par exemple, les Antilles, la Guadeloupe, la Guyane, ceux sont des territoires français, mais la population est tellement différente, qu'ils sont français seulement par le passeport. Mais tout les sépare des français de la métropole, que ce soit la culture, ou l'éducation, ou les croyances, ou les rites. Ils n'ont pas de problèmes de langues, malgré un accent fort, mais ils ont une culture différente et un niveau socio-économique différent, qui jouent un rôle dans la prise en charge. Puis viennent nos amis les asiatiques, il y en a beaucoup, à Paris il y a des quartiers entiers comme les Chinatowns, il est difficile de trouver un français dans des rues consacrées entièrement aux chinois, aux vietnamiens et aux cambodgiens actuellement. Ces peuples-là ils ont leurs maladies aussi, à titre d'exemple, le cancer du sein est très rare dans ces pays-là et on ne sait pas si c'est génétique, ou lié au mode de vie ou autre chose, parce que cette spécialité, comme je l'ai dit, est en train d'évoluer et n'est pas encore définie. Et puis aussi, je cite le Liban. Nos concitoyens libanais qui par leur mode de vie, par la pollution, par d'autres facteurs, provoquent leur propre maladie. Rapidement je vous dis, quand un malade arrive chez nous, il faut le prendre en charge, il y a quelques obstacles à franchir. Premièrement la langue, on n'est pas obligés de parler toutes les langues du monde, mais comment faire lorsque le malade a une plainte qu'il va exprimer, et que le médecin ne comprend pas la langue du patient. Et comment faire quand le médecin lui-même parle et que le patient ne comprend pas la langue du médecin. Alors souvent ils viennent avec un interprète, donc il faut poser la question à l'interprète qui la pose au patient et vice-versa, et ça nous prend un temps fou. Donc ça double le temps de la consultation et on n'est pas organisé pour ça. Et puis

il y a des choses intimes. Une femme ne veut pas dire devant sa belle-fille ce qu'elle a comme problèmes gynécologiques ou autres, pour des raisons personnelles ou familiales. Donc ça résout une petite partie du problème mais ça ne résout pas le problème entier. Et puis après ils viennent avec une mentalité et culture différentes, comme on l'avait dit. Il n'y a pas de médecine sans culture, il n'y a pas de médecine sans un pacte de feedback on va dire, que le morale réagit sur le physique et le physique réagit sur le moral, et à l'origine de tout ça c'est la transmission culturelle. C'est le sujet de notre congrès, et qui est important. On ne peut pas imaginer de mener une médecine sans psychiatrie, sans psychologie. Et il n'y a pas de psychologie sans culture, donc on est plein dedans. Et puis après il y a les conditions socioéconomiques, comment il faut faire avec un patient pauvre. Parfois on fait un acte gratuit, parfois on lui donne les médicaments nous-même, et puis il ne faut pas lui demander des analyses pour lesquelles il doit aller à la banque demander un crédit, pour faire une IRM ou des examens coûteux. Alors, juste pour vous parler de l'ethnopsychiatrie, l'ethnoclinique et l'ethnobiologie, ce sont des choses compliquées pour l'instant, on n'a pas le temps de les développer, mais cela rentre dans le jeu de l'apprentissage global. En Afrique, quand il y a quelqu'un qui tombe malade, le tradi-praticien un marabout ou un entre qui ait de l'expérience, il explique un petit peu le pourquoi et le comment au patient, chose que la médecine occidentale ne fait pas.

Je voulais vous parler de spécificité génétique. Je disais au début qu'on n'est pas égaux devant la maladie, et c'est vrai. Regardons par exemple, le cancer du poumon chez l'afro-américain est deux fois plus probable que chez son voisin blanc, pour le même nombre de cigarettes fumées. La sclérose en plaques, vous savez que c'est une maladie neurologique des pays froids. La sarcoïdose aussi, une maladie pulmonaire et digestive, est deux fois plus fréquente chez le noir que chez le blanc. La bilharziose et l'hépatite, comme on l'avait dit, la bilharziose est une spécialité et spécificité égyptienne, soudanaise et éthiopienne, ces pays qui par leur environnement se situent au bord du Nil. Le cancer CAVUM, c'est un cancer ORL cinq fois plus fréquent chez les maghrébins et les asiatiques et on ne sait pas pourquoi non plus. Les problèmes de l'hypertension, on en a parlé pour l'Afrique de l'Ouest. Et le cancer de la prostate est 5 fois plus fréquent aux Antilles. Et puis l'asthme, l'asthme est 24 fois plus fréquent en Australie qu'au Kenya, par exemple, et on remarque aussi qu'en Crète il n'y a pratiquement pas d'asthme. Chez les noirs quand on fait un électrocardiogramme on trouve des « anomalies » qui sont considérées normales pour la race noire mais extrêmement pathologique pour la race blanche, et si on n'est pas informé ou préparé on appelle le SAMU à Paris, on va ramener le patient en réanimation cardiaque alors que c'est tout à fait normal sur un tracé de race noire. La plupart de la population Basque a un groupe sanguin O négatif, allez savoir pourquoi. La fente labiale est 8 fois plus fréquente au Philippines. Quelles sont les spécificités ethniques qui jouent un rôle dans les maladies ? Tout d'abord le mode de vie, ceux qui mangent beaucoup de viandes attrapent beaucoup plus le cancer que les gens qui mangent plus de poisson, ceux qui mangent des fruits et légumes s'éloignent beaucoup plus de cette maladie grave. Ceux qui vivent dans une région très polluée ont beaucoup plus de chances d'attraper le cancer de poumons, donc ça s'appelle l'impact de l'environnement sur la médecine. Vous pouvez lire un peu le régime crétois, que je conseille pour vous et que je suis moi-même. Moi je suis végétarien, personnellement, je mange beaucoup de fruits et de légumes, je mange très peu de lipides, j'ai un faible cholestérol, mon médecin me l'a dit la dernière fois, je ne risque pas la crise cardiaque, sauf dans des congrès de haut stress comme celui-là. Donc en théorie j'ai une espérance de vie élevée, pour pouvoir plus longtemps embêter mes collègues et mes patients, mais en général il faut suivre ce régime-là.

Dans les hautes montagnes du Pakistan, ils ont toutes leurs dents à l'âge de 90 ans. Ils mangent beau-

coup de pommes-de-terre, ils n’ont aucune maladie cardiovasculaire. Juste une minute pour la viande. Au Liban on mange beaucoup de viande crue, qui est une très mauvaise habitude, parce qu’elle est source de hydatidose, une maladie kystique. Quand le chiant fait ses besoins dans l’herbe, le mouton mange l’herbe et après l’homme mange le mouton. Et après on a le kyste hydatique qui peut coloniser le foie, la rate, les poumons. Donc le tabagisme, on sait que l’Afrique du Nord, la Serbie, la Grèce et le Proche Orient sont de gros fumeurs, le tabagisme est une culture chez eux, pas une culture agricole mais une culture tout court. Donc il faut être au courant de maladies de l’environnement et des maladies génétiques. Donc le niveau socioéconomique. Pour les conditions socioéconomiques, dans les zones reculées, il n’y a pas de structures, il n’y a pas de médecins, d’infirmières ou de dentistes. C’est le coiffeur qui quitte un client par exemple pour aller arracher une dent, ou jouer le rôle du stomatologue, et avec une pince rouillée d’ailleurs et pleines de microbes. Mais il faut faire avec, ils n’ont pas les moyens. Il n’y a pas de médecine préventive non plus, et on sait que la mortalité infantile globalement est liée au manque de prévention et de vaccination. Il n’y a pas d’éducation sanitaire, et un taux malheureusement encore élevé dans ces régions.

Je dois terminer dans 2 minutes. Je vais parler de l’impact de la religion. Il y a un problème de certificat de virginité, qui nous met dans une grande impasse, parce que maintenant en France c’est terminé, mais il existe encore dans d’autres pays l’Afrique du Nord, la Turquie ou autre, la famille veut savoir si la fille est vierge ou pas. Donc le médecin quand il découvre qu’elle ne l’est plus, soit il ment, soit il dit à vérité mais il risque qu’il y ait un crime même dans son cabinet, ou alors il faut qu’il fasse un faux certificat. Même s’il y a un risque judiciaire, il faut le faire. Il y a aussi le problème de l’excision et de la circoncision. L’excision est une mutilation qu’il faut dénoncer ainsi que les médecins qui l’exécutent. La circoncision est une tradition chez les musulmans et les juifs, certains chrétiens la pratiquent aussi. Donc, il y a le pour et le contre. Le côté négatif c’est que dans la circoncision, on enlève un morceau de chair du bébé sans demander son avis, donc quand il sera grand il peut contester. Et le côté positif c’est que ça protège la partenaire contre le cancer du col de l’utérus, et du côté hygiène elle est très bénéfique. J’ai terminé, je vous souhaite une bonne continuation et je remercie beaucoup mon ami Makke, qui par sa gentillesse, sa compétence et son dynamisme nous a permis de nous rencontrer aujourd’hui.

Merci encore.

Dr. Nasreddine

Merci professeur Jaber. I am going to speak in English now because it is easier for me. It is a great pleasure to introduce Professor Abbas Makke who did a wonderful job arranging for these conferences like you are all seeing with the talks and presentations. All of you know Dr. Makke who is going to be presenting now.

Dr. Abbas Makke

Je remercie mon collègue Pr. Jaber qui a bien atterri sur cette piste, et c’était dans de bonnes conditions. Merci Pr. Jaber et merci Dr. Nasreddine. Je vais essayer d’être bref. Moi, je vais vous mettre un peu dans un autre domaine que je peux appeler la psychologie médicale, et je vais présenter mon modèle analytico-systémique. Je suis un peu loin du thème qui a été soulevé ce matin, médecine, psychopharmacologie, ethnomédecine. Alors, moi je vais me limiter à lire avec vous quelques schémas qui présentent le

MAS, c'est-à-dire le modèle analytico-systemique. Tout simplement je vais dire que ces schémas sont axés sur deux choses. Un, le mécanisme de formation du symptôme, appelé comme ça par Freud. Surtout ce qui m'intéresse maintenant c'est le syndrome psychosomatique, psychologique. On est pleinement dans la psychothérapie. Comment le symptôme se forme. Donc je vais présenter un schéma sur le mécanisme de formation du symptôme, et ça c'est dans le sens de la progression, alors je vais vieux pour voir loin. Je vais avec le second schéma faire marche-arrière, c'est-à-dire la régression. Dans la psychothérapie je vais m'attarder sur les phénomènes de transfert, contre-transfert, résonance, empathie etc. Avant de commencer je précise. L'univers est bien vieux, mais l'être vivant est né à un certain moment. Alors l'individu est d'emblée est dans un système. Et si on met l'individu sous microscope, qu'est-ce qu'on trouve ? Le surmoi qui se construit en fonction du principe de réalité, le « ça », la pulsion, et la résultante du ça et du surmoi donnent le moi. Donc le moi, le soi, disons, et d'emblée et d'office dans un système. Et de la commence le systémique. Il est dans un système, l'appareil psychique de Freud c'est un système. Et l'individu en situation thérapeutique, avant de venir à la situation thérapeutique, il est dans un ensemble, la famille, le groupe, les institutions. Et il vient à la consultation, dans n'importe quelle technique psychothérapeutique, se créer une situation thérapeutique, et donc aussi un système situation thérapeutique. Encore une fois un système. Et dans ce système-là, les fonctions et concepts de bases sont régression, fixation, transfert, contre-transfert, résonance etc. Je vais donc me limiter à ces deux schémas, pour voir ce qu'est le modèle analytico-systemique.

[Schémas sur écran]

Schéma 1 : Trajectoire globale du mécanisme de formation du symptôme.

C'est la pensée de la série. On commence par 1 puis 2 etc. Et ça tend à l'infini. Alors, 1 c'est l'ordre. Entre le 1 et le 2 il y a des éléments plus fins, c'est-à-dire 1 virgule jusqu'à 2. Donc on est là (du 1 au 7), dans la tranche I, la création de l'Univers à la création de l'Homme. On est un peu dans la philosophie. Donc il y a la préhistoire humaine, le patrimoine mystique, les mœurs et traditions, les données géographiques, sociales, économiques et familiales, les liens de parenté, là je pense à Levi Strauss, les lois biologiques de la conception, accouchement et croissance physique du bébé, et la genèse de la construction de l'image du corps. Et là j'arrive à une autre tranche, ça c'était la tranche I. c'est-à-dire voir loin c'est voir tout ça. La naissance, le premier choc traumatique, on est dans la naissance de l'être vivant, le bébé. Traumatisme de la naissance, présence, et de la mort, absence (dans la tranche II, du 8 au 10). II, je vois l'individu qui commence sa souffrance, et sa douleur, après être né. Et Freud a parlé du premier trauma, le trauma de la naissance. C'est-à-dire, le présent devient absent, après il y a le choc traumatique après, c'est-à-dire qu'il est né mort, avortement etc. Choc traumatique, le choc traumatique je le présente comme ça, c'est un événement fort, moral ou matériel, un mot fort ou une explosion. Un événement fort qui est imprévu, et qui a laissé des traces émotionnelles. Après le choc traumatique il y a les traces mnésiques. Le choc traumatique ne s'efface pas, ça s'encaisse dans l'inconscient peu à peu. Le travail psychique de l'individu (tranche III), à la base des traces mnésiques, il y a les fantasmes, puis les symboles, et après un facteur de déclenchement. Je vais m'attarder un moment sur le choc traumatique. Le choc traumatique arrive à un

moment donné de la vie, c'est-à-dire à un âge précis. Les psychothérapeutes, les Freudiens, disent que plus le choc traumatique est précoce, plus on va vers la psychose. Moins il est précoce, plus on va vers la psychonévrose. Si on arrive à l'adolescence sans choc traumatique, et alors on est presque sain et sauf du symptôme définit soit dans le DSM soit dans la terminologie psychanalytique, c'est-à-dire psychose, névrose et névrose actuelle. Donc, si le choc traumatique se passe à un moment précis et précoce, c'est plus grave. Je vais revenir au choc traumatique après. J'arrive au symbole, et le rapport à la différence entre fantasme et symbole. Le fantasme c'est l'imaginaire, c'est l'écho imaginaire mais imprécis des traces mnésiques dans l'inconscient et le préconscient. Alors que le symbole, c'est un peu, je fais appel à Pavlov, c'est un peu le rapport entre la sonnerie et la viande. Le symbole c'est un lien qui s'est créé au niveau du vécu de l'individu, et Freud parle de l'association libre des idées alors que Pavlov parle du conditionnement.

Ce qu'on va voir dans l'autre schéma, c'est la situation thérapeutique créée entre le médecin, psychothérapeute et le patient.

Donc ça c'est la progression et la formation du symptôme. Et s'il n'y a pas de symptômes, la progression du développement. Un choc traumatique fixe un événement à un âge précis dans le passé, et laisse des traces mnésiques après. Le facteur de déclenchement qu'est-ce qu'il fait ? C'est comme le verre qui déborde. L'évènement vient s'accumuler et fait déborder le verre. Alors le facteur de déclenchement n'est pas capable de créer le symptôme, le symptôme est le fait d'un cumul des données qui sont déclenchées par le facteur de déclenchement. Ça crée un mécanisme de régression. On régresse vers un point qui a été fixé. Donc j'ai deux concepts ensemble. Fixation et régression. On régresse à l'adresse d'un point de départ qui a été oublié, déclenché par le facteur de déclenchement. Donc, ça déclenche un processus de régression jusqu'à un point et âge précis. C'est-à-dire Freud parle du stade oral, c'est le domaine de la psychose, le stade de l'anale sadique c'est le domaine de la formation de l'obsession, et le stade phallique, il y a deux choses, le complexe d'Œdipe et le complexe de castration. Là je me base sur quelques différences psychologiques et la différence anatomique entre les sexes. Tout ce schéma a été fait pour concrétiser ce que j'ai compris de ce texte. Donc ça déclenche un processus de régression, et le processus de régression fait un deuxième processus de progression, pour traverser tout ce stade là et déclencher le symptôme. Les parents ou le malade disent au médecin « mais hier il n'avait rien » ou « hier je n'avais rien », le médecin lui demande qu'est-ce qui s'est passé quelques secondes ou quelques minutes avec le déclenchement de la maladie. Alors on se rappelle, et on est dans la régression et dans la remémoration. Donc le processus, de régression, la première régression c'est la formation du symptôme, et la seconde régression c'est la situation analytique. Alors, j'arrive là. Donc là j'ai schématisé l'âge où il y a eu le choc traumatique après le choc de la naissance. Donc on arrive au 7. Je cite, 1 choc traumatique de la naissance, 2 choc traumatique, 3 traces mnésiques, 4 fantasmes, 5 symboles, 6 facteur de déclenchement, et 7 le symptôme. Donc je continue pour dire la chose suivante. Ce processus, premier processus de régression pour former le symptôme est déjà fait et qui a fait appel à la situation thérapeutique. Il y a là, dans ce processus, et le médecin, et le patient, et c'est ça la situation analytique. Moi je ne peux pas

comprendre, en psychothérapeute, et je ne peux pas me limiter seulement au symptôme, je serai limité dans le DSM, le symptôme, le manifeste. Le malade quand il régresse, et surtout en situation analytique, il recouvre tout ça. Il apporte avec lui son histoire, et le mythe, et son génogramme, s’il vient du travail il apporte avec lui son organigramme dans le travail, sa relation avec le supérieur et le subordonné, il apporte lui le lien de parenté, il apporte avec lui sans le savoir ses symptômes. Donc on a ici la première régression dans le mécanisme de formation du symptôme, et la deuxième régression, la régression du transfert. Il faut préciser qu’il n’y a pas de début sérieux et significatif sur le plan clinique, s’il n’y a pas le transfert. Le transfert c’est l’aboutissement de l’effort du médecin, du psychothérapeute pour apaiser, pour ouvrir la parole comme dit Pierre Fedida, pour donner la parole au patient ayant le pouvoir ou le sentiment de pouvoir dire tout ce qu’il a envie de dire de ces fantasmes, de ces symboles, et ça créer un processus de mémorisation des traces mnésiques. Donc toute cette situation thérapeutique est créée à la base d’un processus de régression, mais là c’est la seconde régression qui est la régression du transfert. Et je suis pleinement jusque-là dans l’analytique. L’analytique c’est le processus qui fait mettre en relief, qui fait parler le patient pour se décharger de tout ce qu’il a cumulé. Je me suis rendu compte à un certain moment. Et alors ? Où on va ? La parole décharge. Mais il revient à la maison le soir, ou le lendemain au travail, il est dans un système. Dans l’approche analytique on traite son système à lui, psychologique et surtout inconscient. Mais dans la vie quotidienne, il est dans un système, si on essaie de changer un peu ou de restructurer son système psychologique, individuel, je dirai analytique, ça ne suffit pas. Il risque de devenir étranger dans un système quotidien. Et il risque de se trouver toujours dans son site comme un étranger à l’étranger. Si on est arrivé à lui rendre la paix en lui-même, l’apaiser, le mettre en sécurité, mais la sécurité n’est pas seulement une question de parole, ou une question psychologique. La souffrance physique, la douleur physique, du au système dans lequel il se trouve, ne peut pas être guéri par la sécurité intérieure seulement. C’est important la sécurité intérieure. Donc c’est pour cela, je vais à la seconde progression qui est le développement, le changement, la transmission culturelle, la systémique. C’est le changement dans le système. On ne peut pas ne pas changer dans le système. On a vu plein de tableaux statistiques sur la misère dans le monde, on a pris acte de l’existence de cela. Mais l’individu là où il va, sans être apaisé dans un petit système, le couple, la famille et l’analyse institutionnelle. Mes chers amis, mon système analytico-système fait appel à l’écoute, donc ouvrir la parole, mais on fait appel aussi au système. Et c’est le système qui est transféré dans la situation analytique, donc dans le corps du vide et l’espace de séance. Donc corps du vide, Pierre Fedida, et espace de séance. C’est-à-dire l’individu, le malade vient en situation analytique pour tout sortir. Pour tout sortir mais il va sortir de la clinique, où se situer ? Il se situe dans un contexte systémique, et on a à traiter à la fois, et son système psychologique et son système d’appartenance et de référence. Le malade vient en situation analytique. Qu’est-ce qu’il projette dans le mécanisme de transfert ? Il ose dire devant le thérapeute ce qu’il n’a pas osé dire avec les parents, père, mère, cousins, système plus global. Donc il le dit là, mais il va se repositionner après. Et le psychothérapeute doit posséder et les connaissances et la technique de changement et de la créativité comme dit Mony Elkaim. Il doit essayer de créer quelque chose, de trouver là où il peut faire un

petit changement, pour apaiser le patient. Et c'est le patient qui continue. Donc mon modèle analytico-systemique nous impose d'être à la fois d'être médecins, si on est médecins. Si on est médecin on dit que l'organe est malade, mais c'est celui qui porte l'organe qui est malade. Celui qui porte l'organe est malade parce que son système qui n'est pas organique, le rend malade. Et vice-versa. Et si on écoute, et que notre écoute est seulement médicale, on est face à un phénomène psychosomatique. Si on écoute seulement analytique, et moi je suis analytico-systemique, la psychanalyse, la thèse Freudienne est la base de ma formation, et si on est seulement analytique, on fait du psychanalisme je pense, du psychologisme, c'est-à-dire On est étranger dans le système. Et si on ne fait pas systémique on n'arrive pas à aider le patient à se repositionner autrement. Je vous remercie M. le président.

Dr. Nasreddine

Merci Dr. Makke. Nous allons maintenant discuter et répondre aux questions.

Question 1

I have a question which is divided in two parts. First, how much time can this process take? Second, I think that analysis is very dominant and I didn't really understand what the systematic approach to the analytical systematic therapy is. We know that there are always three stages: the childhood trauma followed by a trigger after which the symptoms appear and this is when we start to analyze. I can't really understand what is systematic. How is it going to be?

[Traduit de l'anglais]

J'ai une question mais divisée en deux. Premièrement, combien de temps est-ce que ce processus demande ? Deuxièmement, je pense que l'analyse est très dominante, et je ne comprends pas vraiment ce qu'est l'approche systemique dans l'approche analytico-systemique. Nous savons qu'il y a toujours 3 stades : le trauma e l'enfance, suivi par un element declenceur apres lequel les symptomes apparaissent, et c'est là qu'on commence à analyser. Je ne comprends pas ce qui est systemique.

Réponse du Dr. Abbas Makke

La question posée est: c'est quoi la thérapie systématique. En fait il y a deux questions : c'est quoi le système et c'est quoi la thérapie systématique. Le système c'est un ensemble, en langage mathématique, ou il y a plusieurs éléments qui sont en relation entre eux. Donc le système c'est, un, une institution, un cadre ou il y a des éléments. Je prends la famille, il y a père, mère, et enfant. Je prends le système, la gestion du travail, je prends supérieur et subordonné ainsi que les différents responsables dans les différents départements. Il manque les relations, les interactions de A à B de B à A. Quand il s'agit de A, B, C, D, E et F, ça devient complexe. Freud parle de complexe relationnel dans son « ça », complexe dans lequel il y a des

relations. La thérapie systémique dans le domaine de la maladie - la psychothérapie, la psychothérapie systémique c'est la famille, le couple, l'individu, l'institution et le réseau – a l à comprendre le système et non pas l'individu. Mony Elkaim trouve que l'essentiel dans un système n'est pas ce que je fais, moi tout seul ou ce que tu fais toi tout seul .L'essentiel c'est ce que nous faisons ensemble. Le système c'est voir comment on fait ensemble. L'analytique avec le systémique ne suffisent pas à savoir ce que nous faisons ensemble. Il faut comprendre aussi que ce qu'on fait ensemble, ce nous égal à 1 +2 +3 comme individus. Donc le sous-latent, le latent, le sous-jacent c'est ce qu'on fait dans la thérapie analytique. C'est tout ce que je peux dire

Pr. Mareike Wolf Fedida

Ce n'est pas ma référence. Je suis psychanalyste et phénoménologue mais du point de vue psychopathologie fondamentale, on a vu surtout avec les workshops, il y a en fait beaucoup de thérapie systémique parce que ça veut dire système et il peut y avoir un renvoi à toutes les thérapies et à toutes les théories de communication, style Paolo Alto, il peut y avoir un renvoi, il peut y a voir un renvoi neuroscience. En fait ce qu'il nous a présente Abbas Makke, c'est un renvoi à la psychanalyse. Donc je crois qu'on ne peut pas dire qu'il y a la théorie systémique, il y a les théories systémiques qu'on voit avec tous les workshops. Ce qu'on entend c'est que le temps de traitement serait plus court que dans une psychothérapie d'orientation analytique ou phénoménologique. Vous êtes d'accord ?

Dr. Abbas Makke

Tout à fait, je suis d'accord. J'aimerais bien avoir des questions concernant les trois premières interventions très riches.

Question 2 : Dr. Marc Jaber à Pr. Kamal Raddaoui

Bonjour. J'ai une question à Kamal sur son intervention le matin, qui était très claire et très intéressante, question sur la prise en charge de la dépression, une dépression réactionnelle bien entendu tant les autres maladies comme la psychose maniacodépressive et autres, avec ou sans anxiété généralisée : a qui faut-il conseiller le patient ? Au psychothérapeute ou au psychiatre ?

Pr. Kamal Raddaoui

Je n'ai pas de problème avec ça parce que je suis les deux. Je suis à la fois psychiatre et psychothérapeute. Je l'ai dit dès le début, je suis très à l'aise parce que je peux prescrire dans l'écoute. Je peux prescrire un médicament qui va soulager, apaiser, améliorer l'état du patient mais ceci n'exclut absolument pas l'écoute, la compréhension du processus, qui a conduit à la dépression, et aussi d'essayer de décoder ce qui peut rendre cet individu vulnérable, ce qui peut le rendre finalement plus sujet à faire une dépression, plutôt qu'un autre. Et si on revient à la psychothérapie, là aussi, je pense que je l'ai dit clairement

hier, il ne s’agit pas de faire des démarches psychothérapeutiques très longues ou de faire une psychanalyse sur une vie pour une dépression réactionnelle, si c’est ce que le sujet réclame, s’il veut faire un travail sur lui-même et qu’il le souhaite. La dépression n’est alors qu’un prétexte pour faire un travail sur soi. Ce n’est pas seulement pour la dépression mais aussi pour toute autre raison beaucoup plus profonde. Mais si c’est maintenant pour son confort personnel, et bien, il y a aujourd’hui, et c’est très en vogue, les thérapies brèves qui permettent également de court-circuiter un certain nombre de choses, d’aller vite vers les facteurs de déclenchement, vers la situation actuelle du sujet, de travailler sur son environnement de manière à lui donner plus de liberté pour agir lui-même sur sa vie, pour effacer tout ce qui peut être pathogène de façon à ce qu’il puisse se reconstruire lui-même à partir de cette expérience douloureuse. Maintenant, encore une fois, vous voyez que les choses ne s’excluent pas. On peut faire un travail prolongé comme on peut faire un travail court, comme on peut faire de la prescription et que si les choses ne s’excluent pas, au contraire, elles se complètent parfaitement. Et moi, étant à la fois psychiatre et psychothérapeute, je ne suis absolument pas gêné par le fait de donner un médicament et d’écouter le patient et de l’accompagner autant qu’il faut, pour qu’il puisse donner un sens à cette expérience et retrouver finalement le chemin de la liberté, de sortir de cette expérience douloureuse et à apprendre finalement à se débrouiller dans la vie un peu mieux, et pas seulement grâce à l’absorption d’un médicament mais parce qu’il aura appris de son expérience.

Question 3:

اسمحو لي أن أتكلّم باللغة العربية. د. عباس تكلّمتم عن ضرورة التحديد خلال العلاج لألم الفرد في النظام الذي يعيش فيه. متى نستمع إليه. لا نكتفي بالتحليل طبعًا إنّما نعود إلى نقطة الإنطلاق الجديدة. يتعرّف إلى نظام الجينوغرام ووجد في مرحلة معينة النقطة التي يود الإنطلاق منها ليحدث التغيير والتراجع والرنين ويمشي. لم نستطع إحضار كل النظام الذي يعيش فيه إلينا أي إلى العيادة. وهنا يتزعزع النظام الذي يعيش فيه لأنه بدأ يشعر بالتغيير. وهذا النظام بدأ يتزعزع لأنه متعلّق بالحقبة الأولى.

[Traduit de l’arabe]

Permettez-moi de parler en arabe. Dr. Abbas, vous avez parlé de la nécessité d’identifier, au cours du traitement de la douleur de l’individu au sein du système dans lequel il se situe. Lorsque nous l’écoutons, nous ne nous contentons pas d’analyser certainement, mais nous retournons à un nouveau point de départ. Nous regardons le genogramme et la phase à laquelle le patient et le point de départ duquel il voudra démarrer pour faire un changement. Mais le patient ne peut amener avec lui tout le système dans lequel il se situe dans notre clinique. Ici, le système est en tumulte parcequ’il ressent le changement. Et ce système est en tumulte parce qu’il est en rapport avec la première phase.

Réponse du Dr. Abbas Makke

Votre question est donc, que faire face au système en tumulte ?

J’ai écrit 5 ou 6 livres pour faire attention.

Donner la parole, ouvrir la parole, ce n’est pas l’inciter à détruire son système et à être comme ça « dans

l’air ». Non, au contraire. La thérapie systémique n’intervient pas pour changer sans les parents, sans les frères et sœurs, sans le système ! Le système est là et on est avec le système. On essaie de faire quelque chose. Et c’est ce qu’on veut dire par « on veut créer des alliances avec ceux avec qui il vit » pour essayer de faire ensemble le changement. Et attention ! Attention de faire des faux pas. Et vous êtes bien préparés à ça. Attention de ne pas faire la foire dans le système.

Question 4 à Pr. Kamal Raddaoui

Selon vous, chez qui le patient doit-il se rendre en premier? Chez le psychiatre ou chez le psychothérapeute ?

Réponse du Pr. Kamal Raddaoui

هو حر. هو حر. من الممكن أن يلجأ لدى المعالج النفسي لأنه يظن أنه بحاجة إلى التكلّم وإلى فهم الوضع الذي يعيشه ومصدر الألم. ومن الممكن أن يفضّل تناول الأدوية في بادئ الأمر كي يرتاح وبعد ذلك قد يزور المعالج النفسي. وأنا قلت سابقاً إن ما من مشكلة لدي وأنا في نفس الوقت طبيب يعالج بواسطة الأدوية. ومعالج نفسي في الوقت عينه. إذا ما من مشكلة لدي. المريض حر أن يتصرف كما يشاء وأن يبدأ بما يعتقد أنه أفضل وذلك حسب إقتناعاته. أنا ليس لدي إختيار. أنا أظن أن المريض إذا ذهب لدى المعالج النفسي وارتأى لهذا الأخير أن تناول الأدوية ضروري للمريض. من الممكن أن ينصح بذلك. ويمكن أن يذهب المريض إلى الطبيب وأن يجد الطبيب أن العلاج النفسي أفضل. من المهم أن تجري استشارة بين الطبيب وبين المعالج النفسي وإلا يكون تناقض بينهما بل أن يكون تكامل إذ ما يهم قبل كل شيء هو راحة المريض وذلك بغياب التناقض وبغياب إقناع الواحد والآخر بامتلاك السلاح الوحيد الذي يستطيع القضاء على المرض.

[Traduit de l’arabe]

Il est libre. Il est libre. Il peut se rendre chez le psychothérapeute parce qu’il pense qu’il a besoin de parler et de comprendre la situation dans laquelle il vit et qui est source de souffrance. Il peut également préférer prendre des médicaments au début pour qu’il se soulage et ensuite aller voir le thérapeute. J’ai di précédemment qu’il n’y a aucun problème, et moi-même je suis à la fois médecin qui traite par des médicaments, et psychothérapeute. Donc je n’ai aucun problème. Le patient est libre d’agir comme il veut et de commencer avec ce qu’il estime est meilleur selon ses convictions. Je n’ai pas de préférence. Je pense que si le patient se rend chez le thérapeute et que ce dernier voit qu’il est nécessaire que le patient prenne des médicaments, il peut le conseiller de faire cela. Comme le patient peut se rendre chez le psychiatre et que le psychiatre trouve qu’il serait meilleur d’aller en thérapie. Il est important d’effectuer une consultation médicale entre le médecin et le psychothérapeute sinon il y aura contradiction. Il faut au contraire être en harmonie, parce que l’important c’est la santé de patient, en l’absence de contradictions et d’essayer de convaincre que l’un ou l’autre possède la seule arme de lutte contre la maladie.

Je vais m’exprimer en français parce que je vais partager une expérience. J’ai eu l’occasion d’écouter Pierre Deniker avant sa mort. Pierre Deniker faisait partie de l’école de Sainte-Anne où il a découvert les nouvelles optiques. Il était le temple de la psychiatrie biologique que vous pouvez trouver à Sainte-Anne qui s’est ouverte d’ailleurs à d’autres formes de traitement. Et alors Deniker, il était un peu le père de la

classification des psychotropes et de tout ça. Il disait de manière absolument sage, je n’ai pas ajouté cela à mes plaques mais c’est un témoignage très fort, Deniker disait « il m’était arrivé avec certains déprimés de les envoyer chez Jacques Lacan. Il les écoutait et il les guérissait. Et il était surpris lui-même de les guérir sans prescrire. » Et je vais vous dire un témoignage de la bouche d’un homme qui est le défenseur de la psychiatrie biologique, de pouvoir reconnaître à un autre la possibilité biologique de soigner. Je crois qu’on en est là, de ne pas essayer de stratifier ou de classer les systèmes de soin en vue de savoir lequel est le plus efficace, lequel est le moins, lequel est le premier, lequel est le second. Je pense qu’il ne sera pas clair de pouvoir stratifier et classer les systèmes de soin. Il est des situations où les médicaments peuvent être d’une très grande utilité dans l’urgence. Il est des situations où ce serait maladroit de mettre les médicaments en premier alors qu’il faut favoriser plutôt une écoute. Je crois que c’est au cas par cas de pouvoir réaliser un système de soin aussi complexe soit-il et de permettre des portes d’entrée, que ce soit à travers le médical ou à travers le psychologique. L’essentiel c’est qu’on puisse se retrouver tous en harmonie au service du malade. Selon ces croyances aussi, s’il préfère faire une psychothérapie, il ne faut surtout pas lui dire non. S’il prône des médicaments, il ne faut surtout pas lui dire non.

Question 4 à Dr. Kamal Raddaoui

Je veux poser une question à Dr. Raddaoui aussi. Vous avez parlé de la DHT avec les enfants aux Etats-Unis. Mais même au Liban, dans les milieux scolaires, on a aussi pas mal d’enfants qui ont le diagnostic de la DHT. Ces enfants-là, à partir de l’âge de 6 ans même, et j’en parle parce que je suis déjà au milieu scolaire, prennent de la Ritaline ainsi que d’autres médicaments. La première question : est-ce qu’il y a une démarche, en tant que psychiatre et psychothérapeute, et j’ai la chance de poser cette question à votre personne, est-ce qu’il y a une démarche pour arriver à prendre ce médicament ? La seconde tranche de la question : quels sont les effets négatifs si le petit a commencé à partir de l’âge de 8 ans à prendre ces médicaments. Merci.

Réponse du Dr. Kamal Raddaoui

Merci pour votre question, d’autant plus que je dois préciser que je suis aussi pédopsychiatre. Bon, c’est pour vous rassurer tout de suite. Je prends aussi charge des enfants. Je travaille beaucoup aussi avec les institutions scolaires. L’ADHD qui est donc le Trouble d’Hyperactivité avec Déficit de l’Attention a été sur-diagnostiqué dans certains pays. Je pense qu’un enfant à un certain âge, il est plutôt dans la motricité, dans l’activité, il est donc extrêmement difficile de dire à des enfants très jeunes de rester les bras croisés devant le torse, assis sagement derrière une table à écouter tranquillement un professeur et à rester concentré des heures et des heures en classe. Je crois que c’est une véritable torture. C’est pour ça qu’il faudrait peut-être revoir le système scolaire lui-même de manière à permettre des activités plus participatives. Il n’est pas question d’une classe d’élèves sages qui écoutent le professeur. C’est un modèle, mais un modèle dépassé. Faire participer les élèves, les laisser bouger, les laisser circuler un petit peu, les laisser s’adonner à des activités, non pas récréatives mais d’apprentissage et aussi ludiques, c’est-à-dire, transformer les moyens de communication et d’animer peut-être une classe, réduirait déjà le taux

d’hyperactivité pathologique et permettrai peut-être à des enfants de ne pas être étiquetés comme des enfants hyperactifs qui dérangent les autres, et parce qu’on permet un certain nombre de dérangement, un certain nombre de dépassement. Ce serait des questions de normes. Plus on est normatif, plus on va découvrir de l’hyperactivité. Plus on est un peu libre, et moins on va avoir... Vous voyez un peu le danger de porter un diagnostic d’hyperactivité. Il y a des tests etc. pour faire cela. Paradoxalement, les parents vous disent, écoutez, à la maison, nous on n’a pas de problème, parce que tout simplement on laisse les enfants jouer, circuler. Vous avez des parents très obsessionnels qui ne supportent pas que les enfants dérangent, que les enfants bougent, que les enfants fassent tomber des objets etc. et qui tout de suite vont venir dans la plainte et vont dire cet enfant est turbulent, cet enfant est insupportable. Et voyez qu’à ce moment-là l’insupportable n’est pas seulement un diagnostic mais c’est aussi un vécu parental et un vécu des équipes pédagogiques. Un autre exemple. J’ai fait distribuer des tests, j’utilise le test de Connors pour diagnostiquer l’hyperactivité. Il y a un test destiné aux parents et le test destiné aux professeurs, aux enseignants. On est passé du système classique où il y avait chez les enfants dans les écoles primaires un enseignant qui enseignait les mathématiques, l’écriture, la lecture etc. et qui compartimentait ses leçons, et quand les enfants étaient fatigués d’écrire, il leur raconte une histoire, et quand ils sont fatigués d’écouter, il leur propose un jeu etc. Il y avait donc une certaine liberté d’animer la classe selon un peu la réaction et la réactivité des élèves. Aujourd’hui, on fait comme le lycée. Il y a le prof de maths qui vient faire sa leçon et qui part, il y a le prof de littérature qui vient faire, qui part, il y a le prof d’informatique et c’est compartimenté et chacun va faire sa leçon. C’est insupportable pour les enfants qui doivent obéir à un régime comme ça. Et quand on a distribué le test de Connors, à différents professeurs, les scores étaient très différents d’un prof à l’autre. Quand on les réunit pour dire qu’il y a des divergences au niveau de votre appréciation de cet élève, finalement il est hyperactif ou pas ? On vous dira, avec moi il est insupportable et il dérange la classe, je ne peux pas prononcer deux mots sans qu’il bouge et qu’il m’interrompe et qu’il intervienne. Un autre vous dira, avec moi, il n’y a pas de problème. Il est tranquille, il participe comme les autres. Alors où est la vérité ? Moi je pense que c’est aussi quelque part dans l’interaction entre le professeur et les élèves que se passe quelque chose. Il y en a qui supportent, il y en a qui supportent pas que les élèves bougent. Il y en a qui ont la possibilité de maîtriser une classe et de l’animer convenablement et il y en a de ceux qui sont tout de suite débordés. Ils n’arrivent pas à maintenir la discipline et l’ordre dans une classe. Si vous tenez compte de ces paramètres, où est le diagnostic d’hyperactivité ? Est-ce que c’est chez l’élève hyperactif ou est-ce que c’est chez le professeur qui ne supporte pas et qui lui va par excès cataloguer ou étiqueter les élèves d’hyperactifs, et c’est extrêmement difficile. Quand on revient aux parents, là aussi c’est pareil. Ça dépend également de leur possibilité de supporter ou de ne pas supporter quelque chose. C’est quelque chose de très relatif et de très grave. Maintenant, si on donne la parole à l’enfant, il trouve qu’il ne fait jamais rien de mal. C’est vrai que parfois certains vous disent que c’est plus fort que moi, je ne m’arrête pas, je ne peux pas ne pas bouger et c’est plus fort que moi. Proposez du sport par exemple, proposez des activités dans lesquelles il peut se défouler. Ça peut être utile. Maintenant les médicaments, même si je suis psychiatre et prescripteur, attention ! Ce n’est qu’en dernier

recours que les médicaments sont proposés à un enfant. On va épuiser toutes les ressources de la prise en charge psychologique, éducative, institutionnelle, d'encadrer également les encadrants eux-mêmes pour qu'ils puissent un peu apprendre comment encadrer ces élèves avant de donner un médicament. C'est aller à la va-vite que de prescrire tout de suite de la Ritaline pour calmer tout de suite les enfants. Et même quand on le fait, on le fait pendant les journées scolaires, pas les weekends, pas les vacances, et donc on le fait de manière ponctuelle pour faire en sorte que l'élève ne quitte pas l'école, qu'il puisse rester à l'école, qu'il ne soit pas déscolarisé, parce que le danger de l'hyperactivité c'est que l'enfant soit déscolarisée, qu'il cesse d'apprendre et qu'il soit exclu du système scolaire. S'il faut une molécule pour lui permettre de rester à l'école, et bien pourquoi pas, mais de ne l'utiliser qu'en dernier ressort, parce que vraiment je pense qu'il y a un abus, d'abord, du diagnostic d'hyperactivité, et je crois l'avoir suffisamment expliqué, et un abus dans la prescription des médicaments chez les enfants. Voyez le psychiatre que je suis, même si je prescris, il faut prescrire à bon escient.

Séance III



Séance III

Marie-Adèle

J'aimerais juste annoncer que dans la salle B, les intervenants venant du Koweït n'ont pas pu nous rejoindre à cause de raisons de sécurité. Donc notre collègue Rania Sleiman qui est à Tabyeen aussi va commencer directement son intervention dans la salle B.

On commence avec l'école Avance, c'est une école et association pour enfants épileptiques, on vous prie de nous excuser pour la faute de tape en fait c'est écrit Advance School mais c'est Avance School, représentée par Madame Henriette Chidiac qui remplace madame Arlette qui n'a pas pu nous rejoindre. Madame Henriette Chidiac est la coordinatrice de « projet de vie » à l'école Avance, elle est éducatrice spécialisée et titulaire en master de gestion de ressources humaines et elle va nous parler de l'enfant épileptique au milieu scolaire spécialisé. Merci.

Henriette Chidiac

Bonjour. Je vais présenter avant tout le travail de l'école mais en général ce sera le travail d'une équipe spécialisée donc les thérapeutes et l'éducation et l'aspect éducatif des enfants atteints de problèmes ou bien atteints d'épilepsie avec d'autre handicap ou bien d'autre déficience. Je vais commencer par présenter un peu l'école et l'association donc elle a été fondée en 1997 par la directrice tout à fait aujourd'hui qui se nomme Arlette Neim. La cause de sa création était sa jeune fille épileptique de 28 ans. Donc Stéphanie est atteinte d'épilepsie depuis sa naissance à cause d'un trauma crânien et puis avec le temps sa mère ne trouvait pas d'instance spécialisée pour éduquer et suivre au niveau thérapeutique sa fille. Elle a débuté avec une petite école, un tout petit centre et aujourd'hui on a deux branches, une à Furn El Chebbak et une à Aley. Pour cette année on a environ 300 élèves enregistrés nous sommes reconnus par le ministre de l'éducation en tant qu'école spécialisée et tous les programmes sont suivis à travers le ministère de l'éducation et nous sommes aussi reconnus par le Ministère de l'intérieur en tant qu'ONG avec un décret # 67. On vise à éduquer et prendre en charge les enfants et adolescents ayant des besoins spécifiques. Pour la mission, c'est promouvoir le développement personnel et favoriser les capacités d'apprentissage des élèves présentant des besoins spécifiques et dont les besoins dépassent les services disponibles dans les écoles dites régulières dans le but d'atteindre une intégration sociale, scolaire et/ou professionnelle. Ça dépend à chaque fois du diagnostic de l'enfant et du suivi qui a été fait. Notre but c'est de viser à réintégrer les élèves dans une école régulière, ça c'est d'une part aussi d'une part dépendamment du diagnostic de l'élève et de son développement et les adolescents vers une intégration socioprofessionnelle.

Pour les objectifs nous allons les revoir aussi plus tard. C'est aussi:

- Aider le bénéficiaire, qu'il soit enfant ou adolescent, à acquérir une autonomie se sera notre objectif primordial.
- Réconcilier l'élève avec l'école, surtout quand il y a un décalage au niveau de l'âge et programme scolaire ou bien le niveau scolaire.

- Préparer l'élève à réintégrer dans une école régulière si c'est le cas d'un retard scolaire qu'on peut travailler ou bien dépasser.
- Guider et accompagner les familles surtout et aussi favoriser à l'enfant un environnement éveillé surtout parce qu'on sait que la famille joue un rôle aussi très important dans le développement de l'enfant.

On peut travailler avec les enfants âgés de 2 ans et demi jusqu'à 30 ans. Ils ont tous des besoins spécifiques. On a des enfants atteints de plusieurs diagnostics donc il peut y avoir une épilepsie, il peut avoir un déficit d'attention, un déficit d'attention avec hyperactivité, un retard scolaire, des troubles de la parole, etc... Parfois et souvent on peut avoir des enfants atteints de deux problèmes ou deux déficiences qui sont liées quelque part comme l'autisme et l'épilepsie. Nous recevons des élèves de toutes les nationalités. On est financé partiellement par le Ministère des affaires sociales pour les étudiants libanais et c'est assez dommage que d'autres nationalités ne sont pas acceptées par le ministère des affaires sociales. De notre part, on peut prendre des élèves avec une scolarité réduite pour leur donner la chance aussi d'être accompagnés.

Maintenant je vais discuter avec vous tous ce qui est action précoce de l'école et se serait un aspect assez important parce qu'on sait très bien qu'à chaque fois qu'on commence à travailler avec un bénéficiaire et là la différence c'est que nous en tant qu'institution éducative et sociale on travaille avec des bénéficiaires et non pas avec des patients comme les médecins qui parlaient juste avant moi. Donc là au niveau d'une intervention précoce, on a un programme académique, des thérapies, des ateliers professionnels et un programme de prévention. C'est en général l'action de l'école qui est divisée en 5 départements ou bien 5 aspects généraux.

Au niveau de l'intervention précoce, on a le diagnostic précoce à chaque fois qu'on a un âge assez bas, ça serait beaucoup plus facile et utile pour nous d'adopter un système de travail ou bien un projet de vie pour travailler avec l'enfant et sa famille, le prendre en charge au niveau holistique ça serait aussi meilleur. Le pronostic serait beaucoup plus adapté et la réintégration dans une école régulière aura beaucoup plus de chance. Au niveau programme académique, avant tout et surtout quand on a des élèves avec des besoins spécifiques, il est nécessaire d'avoir des classes avec des effectifs réduits. Donc à chaque fois qu'on doit travailler avec ces enfants, le groupe réduit est beaucoup plus adapté pour faire passer les messages ou bien tout ce qui est au niveau de l'éducation. On a un programme individualisé autant qu'on peut on essaye de travailler au système un à un ou bien en groupe encore plus réduit si ça peut être un groupe de 3 ou de 4 ou de 6 élèves dépendamment aussi du niveau scolaire et de ce qui doit être présenté à l'enfant. On travaille aussi sur le développement des capacités orales ou écrites donc ils prennent des cours de langue (arabe, anglais, français), de math, de sciences et tout ce qui est relié aux activités de la vie quotidienne. On a aussi des activités de danse, de théâtre, de musique, etc...

D'autre part, l'aspect aussi le plus important ça serait d'adapter les thérapies qui sont présentes dans le même centre au programme académique ce qui fait que l'enfant est vraiment accompagné de tous les points de vue que ce soit en classe avec son éducatrice et que ce soit à travers des thérapeutes qui sont là pour le prendre en charge au niveau individuel ou au niveau de groupe. Donc parmi les thérapeutes présentes on a un physiothérapeute, une orthophoniste, un ergothérapeute, une psychologue, une psychomotricienne et une personne qui fait un counseling familial. Ce qui fait que l'équipe spécialisée travaille en groupe avec l'éducatrice, avec l'infirmière qui est présente aussi sur le terrain pour suivre avec

l'élève sa santé médicale et la communiquer aux parents pour toujours un meilleur suivi et développement. Enfin pour les personnes plus âgées (les adolescents de 15 ans et plus, les adolescent(e)s atteints de retard mental plus développé et ou l'intégration scolaire ou l'intégration dans une école régulière ou un centre adapté pour des études beaucoup plus développées serait difficile, on travaille dans des ateliers professionnels. Par exemple, notre objectif ici serait de devenir indépendants ou bien le plus proche à l'indépendance et ce serait à la base de l'insertion professionnelle que ça soit à travers les ateliers de couture, les élèves peuvent travailler dans ses ateliers à l'école ou bien dans les centres qu'on a, des ateliers de céramique, d'art culinaire et de photographie. Pour les ateliers de photographie si je veux rentrer un peu plus dans les détails, donc là l'élève qui est atteint d'épilepsie ou bien de retard mental beaucoup plus développé, il peut travailler d'abord à apprendre à prendre des photos, deux à imprimer, trois à vendre, 4 il est en contact avec les gens. Donc là l'élève, l'adolescent ou la personne qui prend en charge l'atelier de photographie, c'est juste un exemple qu'on peut vous donner, combien il peut se développer à travers tous ces objectifs qu'il travaille dans un studio qui est déjà à l'école. On a un atelier de cuisine avec un chef qui leur apprend comment travailler, on a un travail à la chaîne. On avait organisé un événement à l'école et on a invité les parents donc c'était les élèves qui ont préparé le goûter. On a un programme de prévention. Nous sommes très intéressés par l'aspect médical et le développement médical parce qu'à chaque fois qu'on développe ses aspects, les élèves aussi chez nous sont atteints par ce développement si le suivi avec les parents est bien fait. Ce qui fait que on a organisé en 2014 le premier jour international pour l'épilepsie au Liban et on a reçu plusieurs médecins internationaux reconnus et bien sûr aussi des médecins libanais bien reconnus et ont participé avec nous. On a fait aussi le second jour de l'épilepsie l'année passée et là on voulait vraiment communiquer tout ce qui est au niveau technologie, développement technologique, développement médical (médicaments, traitements) ou bien développement de l'imagerie qui est utilisée de plus en plus aujourd'hui. On a des programmes de prévention avec les enfants et leurs familles au niveau santé et sécurité, dangers de la route, addiction et cela est aussi relié avec d'autres ONG et organisations qui sont là pour nous accompagner dans ces différents programmes.

Pour les activités, en effet le travail avec des élèves ayant des difficultés ou bien ayant des déficiences est très critique et parfois lassant quelque part ou bien qui prend beaucoup d'énergie. Ce qu'on essaye de toujours présenter à ces élèves c'est des activités qui peuvent les rendre encore plus joyeux que d'être dans une classe renfermée avec un livre sur une table, surtout s'il y a des troubles de comportements ou des problèmes au niveau mental qui les empêchent de rester vraiment capables de suivre ce que l'éducatrice dit. Donc les activités sont aussi là pour rendre les objectifs beaucoup plus faciles à atteindre. Et surtout que aussi durant les fêtes durant l'année, les élèves participent à tout ce qui est organisation comme dans toutes les écoles sauf que le suivi des élèves se fait à un niveau un peu plus individualisé pour pouvoir atteindre les objectifs et les garder au niveau santé et sécurité dans un espace assez bienveillant.

Le processus d'admission : on fait une première entrevue avec les parents avec une ouverture de dossier et on demande beaucoup de papiers pour pouvoir suivre tout ce qui est aspect médical et savoir tous les détails reliés à l'enfant. On fait une passation de tests de niveau et de bilan avec les thérapeutes et les éducatrices en classe ou bien au centre et puis on passe à l'élaboration d'un programme individualisé si l'élève peut être suivi dans notre centre et si on peut répondre à ses à ses besoins individuels et les objectifs qu'on peut suivre avec lui et si non l'enfant est orienté vers un autre centre qui serait beaucoup plus adapté à ses besoins.

La division des groupes et des classes : il est très important que les groupes et les classes soient divisés en nombre réduit comme on avait dit précédemment, que l'âge, le diagnostic, le bilan, les besoins et le

niveau académique soient vraiment aléatoires et qu'ils soient vraiment assez proches l'un de l'autre pour pouvoir atteindre les objectifs de façon plus adaptée.

Au niveau de l'impact social, il est assez dommage d'un point de vue social de dire que le nombre d'élèves est en train d'augmenter. Pour l'école et l'administration de l'école, c'est un point très important parce que l'école est en train de grandir quelque part mais il est dommage que les élèves qui arrivent chez nous ont quelque part des problèmes qui ont pu être réglés si le suivit aurait été fait à un plus bas âge et là je parle des personnes seulement atteints de retard scolaire. Donc au niveau de l'impact social, le nombre d'élèves enregistrés est en train de grandir. Jusque 2014 et 2015, le nombre était à peu près de moins de 250. Pour cette année dans les deux branches, le nombre d'élèves a augmenté et on a atteint les 300 élèves, à noter qu'on avait aussi reçu récemment des élèves de nationalités différentes et non pas uniquement des libanais.

Pour la prise en charge holistique ça sera le résumé de toute la présentation. La prise en charge de l'élève atteint de difficulté que ça soit atteint d'épilepsie ou bien d'autres difficultés qui l'empêchent d'être dans une école régulière devraient être suivis à tous les points de vues. Donc on a l'élève qui est au centre, il aura un programme académique adapté à ses besoins, à son niveau et à ses capacités, des prises en charge au niveau thérapeutique, des activités récréologiques et le counseling familial pour un suivit familial adapté.

L'école vise à se développer et sur ce on pense et commence à organiser des départements si on sera capable de le faire bien sûr. On vise à ouvrir un département médical spécialisé pour l'épilepsie au niveau diagnostic et traitement, un laboratoire, un dispensaire, un internat, une maison de repos, un centre d'éducation technique et de développement professionnel surtout pour les adolescents, une librairie scientifique et un centre d'échanges culturels. Merci de votre attention.

Marie-Adèle :

Merci Madame Chidiac. On continue avec Dr. Yaman Abbas Maki qui est résident en 3eme année en neurologie à Université George Washington DC. Avant son départ aux Etats-Unis il faisait part d'une équipe de recherche sur l'épilepsie avec Dr. Baydoun à l'AUBMC. Il nous honore aujourd'hui par sa présence pour partager avec nous à travers une discussion avec madame Chidiac une interprétation socio médicale du système scolaire spécialisé.

Dr. Yaman Abbas Makke

Merci beaucoup pour cette intervention. I will continue in English actually. So this is a really amazing project and I just want to clarify one point and I'm sure we're on the same page. At first your school is mainly for epilepsy patients with special needs and not just epilepsy patients. The reason why I'm stressing on this point is because we have to fight the stigma that epilepsy patients have special needs or are not regular people. I want to make sure that throughout history lots of people are really successful like Napoleon had epilepsy later in his age; Jules Cesar had epilepsy, Van Gogh as well. I'm sure we're on the same page about that so I just want to stress about this point.

Any one of us as well, even at later ages, has the risk to have epilepsy. All of us have a 1% risk of de-

veloping epilepsy now especially on later ages, so epilepsy patients are totally normal individuals but sometimes whenever it's associated with some syndromes, unfortunately it can be associated with special needs. I'm going to start with some medical questions like how would you deal with a patient, let's say you have a population which is at higher risk of having recurrent seizures at school, do you have a rescue mechanism or an emergency intervention? I know that this is really important, you're planning on expanding the medical interventions in the school like having a pharmacy and a lab on sight, but what are you doing for now from a medical perspective if somebody has a seizure in the school?

[Traduit de l'anglais]

Merci beaucoup pour cette intervention.

Donc, ce projet est vraiment incroyable et je veux juste clarifier un point et je suis sûr que nous sommes sur la même page. Tout d'abord, votre école est surtout destinée aux patients épileptiques ayant des besoins particuliers, et non pas uniquement aux patients de l'épilepsie. La raison pour laquelle j'insiste sur ce point est parce que nous devons lutter contre la stigmatisation qui estime que les patients épileptiques ont des besoins spéciaux ou ne sont pas des gens ordinaires. Je veux vous assurer que tout au long de l'histoire beaucoup de gens comme Napoléon qui souffrait d'épilepsie lorsqu'il était âgé ainsi que Jules César et Van Gogh, ont prospéré durant leurs vies. Je suis sûr que nous sommes sur la même longueur d'onde à ce sujet donc je veux juste d'insister sur ce point.

Chacun d'entre nous et, même à un âge plus avancé, a le risque d'avoir l'épilepsie. Nous avons tous un risque d'1% de développer l'épilepsie surtout à un âge plus avancé, de sorte que les patients épileptiques sont des individus totalement normaux, mais parfois quand on lie cela aux syndromes, on le lie aussi aux besoins spéciaux. Je vais commencer par des questions médicales : comment est-ce que vous vous occupez d'un patient, disons que vous avez une population qui est à risque d'avoir des crises récurrentes à l'école, avez-vous un mécanisme de sauvetage ou d'une intervention d'urgence? Je sais que cela est très important, vous prévoyez d'étendre les interventions médicales à l'école comme avoir une pharmacie et un laboratoire sur place, mais que faites-vous pour l'instant d'un point de vue médical si quelqu'un a une crise à l'école?

Henriette Chidiac

بالغة العربية: يواجه الأولاد في المدرسة خطر التعرض إلى أزمة صرع. فهل لديكم الوسائل المناسبة للسيطرة على النوبات؟

طبعا نحن مؤهلين لمواجهة هكذا مشكلة والصفوف مجهزة في حال تعرض ولد لأزمة صرع. فلا يمكن أن نتواجد أشياء وأطراف

حادة داخل الصّف. بالإضافة إلى تجهيز النوافذ والأبواب والأرض في حال سقط الولد خلال أو بعد نوبة كي لا يواجه مشاكل أخرى كان يمكن تفاديها. لدينا أيضا ممرضة وفريق يبقى في المدرسة خضع لدورات تدريب مع الصليب الأحمر. في حال تعرض أي شخص لأزمة صرع، نكون فوراً موجودين لمساعدته ويتلقى المساعدة المناسبة بحسب حالته. إن كان بحاجة إلى حقنة فالمرضة موجودة. وطبعاً نحن لا نأخذ تدابير من دون استشارة الحكيم والحصول على موافقة الأهل وإقامة ملف طبي فيه كامل التفاصيل مثل درجة الصّرع والأدوية المناسبة.

[Traduit de l'arabe]

Bien entendu, nous sommes qualifiés à faire face à ces problèmes et les classes sont équipées au cas où un enfant à une crise. Donc il ne peut y avoir d'objets ou de coins pointus dans la classe, les fenêtres, portes et le sol sont équipés si l'enfant tombe durant ou après une crise, pour qu'il n'y ait pas d'autres problèmes que l'on peut contourner. Nous avons aussi une infirmière et une équipe qui restent à l'école pour faire des formations avec la croix rouge. Si une personne a une crise d'épilepsie, nous sommes directement présents pour l'aider et lui offrir l'aide convenable selon sa situation. S'il a besoin d'une injection, l'infirmière est là. Certainement, nous prenons aucune disposition sans consulter un médecin et d'obtenir l'accord des parents et d'établir un dossier médical comportant tous les détails, comme le niveau de l'épilepsie et les médicaments convenables.

Dr. Makke

كيف يصل الأولاد إلى مركزكم؟ هل يتم توجيههم عن طريق طبيب أو يكون الأولاد ملتحقين بمدرسة عادية ويتم إحالتهم إلى مركزكم؟

[Traduit de l'arabe]

Comment les enfants accident-ils à votre centre ? Sont-ils orientés par un médecin ou est-ce qu'ils fréquentent une école ordinaire qui les orientent vers votre centre ?

Henriette Chidiac

التسويق الشفهي يلعب دور مهم في لبنان. قد يلتقي الأهالي في عيادة الحكيم أو في الصيدلية فيتبادلون الأحاديث والمعلومات ويوجهون بعضهم البعض إلى المدرسة المتخصصة. عندما يكتم الأهل راضون عن النتائج التي يرونها عند أولادهم. سوف يشجعون تلقائياً الآباء الآخرين للتوجه إلى مركزنا. يزداد عدد الأولاد في مركزنا بسبب العائلات التي ننصح بنا لعائلات أخرى. بالإضافة، نحن نعمل مع عدد كبير من الأطباء وننصح بهم الأهل بحسب قدراتهم المادية ونوع التأمين

الصحي الذي يستفدون منه وننصح الأهل بأطباء متخصصين وهم يختارون من يناسبهم. ويوجد بعض الأطباء الذين يعلمون مدى أهمية مركزنا والعمل الذي نقوم به فيزوروننا وينصحون أهل بنا. نحن أيضا نتعامل مع مراكز وجمعيات أخرى فيتم إحالة الأولاد بين مركزين بحسب حاجات هذا الولد.

[Traduit de l'arabe]

La promotion orale joue un rôle important au Liban. Les parents peuvent se rencontrer dans le cabinet du médecin ou dans la pharmacie et échangent des conversations, des informations et orientent l'autre vers une école spécialisée. Quand les parents sont satisfaits des résultats qu'ils voient chez leurs enfants, ils encourageront automatiquement d'autres parents à se rendre à notre centre. Le nombre d'enfants augmente dans notre centre en raison de familles qui nous conseillent à d'autres familles. De plus, nous travaillons avec un grand nombre de médecins et les recommandons aux parents, selon les capacités physiques et le type d'assurance maladie dont ils bénéficient, et nous recommandons aux parents des médecins spécialistes, et ils choisissent ce qui leur convient. Il y a des médecins qui connaissent l'importance de notre centre et de notre travail, ils nous visitent et nous recommandent aux parents. Nous travaillons aussi avec d'autres centres et organisations, donc les enfants sont référés entre deux centres selon leurs besoins.

Dr. Makke

لاحظت وجود قسم للعمل المهني في مركزكم وفيه تلاميذ عمرهم ٣٠ سنة. فهل لديكم مشروع لدعمهم عندما يتخرجون من مدرستكم؟

[Traduit de l'arabe]

J'ai remarqué que vous avez une section de formation professionnelle dans votre centre où il y a des étudiants âgés de 30 ans, avez-vous un projet pour les aider lorsqu'ils obtiennent leur diplôme de l'école?

Henriette Chidiac

أريد أن أوضح أنّ في مدرستنا نستقبل أيضا أولاد يعانون من التأخر الدراسي من دون مشاكل أخرى وليس هناك ضرورة لإلحاق هؤلاء الأولاد بقسم العمل المهني لأننا نحيلهم إلى مراكز يتعلمون مهن متطورة أكثر أو يتم إعفائهم من تقديم الشهادة المتوسطة فيكملون بمركز آخر. قسم العمل المهني في مركزنا هو للأولاد الذين يعانون من تأخر عقلي متطور يمنعهم من التوجه إلى مراكز أخرى لنيل شهادة. فنعلمهم ونطور قدراتهم لكي يستطيعوا أن يعتمدوا على أنفسهم في وقت لاحق. خضرت المعالجة الإنشغالية برنامج مناسب بمشاركة العاملة الإجتماعية والأهل ويتم الإتفاق على مشروع يمكن أن ينجح به الولد بعد سنتين أو ثلاث سنوات ويصبح قادرا على كسب عيشه. نحن نجري تحقيق مع الأسرة ليكون عندنا صورة واضحة عن مستقبل الولد. مثلا، نرى إن كان للولد قريب عنده متجر أو دكانة أو أي مهنة أخرى يمكن للولد أن يعمل فيها. فنطور قدرات الولد في هذا المجال المتاح له. لسوء الحظ في لبنان تتفادى المؤسسات والشركات توظيف أفراد حاملين بطاقة إعاقة أو عندهم نقص معين.

إن كان الولد يعاني فقط من تأخر دراسي، يمكن تحويله إلى مراكز مهنية متخصصة أو حتى إلى مدارس عادية من بعد العمل على تنمية قدراته. ولكن قد يكون متأخر سنة دراسية أو أكثر عن باقي التلاميذ في عمره.

[Traduit de l'arabe]

Je veux préciser que notre école accueille également des enfants souffrant de sous-performance scolaire sans autres problèmes, et il n'est pas nécessaire d'intégrer ces enfants dans la section professionnelle parce que nous les référons à des centres où ils apprennent des métiers plus spécialisés, et sont dispensés de passer l'examen du certificat élémentaire, donc ils continuent dans un autre centre. Notre section professionnelle est destinée aux enfants ayant un retard mental avancé qui ne leur permet pas d'aller dans d'autres centres pour obtenir leur certificat, donc nous les enseignons et développons leurs compétences pour qu'ils puissent compter sur eux-mêmes plus tard. Nous faisons une enquête avec la famille pour avoir une idée claire de l'avenir de l'enfant par exemple, nous voyons si l'enfant a un proche qui a une boutique ou qui a un autre métier dans lesquels l'enfant pourrait travailler. Donc nous développons les compétences de l'enfant dans le domaine qui lui est disponible. Malheureusement au Liban, les entreprises et compagnies évitent d'employer des individus porteurs de cartes d'handicap ou qui ont un certain manque.

Dr. Makke

رأينا أنه يوجد مشاكل في الإدماج. فهل لديكم حلول لهذا أو هل يوجد في المدارس العادية حلول لذوي الإحتياجات الخاصة؟

[Traduit de l'arabe]

Nous avons vu qu'il y a des problèmes dans l'intégration, avez-vous des solutions pour cela ou est-ce que les écoles ordinaires ont des solutions pour les personnes aux besoins spéciaux ?

Henriette Chidiac

يوجد مدارس عادية بدأت بالعمل على برامج للإندماج. بحسب رأيي الشخصي ورأي المركز. يمكن إقامة هذه البرامج ولكن يجب الأخذ بعين الإعتبار درجة التأخر التي يعاني منها الأولاد. وفي لبنان نعاني أيضا من مشكلة الرفض الاجتماعي للأخر. فیسألني الأهل إن يوجد عندنا في المركز أولاد منغوليين أو أولاد يعانون من التوحد فلا يقبلون انخراط أولادهم بأولاد يعانون من تلك الحالات مثلا وهذا تفكير خاطئ. ولكن نحن نرى أن هذا النظام أو طريقتنا في العمل هي ناجحة.

[Traduit de l'arabe]

Il y a des écoles ordinaires qui ont commencé à travailler sur les programmes d'intégration. Selon mon opinion personnelle et l'avis du centre, ces programmes peuvent être mis en place, mais ils doivent prendre en compte le degré de retard subi par les enfants. Au Liban, nous souffrons également du problème du rejet social de l'autre, les parents nous demandent si nous avons un centre pour les enfants autiste, parce que les gens n'acceptent pas que leurs enfants se lient aux enfants autistes, et c'est une idée fausse. Mais nous voyons que ce système ou notre mode de travail est réussi.

Dr. Makke

تكلمتني عن الستيجما أو الرفض الاجتماعي للآخر وهذه مشكلة كبيرة نعاني منها في موضوع الأمراض وخصوصا في داء الصرع. فهناك أهل يأخذون ةلدهم عند الشيخ معتقدين أنّ جن يسكنهم. فهل لديكم حلول لتوعية الأهل؟

[Traduit de l'arabe]

Vous avez parlé de la stigmatisation ou du rejet social, et c'est un autre grand problème dont nous souffrons en maladies, en particulier en épilepsie, il y a des personnes qui prennent leur enfant chez le Cheikh en pensant qu'il est possédé, avez-vous des solutions pour donner connaissance aux parents ?

Henriette Chidiac

عندما يدخل الولد إلى مركزنا. نقوم بتقييم كامل لوضعه ونقوم بمتابعة مع الأهل وبحسب تشخيص الولد. بجتمع الأخصائيون مع عائلة الولد ويتفقون على أسلوب العمل مع الولد خلال العام الدراسي وما هي الأهداف المتوقعة ونطلب من الأهل مساعدة ضمن المنزل ونعلمهم إن يجب اتباع أسلوب معين في التعامل مع الولد. وكل ثلاثة أشهر نجتمع مع الأهل بالإضافة إلى طبيب أو أخصائي لإعلام الأهل عن تطوّر الولد أو عن حدث معين أو عن تشخيص معين. وفي مركزنا نعمل باستمرار على التوعية والوقاية ونحدث عن الموضوع على شاشات التلفاز وحضرنا مسرحية عن فتاة تعاني من داء الصرع لكي نعرّف الأهل أكثر عن هذا المرض وكيفية التعامل معه.

[Traduit de l'arabe]

Lorsque l'enfant intègre notre centre, nous faisons une évaluation complète de sa situation et effectuons un suivi avec les parents selon le diagnostic de l'enfant. Les spécialistes voient les parents et l'enfant, et ils se mettent d'accord sur le mode de travail durant l'année scolaire et quels objectifs sont attendus des parents au foyer, nous leur apprenons qu'il faut suivre une certaine méthode avec l'enfant. Chaque trois mois, nous nous réunissons avec les parents et le spécialiste pour aviser les parents du progrès de l'enfant ou d'un certain évènement ou d'une certaine personne. Nous travaillons régulièrement sur la prévention et l'information, et nous traitons ce sujet à la télévision, nous avons aussi préparé une pièce de théâtre qui parle d'une fille qui souffre d'épilepsie pour mieux faire connaître cette maladie et comment la traiter.

Marie-Adèle

Nous enchainons avec Dr. Layla Karroum, docteur en psychologie clinique et psychopathologie à Paris 13 et psychologue clinicienne et scolaire, enseignante universitaire à l'université libanaise faculté de santé publique Fanar, chargée de formation dans les écoles et les congrégations religieuses, responsable du cadre psychologique au secrétariat général des écoles catholiques au Liban, psychothérapeute en psychosomatique relationnelle à Paris.

Dr Karroum nous présente une nouvelle perspective de la psychologie scolaire intitulée « de l'institution

familiale à l’institution scolaire, un travail des paradoxes entre le relationnel éducatif et la mobilisation du pouvoir parental »

Dr Karroum :

Je remercie le professeur Abbas Makke de m’avoir invité pour vous faire part d’un travail scolaire rapprochant les deux institutions dans une nouvelle perspective, une nouvelle optique et une nouvelle pensée. Quelle éducation transmettons-nous ? De l’institution familiale à l’institution scolaire, la famille présente la première institution sociale, l’école en est la deuxième. Apportant chacune son pilier à la construction éducative. Une transmission articulant des liens transférentiels transposant deux espaces de vie où tout se joue et tout s’apprend. Là où les enjeux psychiques soulignés par Donald Winnicott se relient aux enjeux scolaires. C’était sur un inconscient collectif développé par Jacques Lacan et son temps fin soutenu par Sigmund Freud dans une vie de séduction qui prend place dans cet espace de vie scolaire qui est la classe. Ainsi, ces liens pourront avoir des répercussions sur l’apprentissage par le pied émotionnel parental. La famille et l’école sont-elles dans une impasse relationnelle. Cet impasse qui se forme dans une complexité de conflits élargissant l’espace transférentiel et la zone de danger, celle de l’influence parentale, voir leur potentiel éducatif, à l’influence de l’environnement scolaire qui se positionne comme un parent double. Une position en miroir inversé, un miroir sans teint. L’enfant dans son histoire est pris par ce mouvement de destructivité et d’amour amplifiés. Il est pris par ses symptômes et ses pulsions qui se heurtent et se nouent dans le corps et la psyché de l’enfant par cette relation. Par le lien de la dimension éducative et les dimensions de la psychosomatique où l’affecte, le rêve, l’espace et le temps se complètent, pourtant le désir inconscient des parents et celui des enseignants. Pour Sigmund Freud, l’éducateur devait rester dans l’ombre et accompagner les processus en jeu plutôt que d’imposer des idéologies personnelles et morales à l’enfant. Cette abstinence contribue à l’accompagnement de l’enfant mais mésestime la dimension libidinale du lien parent – enfant. Ainsi que la projection des idéaux parentaux sur l’enfant elle apparaît par conséquent comme un vœu pieux, le renoncement à la satisfaction lié à l’amour donné par les parents. L’éducation est donc le processus qui permet de médiatiser les désirs sexuels déviants grâce à l’obtention et au maintien de l’amour parental. Donc le passage du principe de plaisir au principe de réalité serait l’essentiel au processus éducatif. La clinique de l’institution scolaire dans son approche pédagogique est fondée sur l’affectivité et sur la dimension de l’identification considérée par Sigmund Freud essentielle au processus éducatif. Ainsi, la régression constitue l’identification et la formation d’idéaux en compensation au renoncement à la possession de l’objet dans le lien établie entre l’éducation et l’élève. L’école se construit en un espace intermédiaire. D’une part on retrouve le système familial et d’autre part le système scolaire. L’articulation entre ses deux systèmes se fait au niveau des affects. Par ailleurs, l’envie et le désir d’apprendre sont conditionnés par l’amour de l’élève, il va entraîner l’identification inconsciente à l’enseignant qui va la lui rendre en matière de désir. Ces mécanismes de défense du déplacement familial à l’identification scolaire s’enchaînent pour marier le corps familial au cœur scolaire. Allant ainsi à prendre sens dans l’accompagnement de l’enfant et vers une éducation suffisamment bonne où Donald Winnicott considère comme décisif le passage pour l’enfant. Cette transmission complexe peut envoyer à une position de rivalité paradoxale. Un croisement de deux lignées d’amour modelant le désir de comprendre, de soigner et d’accompagner afin de rendre possible ce métier décrit par Freud, impossible. Le processus éducatif familial est gouverné par l’inconscient des parents qui mobilise leur pouvoir et cloisonne l’élaboration du relationnel scolaire par un accrochage libidinal et une rupture des liens. Plaçant l’enfant qui pour eux est un objet libidinal et narcissique ou ils vivent à travers lui leur conflit, au centre

d'une perspective de pentification chevauchant les rôles et le poussant à un modèle en le préservant d'une répétition systématique de l'histoire infantile et ses parents. Dans cette relation d'accaparement, le parent aura déposé chez l'enfant toutes ses angoisses ce qui va mobiliser chez ce dernier toutes les ressources pour le recouvrir. Cette position que prend l'enfant en adulte répond au besoin de ses parents dans une relation inverse. Ces scénarios de parentalité trans-générationnelle place-t-ils l'enfant dans une recherche continue d'une l'identification inconsciente ? Déplacement le cadre scolaire par le billet d'un mouvement œdipien ? De l'emprise autoritaire familiale, à l'entreprise substitutionnelle scolaire, où se place l'enfant ? D'où commence son éducation ? Où se termine-t-elle ? Cette éducation a-t-elle des limites ? Cette éducation est-elle un passage ? Cette éducation a-t-elle une fin ? Cette éducation touche-t-elle des finalités ?

Dans un mélimélo de souffrance et de survivance, un pacte de pulsions de mort et de pulsions de vie s'enchaînant dans un débat de comportement inadapté, de difficultés d'apprentissage, peuvent contourner les rôles ou même les supprimer. Supprimer la satisfaction par le principe de désir et de sublimation et les remplacer par l'apprentissage par la sanction. Le travail thérapeutique scolaire est un travail de contenance, de rassurance, oscillant dans un espace clos malgré son ouverture. Il contribue au développement de la personnalité de l'élève dans un milieu post familial et prêt à la vie. Un mat tissant des liens et des ramifications et établissant une continuité discontinue, engendrant le lien corporel avec une difficulté de continuer sans une mise en point d'un projet de partenariat entre la famille et l'école, appelé par Florent Osier une interpénétration qui lui laisse guère d'espace et de différenciation entre les sphères privées et extra familiales. L'enfant sera donc à la fois héritier de l'imgo parentale et en même temps prisonnier de la nécessité de s'identifier à cette image. Pour François Marty, l'éducation apparaît comme la façon dont sont mobilisées les potentialités propres à chacun. L'école joue un rôle croissant dans le destin de l'enfant par sa reproduction du statut familial. La famille présente aussi en enjeux dans les questions de scolarité. Le psychologue qui dans les écoles forme la tierce personne est pris dans un lien intersubjectif où les représentations sont insuffisantes. L'imaginaire est pris dans un fantasme concernant les personnes qui l'accueillent. L'école entre dans l'histoire d'une famille et devient elle-même parent comme les parents de l'enfant avec qui elle devient un soi fusionnel. La position du psychologue au collège est forte. Elle conforme toutes les figures parental jusqu'au retour au milieu naturel. Le fait de s'occuper des enfants peut entraîner une forte culpabilité lié au désir qui sous tant l'acte professionnel qui pourra céder à la structure fantasmatique. Le psychologue est sollicité à aider, à démêler, à articuler, à intégrer ou à rejeter le privé, l'intime, ce qui révèle du désir d'une part, à l'éthique et d'autre part au professionnel. Notre travail se base-t-il sur l'effacement ou sur l'exclusion de toute affecte ? Notre sphère soutient-il la sphère du tout puissant au jeu de séduction ? Cette séduction utilise la projection comme défense contre les constituants du complexe d'Œdipe. Notre travail au Liban au sein des établissements scolaires renvoi à un travail d'écoute, d'observation, de dépistage, de suivi, de guidance parentale, d'orientation, d'évaluation et de remédiation. Un champ d'action vaste regroupant les quatre piliers de l'éducation : l'enfant, le parent, l'enseignant et l'administratif. L'école qui n'est pas un champ thérapeutique soutient l'enfant dans son parcours. Notre travail est de placer l'enfant au centre de notre profession où l'on articule à la fois la prévention des inadaptations scolaires, l'intervention auprès des élèves, le soutien et la sensibilisation des enseignants, la guidance des parents. Par ailleurs, notre travail en milieu scolaire est garant de la confidentialité des informations dans le respect de dignité, de l'autonomie et de la protection de l'enfant et de sa famille. François Marty dans son livre « Pratique de la psychologie scolaire » en 2013 a parlé de « l'enjeu psychologique au sein de l'institution scolaire qui situe l'enfant dans son fonctionnement mais aussi dans son histoire où le temps scolaire n'est qu'un moment dans l'histoire d'un

sujet, moment relatif et largement déterminé par les éléments qui échappent au seul domaine scolaire et qui appartiennent à son histoire singulière et familiale. » Le travail du psychologue est bien clair il est là, présent pour aider l'institution scolaire à déceler, à mettre en marche tout en dynamisant le potentiel de l'enfant afin qu'il puisse s'épanouir dans cet espace de vie indépendamment des apprentissages. Une clinique à l'école, un cœur qui bat, enveloppé par un corps scolaire dans sa démarche et dans son approche. Une clinique à l'écoute des souffrances, des pathologies scolaires, des faits psychiques, des réalités, des secrets de famille, des dysfonctionnements qui heurtent notre parcours scolaire et qui mettent sens à notre psychique et une marque à notre somatique. L'école est une charnière entre l'interne et l'externe, disait Marty. L'interne qui est pour nous encre et alimenté par le fonctionnement familial et l'externe qui témoigne de notre état d'âme, nos conflits intrapsychiques et nos blessures narcissiques. Notre travail est de prendre soin de cette vie complexe en perpétuel changement, un mystère qu'on s'en charge de prendre soin avec beaucoup de délicatesse, une délicatesse de l'amour. Le psychologue témoigne de la présence de la vie psychique de l'enfant. Il est là à écouter le symptôme et à permettre à l'enfant de parler de son vécu, de sa douleur, de sa difficulté. Le symptôme de l'enfant est vécu dans son double espace corporel et familial. Il accompagne l'enfant à comprendre, à sentir et à dépasser le symptôme afin de pouvoir caractériser les troubles allant des troubles d'apprentissage aux troubles de comportement et d'adaptation aux troubles instrumentaux. La psychopathologie de la scolarité fait l'objet d'étude du psychologue au sein de l'école. Ce dernier reçoit les expressions réactionnelles et le vécu souffrant de l'enfant et se positionne comme catalyseur des émotions inconscientes de l'enfant. On est face à l'angoisse de séparation des objets d'attachement, à un repliement sur soi, à une agressivité, à un refus de nourriture, à un refus d'apprendre, à une instabilité psychomotrice, à un mutisme volontaire, à des phobies scolaires, à des dépressions infantiles, à des troubles anxieux, à l'image d'une société insécurisée et insécurisant, où la performance, la compétition et la réussite sont mises en exergue. Pour se construire dans ce lieu de vie, l'enfant a besoin de l'autre pour exister et survivre. Il doit être porté psychiquement et reconnu en tant que sujet humain, lui donner confiance pour lui transmettre l'envie d'apprendre. L'école devient alors révélatrice des conflits, elle réactive la vulnérabilité, psychique passé, elle fait revivre des souffrances liées à l'histoire du sujet, mais aussi elle a la qualité de sécurité et de bienveillance. La transmission de l'éducation à l'image d'une bonne peut offrir à l'enfant un environnement où le déplacement de la réalité et de l'expression feront la pierre angulaire entre deux milieux, deux espaces, deux âmes, un corps. Je vous remercie.

Marie-Adèle

Nous enchaînons avec Mr. Wissam Kotait, psychothérapeute et art-thérapeute chargé de cours à l'USJ, chef du programme de résilience à Himaya, vous nous présenter aujourd'hui la gestion du cas à Himaya pour la protection de l'enfant, une approche psychosociale spécialisée.

Mr. Wissam Kotait :

Merci aux organisateurs de ce colloque. Mesdames et monsieur je vais vous parler aujourd'hui du fonctionnement global sans rentrer dans les détails, on aura l'occasion de revoir ces questions si on a le temps dans la partie réservée aux questions réponses. J'ai suivi le cas psychosocial dans une ONG libanaise qui s'appelle Himaya, qui travaille sur les questions de maltraitance des enfants. Brièvement pour

vous présenter l'association, la mission de l'association est de promouvoir un environnement propice au développement de l'enfant et assurer une protection globale à travers la lutte, la prévention et la prise en charge de tout type de maltraitance. On a une vision qui est de faire de la protection de l'enfant un droit partout, on espère sur l'ensemble du territoire libanais. En pensant à ce slide je me disais à quel point quand on écrit une mission et une vision et qu'on l'a met sur un Powerpoint ça donne une très belle image de l'institution qui parle, et quand on va un peu plus dans les détails, comme quand on est en psychothérapie ou en suivit psychosocial, on se rend compte de tout ce qui peut se cacher derrière de bon ou de mauvais. En ce qui concerne les formes de maltraitance sur lesquels on travaille directement, on les divise en 4 catégories et comme vous le savez il y a différentes distinctions de types de maltraitance dépendamment des approches, des écoles et souvent des subventions. On a des maltraitements physiques, psychologiques, sexuelles et des types de négligences. Himaya a deux programmes principalement, un programme de formation et un programme de résilience. Le suivi psychosocial se passe dans le programme de résilience. Ce programme a une vocation nationale donc il espère de travailler sur l'ensemble du territoire libanais. On est subventionné au niveau national par le Ministère des Affaires Sociales et nous travaillons en partenariat avec le Ministère de la Justice parce que nous avons un mandat de protection donc nous travaillons directement avec les juges des mineurs dans les différentes régions pour l'ouverture souvent des dossiers de protection. Le programme spécifiquement de résilience regroupe plus de 60 professionnels comme psychologues et assistantes sociales qui travaillent dans les différentes régions ou nous sommes. Ce que nous faisons, nous intervenons au près des mineurs ayant subi ou subissant plusieurs formes de maltraitance et auprès de leur familles vulnérables et/ou maltraitantes afin de leur permettre de se reprendre en main et de la sorte retrouver un mieux-être sur le plan personnel, familial et social. Nous le faisons à travers un panel de services spécialisés, de nature psychologique, psychiatrique, médicale, sociale, juridique et pédagogique à l'intérieur de l'association, et à travers une série d'orientation vers des services externes, partenaires ou travaillant en réseau, en vue de compléter notre offre de services à Himaya. Ce que nous croyons dans les lignes directrices au regard des droits de l'enfant, c'est les questions de protection contre la violence, le droit à la vie et aux meilleurs chances possibles de survie et de développement. On intervient de manière générale au sein de l'association dans les cas d'urgences extrêmes et donc dans les cas qui se présentent à nous ou si nous n'intervenons pas, ou bien la vie de l'enfant peut être mise en danger par l'abuseur ou bien il peut avoir des formes d'automutilation assez graves, ils peuvent conduire à des arrêts de développement ou à une mise en danger réelle donc on n'est pas dans le fantasme bien qu'on se rend compte parfois qu'il y a des constructions fantasmatiques fortes dans certaines situations. L'égalité des sexes (garçons, filles), la non-discrimination (c'est des choses compliquées parfois dans lesquelles nous même les professionnels nous avons du mal à nous dépatouiller, dans lesquels nous sommes nous-même en échec avant les bénéficiaire eux-mêmes). On croit profondément à la participation des enfants dans le choix de leur suivi et leurs projets thérapeutiques. On a une croyance dans les obligations de l'Etat sur cette problématique et on est en rapport ayant un lien permanent avec le Ministère concerné sur leur application et leur prise de responsabilité sur ces questions-là. La participation des autres acteurs comme un acteur principal qui participe dans ce colloque qui est Abaad parmi d'autres qui travaillent un peu sur la même problématique. On prend toujours l'intérêt supérieur de l'enfant en tant que priorité (l'intérêt supérieur de l'enfant peut être différent d'un professionnel à l'autre donc c'est souvent une question de négociation et de repositionnement de l'enfant au centre de la problématique). On a 4 principes opérationnels:

- 1) La nature multidimensionnelle de la violence, donc la violence n'est jamais uniquement physique

ou uniquement psychologique, elle est souvent multiple.

2) Une approche intégrée, on n'intervient pas uniquement sur une écoute par exemple au niveau thérapeutique d'approche analytique ou d'approche systémique, etc... on essaye dépendamment des symptômes présentés et de la réalité devant nous de positionner notre offre de service en fonction du meilleur intérêt de l'enfant.

3) La coopération trans-sectorielle. On travaille beaucoup avec le secteur de santé et de soins, social et de l'éducatif.

4) La prise en compte des différentes parties prenantes dans le cas que nous suivons.

Notre offre de services s'inscrit en cohérence avec les orientations qui découlent de plusieurs choses :

1) D'un contexte libanais environnemental, donc on a beaucoup de mal à amener des formes thérapeutiques particulières et à les implémenter au Liban sans avoir une longue réflexion d'adaptation préalable.

2) Le contexte légal propre au droit libanais en vigueur. Il y a une loi (422) qui garantit la protection des enfants sur l'ensemble du territoire libanais indépendamment de leur nationalité ou sexe tant qu'ils ont moins de 18 ans ils rentrent tous dans le même cadre juridique.

3) Le contexte légal propre à chaque bénéficiaire.

4) Le contexte socioculturel économique et psychoaffectif propre à chaque bénéficiaire selon une approche profondément systématique, complémentaire et non exclusive.

5) Des orientations mises en place par les différents ministères concernés. Il y a un plan national qui a été mis en place pour l'intervention psychosociale et la protection des mineurs au Liban qui a été mis en place il y a quelques mois et vous avez en parallèle un autre plan national qui a été mis en place par des grands organismes internationaux pour répondre en urgence au désarroi dans lequel vivent par exemple la population syrienne. Nous pouvons avoir quand on a une lecture des différents plans nationaux des vues ou des aperçus contradictoires entre un plan et l'autre ce qui peut amener tout un amalgame dans la manière d'intervenir au niveau des professionnels.

6) Des orientations régionales

7) Des applications stratégiques du programme de résilience d'une manière particulière et de l'association Himaya de manière générale.

Notre engagement c'est que l'offre de service :

1) Soit conforme aux orientations cliniques qui sont claires, adaptées et accessibles,

2) S'ancre dans une analyse de facteurs de risque et de protection en lien direct avec les concepts de résilience.

3) Favorise l'implication du mineur, de ses parents et des ressources du milieu dans toutes les décisions et les orientations le concernant.

4) Se traduit par une intervention individualisée, planifiée, rigoureuse, continue, complémentaire parce qu'on n'est pas exclusifs d'une approche particulière, sécurisée et confidentielle.

Il faut que ses approches:

1) Soient créatives et développent le potentiel créatif du bénéficiaire et du professionnel par son implantation et sa stratégie sous-jacente.

2) S'effectuent en collaboration étroite et en coordination avec des ressources de type familial.

3) Offertes par un personnel disponible, compétant, engagé, qui partage des valeurs communes. Les professionnels qui travaillent dans ce programme ont un suivi continu aussi bien au niveau des études de cas que des formations continues sur les questions de l'abus et de la maltraitance. Ces formations sont quasi inexistantes au Liban aussi bien au niveau psychologique qu'au niveau social que juridique.

4) Reposent sur une allocation optimale des ressources, dans le cadre budgétaire disponible, favorisant l'utilisation efficiente de celle-ci. En effet comme association, on peut avoir des rêves, on peut tendre vers quelque chose, mais le réel vient souvent nous ramener à ce que nous sommes et à nos ressources limitées.

On a un modèle théorique de base pour nos interventions. Le mineur participe activement à son développement. On croit profondément à ce que le bénéficiaire et son environnement sont des systèmes qui s'influencent mutuellement. Le développement du mineur se produit donc dans un contexte qui comporte des facteurs de risque et de protection aussi bien liées à lui en tant qu'individu et au système en tant qu'environnement. La question des processus relationnels dans les milieux de vie des mineurs constituent les moteurs de leurs développements donc on travaille la question relationnelle profondément.

On s'ancre sur:

1) Les étapes de développement de l'enfant, la recherche de son bien-être et de son développement optimal.

2) La théorie de l'attachement et la question du lien.

3) La prise en compte des facteurs de risque et de protection.

4) La considération du vécu du mineur dans la perspective qui est la sienne, l'impliquant comme acteur créatif à l'intervention et mettant de l'avant son intérêt supérieur. On a pu avoir certains cas par exemple pour lesquels nous jugions profondément que l'enfant était dans des situations de vie ou de mort dans l'environnement dans lequel il était. Mais la perception de l'enfant pouvait être autre et nous amener dans un débat interne entre ce que nous devons entendre, notre avis professionnel ou bien la lecture de la place dans laquelle l'enfant se positionne aujourd'hui dans son environnement si elle contribue ou pas à sa maturation, ou le retirer de son environnement qui est un acte brusque même s'il est caché dans le désir de le sauver et le donner protection.

5) L'implication des parents qui est un processus assez compliqué. On implique les parents le plus possible à travers une guidance parentale dans le devenir de leur enfant, en leur donnant des solutions concrètes pour essayer de résoudre leur problème de communication avec leur enfant et parfois adresser aussi des problèmes de ressources financières donc comment donner aux parents des outils concrets pour établir des projets lucratifs pour eux et qui peuvent les sortir de leur stress quotidien qui se déverse lui-même parfois dans la violence contre l'enfant.

Une question très importante c'est que nous avons systématiquement une étude en ce qui concerne l'interaction des parents avec leurs enfants, est ce que la problématique des parents est une problématique perverse ou est-ce qu'une problématique narcissique ? Nous travaillons principalement avec des problématiques narcissiques. Nous optons pour des stratégies différentes quand il s'agit de problématique perverse de la part d'un père ou d'une mère.

Nos approches privilégiées c'est:

- 1) Encourager et soutenir la réponse aux besoins par les membres même de la famille.
- 2) Rechercher sur un mode consensuel la réponse aux besoins de chacun.
- 3) Accompagner et soutenir le mineur selon la place ou il se situe, dans sa démarche de changement singulière.
- 4) Moduler le type et l'intensité de l'intervention au profil de besoins et de risques présentés par le bénéficiaire.
- 5) Identifier ce qui sous-tend un comportement à changer. Parfois on peut se précipiter à changer un fonctionnement ou un comportement et nous nous retrouvons par la suite dans un déséquilibre complet dans l'environnement dans lequel il était et avec des bénéfices qui sont beaucoup moins bons que ceux à quoi on s'attendait. Donc parfois protéger le symptôme, l'entendre et le travailler dans le temps est quelque chose que nous devons toujours prendre en considération.

Les orientations cliniques:

- 1) Soutenues par une alliance thérapeutique comme levier de changement tout au long du processus d'intervention.
- 2) Consécutives à une évaluation différentielle des besoins du mineur et de sa famille, faite de concert avec eux.
- 3) Adaptées à leurs stades de développements.
- 4) Dispensées le plus possible dans le milieu naturel du bénéficiaire et dans la communauté et non pas dans des centres fermés.
- 5) Dirigées vers la participation active du bénéficiaire et de sa famille, et ce, à toutes les étapes du processus clinique et légal.
- 6) Planifiées et inscrites dans une trajectoire continue de services. C'est quelque chose auquel nous croyons beaucoup mais qui nous amène beaucoup de défis parce que nous avons des prises en charge qui peuvent parfois s'inscrire au-delà d'une année et donc ils peuvent mobiliser nos équipes pour un

seul cas au-delà d'une année. Nous suivons environ 1100 cas en dehors du Sud, d'abus grave sur mineurs et nous sommes une ONG parmi tant d'autres.

7) Conformes aux prescriptions légales même si la légalité est parfois en dehors des prescriptions normales.

8) Clairement décrites dans le plan d'intervention du bénéficiaire donc que ça se fasse de pair avec lui et non pas contre lui.

9) Respectueuses de la confidentialité. On voit parfois des stratégies d'intervention qui peuvent être assez brusques de certaines ONG partenaires et parfois nous prenons nous même aussi ce choix qui est d'aller directement vers les medias et d'exposer ce que se passe dans l'intimité dans l'esprit de faire bouger les choses plus rapidement.

10) En partenariat étroit avec les ressources de la communauté. Donc nous travaillons aussi bien avec les ressources religieuses de la communauté qu'avec les ressources communautaires qu'avec des ressources pédagogiques, artistiques, etc... Merci de votre écoute.

Marie-Adèle

On n'a pas le temps pour une deuxième question. Donc on va enchaîner directement avec Dr. Michel Soufia. Donc Dr. Michel Soufia, psychiatre et MHPSS Advisor à l'IMC au Liban. Vous nous présentez aujourd'hui l'approche de santé mentale et support psychosocial dans les programmes de réponse aux crises au Liban.

Dr. Michel Soufia

Merci beaucoup. Donc moi j'ai préparé ma présentation en anglais, donc je ne sais pas si vous préféreriez que je la fasse en français ou en anglais.

Donc je commence par remercier le comité d'organisateur de ce congrès pour nous avoir donné la chance de présenter notre travail. C'est un travail qui a été fait sur de longues années avec un très grande équipe. Cette présentation a aussi été préparée par Jihane Abou Sleiman, donc qui est notre MHPSS Coordinator à IMC.

Je commence par ce qu'est IMC. Je ne sais pas si vous êtes familiers avec cette organisation internationale. Mais c'est une organisation qui a vu le jour en 1984 et qui travail pratiquement a deux niveaux. Le premier niveau est dans le cadre d'offre de soin, afin de sauver des vies et améliorer la qualité de vie de certaines personnes. Et un deuxième niveau sur lequel elle travaille énormément, c'est le niveau développemental. Donc, on travaille beaucoup pour améliorer des vies, aider des vies, donc pratiquement présenter du soutien, du support. Mais aussi on travaille beaucoup afin de construire des capacités locales, dans les pays dans lesquels IMC se trouve afin d'augmenter la capacité de ces pays-là et maintenir un état de soin à long terme au cas où IMC n'est plus présente. Donc IMC a été créé en 1984, et elle répond a tous les pays où il y a des crises et des urgences. Et donc elle travail a différents niveau d'urgences. On a les urgences sur le plan médical, donc quand a eu la crise d'Ebola en Afrique, IMC a fait part des

organismes qui ont aidé l’Afrique à faire face à cette épidémie. IMC travaille aussi dans les urgences naturelles dans les pays où il y a des désastres et des tremblements de terre, mais elle travaille beaucoup aussi dans les pays où il y a une certaine situation politique ou militaire qui a induit des guerres, des guerres civiles, des réfugiés et des gens qui se sont déplacés. Donc pratiquement parlant, jusqu’à maintenant IMC s’est impliquée dans plus de 70 pays à travers le monde, dont le Liban. Au Moyen-Orient, le travail d’IMC a débuté en 2003 lorsqu’il y a eu la guerre d’Iraq. Donc juste après le début de la guerre d’Iraq, IMC a commencé à offrir des soins que ce soit sur le plan de la sante, de la santé mentale et aussi sur le plan social. Et vite après, d’autres pays de la région ont été impliqués dans le travail d’IMC, on peut citer le Liban, la Jordanie, la Turquie, le Yémen, la Syrie et aussi la Palestine. En fait, le but du travail d’IMC c’est de se concentrer sur tout ce qui est de l’aide humanitaire, développement communautaire, et le travail sur la construction des capacités locales et gouvernementales du pays dans lequel on se trouve. L’idée, derrière ça, c’est toujours une certaine anxiété que l’on a, c’est que l’on ne sait pas jusqu’à quand IMC va persister dans le pays dans lequel elle travail, donc le travail se fait aussi afin de construire les capacités locales pour qu’elles puissent prendre le relais. Donc une fois IMC quitte le pays, qu’il y ait des capacités locales pour prendre ce relai-là. Au Liban le travail de l’IMC a débuté en 2006. En fait, c’est un travail qui a débuté durant la guerre de 2006, IMC a commencé à offrir des soins à une population qui était en pleine guerre, je pense le tiers de la population libanaise a dû se déplacer durant cette guerre, donc il y avait un besoin énorme. Actuellement, IMC travaille beaucoup afin d’imposer sa présence au Liban, de présenter les soins qui ont débuté avec les refugies iraquiens, au début. Et puis en 2011, avec le début de la guerre syrienne et l’afflux de réfugiés syriens au Liban, l’IMC a étendu un peu ses projets au Liban pour prendre en charge aussi les soins de ces réfugiés. Donc sur le plan de la santé, la santé mentale et les soins sociaux. Donc c’est quoi le but de ce travail au Liban ? Il s’agit en fait de mettre en place un système de santé, qui inclut la santé mentale, et qui est durable, afin que le travail soit continu, qu’il persiste et que l’on puisse intégrer ce travail-là dans la politique du pays qui devient de plus en plus sur le plan de la santé et de la santé mentale, un peu autonome. Et donc on a tout un projet, qui fait qu’on est en train d’inclure ce travail-là dans le projet de l’état qui vient devient autonome dans le sens ou c’est le pays qui prend en charge ce projet. Actuellement, le travail qu’IMC offre est offert a plus de 1.1 million de syriens, et d’iraquiens et aux populations en besoin au Liban. Donc les services ne se limitent pas aux syriens, ni aux iraquiens mais aussi à la population libanaise vulnérable qui est en train d’accueillir ces réfugiés. Ce sont des services qui ne se limitent pas à la santé mentale ou à la santé tout court, mais touche aussi à tout ce qui est psychosocial, c’est-à-dire l’intégration des besoins sociaux et besoins psychologiques primaires. Notre vision. Je vais vous lire notre vision pare que c’est assez concis. To improve access and availability of evidence-based high quality and culturally sensitive mental health services and psychosocial support, for populations affected by conflict and crises. Donc, l’idée n’est pas de rendre juste des services qui sont disponibles, mais de rendre des services qui sont evidence-based, c’est-à-dire des services qui sont renforcés par des évidences médicales. Donc c’est un travail qui est appuyé par des études qui montrent qu’il est efficace. Culturally sensitive, c’est-à-dire que ces services-là prennent en compte la culture de la personne à qui on les offre, donc on les modifie à chaque fois. Vous avez vu le travail d’IMC qui se reparti un peu dans plusieurs pays, des fois on se confronte à des cultures un peu différentes qui ne peuvent pas accepter la même façon de présentation du soin et du support. Du coup, à chaque fois on adapte le travail, le matériel et la façon de faire les choses pour que ça prenne en considération la culture de ces gens-là. Et c’est offert a des populations assez vulnérables que ce soit des refugies ou autres. Notre mission, « is to build sustainable local capacities », dans le sens où on est en train de construire des capacités locales, libanaises et durables. Donc dans ce sens-là on est en train

d'investir dans les centres dans la communauté libanaise, dans des services psychosociaux, afin de promouvoir la résilience des gens affectés par ces stress-là et de travailler sur leur état de bien-être et leur vulnérabilité. Le travail que fait IMC est un travail qui va dans le même sens des guidelines qui sont imposés par interagency standing committee. Interagency standing committee a mis en place des guidelines afin de standardiser les soins qui sont présentés, afin que ces soins répondent à des critères, des critères de valeur et des critères de niveau. Donc le travail que IMC fait est en accord avec ces guidelines-là, et c'est un travail qui répond à cette pyramide (exposée sur l'écran). La pyramide de soins. Cette pyramide part d'un principe qui est assez logique. On dit que les gens qui sont affectés par un certain trauma, sont affectés d'une façon très différentes les uns des autres même s'ils vivent un même trauma. C'est-à-dire par exemple l'immigration suite à une situation d'urgences ou de crises, deux personnes différentes vont vivre la même situation de deux façon différentes. Dans ce sens-là, on ne peut pas conclure qu'on peut offrir les mêmes soins à ces gens-là. Donc vu qu'on a différentes façons de vivre ce stress, on va offrir de différents supports ou soins ou soutiens à ces gens-là. D'où l'idée de cette pyramide. Et vous allez voir quelque chose, c'est que la pyramide, ce qui est très logique, sa base est beaucoup plus large que son sommet. Et en fait la largeur de chaque surface colorée correspond à la quantité ou le pourcentage de personnes qui peuvent bénéficier de ce service-là. Donc on commence par tout ce qui est considération sociale de besoins de base et de sécurité. « Basic needs and security ». En offrant les besoins de bases sur le plan de la sécurité, de la nourriture, de l'eau, du local où certaines personnes vivent, juste en aidant les gens à accéder à cela, on est en train d'aider un grand pourcentage à surmonter un stress auquel il a été soumis. Les gens pour qui ce soutien ne suffit pas, on passe à un niveau supérieur de soins, c'est le niveau de support communautaire et familial. Donc en aidant ces gens-là pour qui juste les besoins de bases n'étaient pas suffisants, en les aidant à refaire contact avec des liens locaux, avec les gens de la famille, avec leur propre communauté, ils peuvent le dépasser tous seuls sans avoir recours à des thérapies, sans avoir recours à des médicaments, ils vont pouvoir tous seul dépasser un certain trauma ou un certain stress issu des situations assez difficiles. Mais un pourcentage de ces gens-là ne va pas répondre juste à ça, ils vont bénéficier d'une aide qui est focalisée mais qui n'est pas spécialisée. C'est des aides qui vont être offertes par des assistantes sociales, ou des gens qui ont reçu un certain entraînement, ils vont les aider avec ce qu'on appelle le psychosocial first aid. Donc ils vont les aider à se prendre en charge et essayer de gérer leurs difficultés. Et un certain nombre de ces gens-là vont arrêter la leur besoin, ils vont pouvoir le dépasser. Mais encore une minorité va avoir besoin des aides spécialisées. Ces aides spécialisées incluent la psychothérapie, les psychologues, la prise en charge et le soutien en psychothérapie, la psychiatrie et la médication et au sommet de la pyramide, la petite minorité qui va avoir besoin d'être hospitalisée en psychiatrie. Donc l'idée derrière toute cette pyramide, et je m'attarde un peu sur ça parce que ça résume notre vision des choses et comment on travaille à IMC, l'idée de cette pyramide est de dire que la majorité des gens qui ont un besoin ou qui passent par un grand stress ou un événement traumatisant, vont avoir leurs besoins satisfaits et vont dépasser ce stress-là juste en les aidant avec les besoins basics, sans besoins spécialisés. Et vous allez voir ou rentre le rôle des spécialistes, c'est le tout petit triangle en haut, et nous on suit ça dans notre travail. C'est pour ça, l'équipe d'IMC suit une constitution pyramidale, dans laquelle le plus grand nombre dans cette équipe-là sont les assistantes sociales et les mental-case managers qui vont gérer ces gens-là pour aboutir aux trois premiers niveaux de la pyramide. Puis on a les psychologues et ensuite les psychiatres. Ce n'est pas du tout un ordre hiérarchique d'importance, c'est un ordre hiérarchique dans le cadre de la fréquence du besoin. C'est-à-dire qu'on a beaucoup plus besoin de case managers, un peu moins de psychologues et beaucoup moins de psychiatres et de médicaments, et vraiment moins et rarement, mais très rarement d'hospitalisation en psychiatrie.

rie. Et si on va voir les chiffres après vous allez voir que les gens qui ont besoin d'hospitalisation, et les patients psychiatriques très lourds qui ont été hospitalisés, ne dépassent pas 1% des patients qu'on a suivis. Et l'idée derrière tout ça est de vous dire que, pour faire un grand travail, et pour offrir un grand service, on n'a pas toujours besoins d'une équipe avec un grand nombre de spécialistes, on peut travailler sur le développement de gens qui ne sont pas du tout de cette spécialité et qui peuvent aider à combler cette faille. Et là on va entrer dans toute une autre histoire et je vais vous la raconter. De là on entre dans l'idée d'une approche, l'approche psychosociale, c'est d'essayer d'étendre ce modèle-là à différents modèles, à différents centres qui vont travailler comme ça afin de recevoir un plus grand nombre de patients. Imaginez le nombre de patients que les spécialistes vont recevoir selon cette pyramide, les spécialistes vont être rapidement saturés, ils ne vont plus recevoir des cas, il y aura des fautes médicales, et on va pouvoir aider un nombre très restreint de gens qui demandent l'aide, parce qu'ils ne sont pas tous des patients, les patients sont vraiment une minorité. Donc, l'idée c'est que de modèle-la qu'on repart pour appliquer les services, c'est qu'à partir de nos vision des choses, on travaille à partir d'une phrase, notre slogan « From relief to self-reliance ». On aide la personne pour qu'elle puisse se prendre en charge. Et quand elle commence à se prendre en charge, je pense qu'elle va aider quelqu'un d'autre à se prendre en charge, donc c'est ça le support communautaire ou familial. Quelques petits chiffres pour vous donner une idée de l'étendue du travail qui est fait à IMC, ça c'est juste en 2015, on est en octobre donc il y a encore trois mois. Je ne vais pas entrer dans les détails je vais juste parler du chiffre local, vous allez voir que les social workers qui font les gestions de cas, on a travaillé en total sur 19370 dossiers. Ceux qui ont eu besoins d'aide en psychothérapie étaient de 2695. Donc sur 19370 on a eu besoin d'aider juste 2695 sur le plan de la psychothérapie. Et de ces 2695, on a eu besoin d'aider 1785 en psychiatrie. Et un grand nombre de ces gens-là qui passe en psychiatrie, parce que vous allez me demander pourquoi est-ce que c'est proche entre la psychothérapie et la psychiatrie, c'est parce qu'on a un biais de recrutement. C'est-à-dire qu'on a une petite erreur dans comment on reçoit les gens, ce n'est pas une erreur de notre part mais de la part des gens qui viennent chez nous, parce qu'on donne aussi des médicaments aux gens qui en ont besoin. Donc, plein de gens à base psychiatrique en Syrie, qui étaient sous médicaments en Syrie, viennent chez nous pour prendre leurs médicaments. Donc du coup ça augmente un peu le nombre de gens qui ont besoin du psychiatre, parce que juste pour délivrer les médicaments on a besoin d'un control psychiatrique pour qu'il n'y ait pas d'abus ou de mauvaise utilisation des médicaments ou de risques de surdosage. Donc c'est pour cela que les chiffres sont un peu élevés. Mais ceux qui ont vraiment eu besoin de passer en psychiatrie non pas pour continuer le médicament mais pour une prise en charge psychiatrique étaient beaucoup moins que les 1785. Et si vous regardez les chiffres, ils résument combien ça rend le modèle efficace, parce que si on a que des psychologues et psychiatres on peut s'occuper de 2600 patients et que de ça.

On a créé un algorithme d'urgence, donc on va recevoir un coup de fil ; comme vous avez vu on est étendu dans plusieurs régions du Liban, la Bekaa, le Sud, le Nord... ; donc on va recevoir des coups de fil de partout, qui vont nous parler de patients qui sont en état d'urgence psychiatrique. Et afin de standardiser les choses, et pour que le travail se fasse dans la même direction quels que soient les centres d'IMC qui prennent en charge la situation. On a créé un algorithme, un système de référence. Ce système de référence commence par la partie numéro 1. La partie numéro 1 débute par l'identification de l'urgence psychiatrique, parce que je ne sais pas si vous avez cette idée mais au Liban on se sait pas ce qu'est une urgence, si on a besoin d'un rendez-vous la semaine prochaine mais c'est une urgence donc on en a besoin maintenant on ne peut pas attendre. Donc il fallait filtrer les urgences psychiatriques, parce que sinon on allait perdre les vraies urgences en s'occupant de choses qui ne sont pas du tout urgentes. Donc

les vraies urgences psychiatriques incluent les gens qui s’infligent du mal, et qui sont hétéro-agressifs, des menaces suicidaires, des tentatives de suicide, des effets secondaires très dangereux aux médicaments, et c’est là qu’on a bien défini les urgences psychiatriques. Si on a quelqu’un qui ne fait pas partie de ces urgences psychiatriques, il va passer à votre droit, le 2, et là il va entrer dans le système ordinaire de référence. Il va être vu de la case manager en premier, personne ne passe directement chez le psychologue ou le psychiatre, c’est la case manager qui débute la première étape de la pyramide, et s’il y a besoin, elle le réfère d’un étage à l’autre. Si c’est vraiment une urgence, il y a deux cas de figure. Soit c’est un patient qui a son médecin au Liban, et là on se réfère au médecin qui le prend en charge et qui le connaît très bien. Soit c’est un patient qui n’a pas son médecin, et là il faut se référer aux capacités locales de la région ou le patient se trouve, afin de gérer le patient à un niveau local. Parce qu’on a tendance de directement hospitaliser le patient en cas d’urgence, donc on transférait le patient de je ne sais quelle région jusqu’à Beyrouth, pour qu’il se fasse hospitaliser, avec tout le risque qu’implique ce transport avec un patient agité, suicidaire ou autre. Donc là on passe à l’hôpital le plus proche, on contrôle le patient sur le plan local à l’hôpital. Et après on rentre dans un système, soit on le transfère à un hôpital psychiatrique si vraiment on a besoin de ça, sinon il entre dans la prise en charge standard. Donc comme ça on a réduit les risques inutiles du transport du patient en état d’urgence, s’il s’agit d’un patient qui était dans des états assez instables. Donc le travail ne se limite pas à l’offre de soins directement avec le patient. Le travail inclut aussi des activités psychosociales, qui sont dirigées envers les enfants, envers les mamans, envers les hommes, afin de promouvoir la stabilité psychique de ces gens-là, de les aider à se remettre des stress qu’ils ont subis, à aider la communauté à se prendre en charge. Et donc c’est des services qui incluent ce qu’on appelle les youths empowerment programs, les parental skills, en aidant les parents en leur donnant des guidances parentales et au développement de l’enfant. Je vous donne un chiffre, 158 personnes ont pu bénéficier de ce programme.

On fait autre chose aussi, c’est un travail assez important. IMC est en train actuellement de fournir un support au Mental Health Program du ministère de la santé. C’est-à-dire le ministère de la santé est en train de travailler afin d’inclure les soins de santé mentale dans les services primaires, et afin de promouvoir les soins de santé mentale dans les services primaires. IMC est en train d’aider dans ce projet énorme que connaît le Liban actuellement, et c’est un projet révolutionnaire sur le plan de la santé mentale et de la psychiatrie et de la psychologie. Deux nouvelles stratégies encore. La première, on a vu que les services comme ça sont très efficaces mais peuvent se saturer parce que le nombre de réfugiés et de populations vulnérables est énorme. On a eu l’idée de créer un nouveau système, une nouvelle vision. On s’est dit qu’au lieu d’avoir nos équipes qui sont réparties dans des centres communautaires, on s’est dit de créer une équipe dans un seul centre communautaire, et de donner des formations à des équipes locales qui entourent nos équipes à nous. Comme ça notre équipe prend en charge les patients instables, dangereux, sur le plan du comportement, dont les symptômes psychiatriques ou psychologiques sont assez intenses, et se stabilisent. Une fois stables, notre équipe les réfère à des équipes locales qui suivent un entraînement avec nous et qui sont en contact continu avec nous pour qu’ils continuent la prise en charge de ces patients-là pour pouvoir recevoir de nouveaux cas. Ce système nous permet de recevoir un plus grand nombre de patients, mais aussi de créer des équipes locales qui ne dépendent pas de IMC, et qui resteront là après qu’IMC quitte ou que ses projets soient terminés. Comme ça on construit les capacités locales de régions pilotes. On a lancé ce projet-là à la Bekaa, 30 personnes vont être incluses dans la formation à la Bekaa. Il y aura trois centres, avec 50 heures de formations continues, de contact continu durant lesquels on donne non seulement la formation, mais on continue de suivre dans les cabinets avec des réunions hebdomadaires, ou bihebdomadaires avec les gens qui les prennent en charge. Le deuxième

projet que l'on effectue, et je termine, c'est le interpersonnel programme. Donc les études montrent que la thérapie interpersonnelle est assez efficace, pour toutes les personnes qui souffrent de problèmes de l'humeur et de troubles anxieux, surtout le PTSD que l'on voit beaucoup chez les réfugiés. Ces études la sont des études assez solide, d'où l'idée de pouvoir bénéficier de ce programme-là afin de transmettre ces soins à la population. On va entrer dans un programme de interpersonal therapy training, on va faire la formation, on va amener quelqu'un des Etats-Unis, de Columbia University, qui va donner la formation a des gens qui vont être sélectionnés, et qui ne sont pas nécessairement des psychologues, parce que cette formation peut être donnée par des gens non-spécialistes. Ils vont entraîner un certain groupe de gens, qui vont eux même bénéficier des connaissances qu'ils ont acquies et les utiliser et les transmettre pour aider certaines populations vulnérables.

Je vous dis un grand merci, et si vous avez des questions, je suis disponible.

Marie-Adèle

Merci Docteur, nous avons le temps pour une question, ou deux questions au maximum. Donc est-ce que quelqu'un veut poser une question avant de passer à la pause déjeuner ?

[Question du professeur Kamal Raddaoui]

Je suis désolé de monopoliser la parole, mais je devais réagir. D'autant plus je vais me mettre debout. Parce que nous avons eu une expérience, avec le Liban justement, il y a une dizaine d'années, dans un programme que l'on appelait le Child Trauma Network. C'était la création d'un réseau euro-méditerranéen, qui englobait une dizaine de pays autour de la méditerranée, pour venir en aide aux populations sinistrées, au cas où il y aurait des catastrophes naturelles, et aussi dans les zones de conflits et de guerres. C'est un peu similaire au programme que vous mettez en place. Alors je dois dire qu'on était dans l'euphorie parce qu'on avait mis en place ce programme, formations aussi, et pour permettre aux pays où il y a des problèmes de se prendre en charge et de continuer eux-mêmes. Nous avons échoué. Ça n'a pas été du tout ce que nous souhaitions, parce qu'une fois le programme fini, une fois le training fait, il y a eu évidemment beaucoup de problèmes. Mais où sont les gens formés ? Ou sont les institutions impliquées ? Il n'y avait plus personne. Nous faisons un constat négatif, mais attention c'est très important ce que vous dites. Mais il faut assurer la pérennité et voir comment on peut faire pour que une fois IMC part, les programmes se poursuivent. Est-ce qu'il y a les moyens ? Est-ce qu'ils ont la volonté ? Est-ce qu'il y a légalement les décisions politiques pour que tout continue ? Nous l'avons fait, nous avons rédigé un manuel aussi. C'était au Liban, en Tunisie, en Egypte, l'Algérie, le Maroc, c'était aussi la France, l'Espagne, l'Italie, la Belgique. Bon c'était une dizaine de pays et je pense c'était l'USJ qui était impliquée dans le programme, est c'était un peu similaire mais ça s'adressait aux enfants.

Dr. Michel Soufia

Je vais essayer de répondre à votre question. En fait ce que vous soulevez c'est un défi assez important auquel on fait face tous les jours. Du coup on a énormément réfléchi à cette idée, de maintenir la durabilité. Donc on a décidé d'inclure dans notre programmes des centres publiques, qui dépendent de

l'état, c'est des médecins pas du tout privés qui travaillent dans des organismes locaux ou qui dépendent de l'Etat et des structures qui vont persister, locales et non internationales. Et à chaque fois les gens étaient sélectionnés, dans le sens que c'est des gens qui ont beaucoup de motivation à faire partie de ce programme. Par exemple l'étude pilote qu'on a lancée à la Bekaa, on a eu beaucoup de mal à choisir les trois centres qui vont entourer le nôtre, parce qu'on se heurtait beaucoup à des gens qui n'avaient pas l'intention de continuer, ou qu'on voyait qu'ils n'étaient pas enthousiastes à le faire. Donc dans ce sens-là, on a eu beaucoup de mal à choisir trois centres, mais maintenant on a l'impression qu'ils veulent faire cela. On a l'appui de ceux qui dirigent le centre, que ce soit des communautés locales, vous savez au Liban ça dépend souvent de grandes familles qui offrent des soins gratuits, et donc on a l'impression que la volonté de continuer à faire ça est présente. Donc vous avez raison, c'est un défi très important. Je pense que le grand défi est dans le choix des centres et des gens qui doivent être impliqués.

[Commentaire du public]

... Il a vraiment œuvré pendant trois générations, c'est-à-dire en 2007, l'année dernière et juste en juillet, il y avait eu la dernière promotion, il y en a parmi nous, des étudiants qui disposent déjà d'un Master Professionnel en support psychosocial, et c'est vraiment un noyau et une association qui est toujours là, c'est local. Et le personnel sont déjà intégrés et sont chapeautés par l'université libanaise. Donc là aussi je pense pour qu'il y ait vraiment une sorte de collaboration, pour pouvoir œuvrer au niveau de tout le Liban et pour vraiment intégrer toutes les spécialisations et les professionnels.

Dr. Michel Soufia

Là vous me permettez de discuter d'une notion assez importante qu'on n'a pas incluse par faute de temps. Mais on travaille beaucoup sur les contacts universitaires, et on a eu des contacts avec des facultés de médecine. Moi personnellement j'enseigne dans une faculté de médecine, donc du coup on a eu des programmes qui sont en train d'être mis en place. On n'a pas parlé de ça parce que ce n'est pas encore définitif. Mais on a eu des programmes avec des internes et des résidents qui vont venir dans les centres et qui vont offrir des soins qui ne sont pas seulement des soins de santé psychique, mais aussi des soins de santé générale, de médecine générale, et qui vont pouvoir aider à la continuité une fois qu'IMC n'est plus là. Et donc quand on a une université ou deux universités qui sont impliquées là-dedans, on est sûr que la continuité va se mettre en place. Et pour cela on a déjà eu un contact assez avancé avec une faculté, qui est la faculté de l'USEK dans laquelle j'enseigne. Donc je ne sais pas où va aboutir ce projet, mais il est en voie de développement.

Séance IV



Séance IV

Dr. Bechara El Asmar

Thank you. Good afternoon everyone. So we will begin with Doctor Joseph Maarrawi, he's a medical doctor and pain specialist; he's a neurosurgeon in the department of neurosurgery at Hotel Dieu de France, and at Centre Hospitalier du Nord. He has a PHD in neuroscience, an associate professor at the dental and medical school of Saint-Joseph University, and the head of laboratory of neurosciences at USJ as well. Actually he's the president of Lebanese Society for the Study of Pain and has more than 50 published articles, and he's the author of 95 oral presentations in national and international congresses. We are ready when you are, professor.

[Traduit de l'anglais]

Bonjour tout le monde. Nous allons commencer avec Dr. Joseph Maarrawi, il est medecin specialiste de la douleur, neurochirurgien auprès du departement de neurochirurgie à l'Hotel Dieu de France et au Centre Hospitalier du Nord. Il detient un doctorat en neuroscience, et est professeur à la faculté de medecine à l'USJ, ainsi qu president du laboratoire d'USJ. Aujourd'hui, il est le président de la société libanaise pour l'étude de la douleur, et a ecrit plus de 50 articles publiés. Nous sommes prêts professeur.

Dr. Joseph Maarawi

Thank you Bechara. Moi je vais présenter en français, vu que ce congrès est bilingue, ou trilingue je ne sais pas. Mesdames, messieurs, chers collègues, durant cette présentation, je sais que la plupart parmi vous ont une formation de base de psychologie peut-être. Ma présentation va porter surtout sur les voies de la douleur. Quand on parle de douleur devant n'importe qui, la douleur toute de suite est une composante psychologique de souffrance, mais n'oublions pas que la douleur a quand même des bases physiologiques et anatomiques au niveau du corps humain. Et cette base et celle que je vais essayer de vous détailler durant cette présentation. Alors comme on va parler durant toute cette session, qui est de trois heures environ, de la douleur, j'ai préféré commencer par la dernière définition de la douleur, telle qu'elle a été décrite par la International Association for the Study of Pain, comme étant une expérience sensorielle, mais aussi une expérience émotionnelle désagréable ; donc elle a dans cette définition au moins deux composantes, une composante organique et une composante émotionnelle, associée à un dommage tissulaire soit réel soit potentiel. Donc si on veut disséquer le mot « douleur », quelles sont les composantes de cette sensation pénible en général. En principe l'anatomie et la physiologie ont divisé la douleur en trois grandes composantes. La première est la composante sensori-discriminative. Qu'est-ce que ça veut dire ? Quand moi j'ai mal, je peux chiffrer la quantité de douleur, en quelque sorte, je peux dire j'ai beaucoup mal, j'ai un peu mal, j'ai moyennement mal. Donc cette intensité de la douleur est codée par un système anatomo-physiologique. C'est ce que l'on appelle la composante sensori-discriminative. Je peux aussi savoir l'endroit où j'ai mal, par exemple au niveau de mon orteil, mon coude, etc. Tout ça est la partie sensori-discriminative, ça n'a rien à voir avec l'émotion. La deuxième composante est la composante affective. Tous on sait que lorsqu'on a mal ça induit quand même une émotion le plus sou-

vent, j’espère pour tout le monde, désagréable. Et enfin la troisième composante de la douleur, la composante cognitive. On a aujourd’hui mal, on mémorise quelque chose de cette mauvaise expérience, et ça va induire dans le futur, un certain comportement vis-à-vis de quelque chose qui va induire peut-être la même sensation de douleurs. Donc ce sont les trois composantes principales de la douleur. C’est-à-dire, au niveau du système nerveux central ou périphérique, il y a de multiples structures qui sont mises en jeu pour pouvoir assurer ces trois composantes de la douleur. Alors sur le plan anatomique, depuis longtemps, et vous voyez ici depuis 1644, Descartes avait décrit une voie, mais à l’époque il avait imaginé les voies de la douleur comme une cloche dans le cerveau, et comme on tire sur une corde quand on a une sensation de douleur. Donc il avait schématisé de façon très simpliste ce cheminement du message douloureux, et il a indiqué qu’on sent la douleur au niveau du système nerveux, c’est là qu’on perçoit cette sensation. La douleur actuellement c’est une spécialité à part, Dr. Asmar a déjà précisé que je suis un spécialiste de la douleur, c’est parce qu’en plus de nos diplômes, il y a actuellement un diplôme reconnu, qui est un diplôme de deux ans durant lequel on se forme à traiter et comprendre la douleur des gens. Evidemment il y a beaucoup de notions sur la douleur, en 20 minutes je ne peux que vous donner quelques notions grossières pour que vous compreniez ce que c’est sur le plan anatomo-physiologique. Alors maintenant on ne parle pas de douleur anatomique en tant que telle, on parle de système nociceptif, ça fait un peu plus chic, un peu plus scientifique. Nociception, ça veut dire douleur, « noci » c’est nocif, et « ception » c’est la perception de quelque chose qui est nocif. Donc on parle de plus en plus de système nociceptif, alors les mécanismes et voies sont très compliqués. Mais pour schématiser un peu, chez l’être humain, on a un équilibre entre des voies excitatrices qui veulent transmettre un message de douleur vers le cerveau. Et on a un contrôle de ce message nociceptif, et on a tout le temps un équilibre entre ces deux systèmes, et c’est pourquoi, dans un état normal, on ne sent pas la douleur. Pour vous, le premier système ou la première voie vous paraît très logique, on a un pincement au niveau périphérique, on va sentir une douleur, c’est la voie excitatrice, ça c’est connu depuis longtemps. Ce qui n’a pas été connu depuis longtemps c’est ce qu’on appelle les voies de contrôle, parce que fut un moment, depuis des années, des gens qui avaient des douleurs, des douleurs du membre fantôme etc., sans vraiment quelque chose qui excite les voies de la douleur, on disait que c’était psychologique. Pour le membre fantôme on adressait le malade à un psychiatre, je ne dis pas qu’il ne faut pas l’adresser, mais on disait que le malade n’a pas encore fait son deuil du membre qui a été amputé, et donc il a mal au niveau de ce membre. Peut-être que c’est vrai quelque part, mais maintenant on sait qu’il y a un substrat physiologique anatomique à ces douleurs ressenties. Et ces douleurs que l’on ne comprenait pas depuis longtemps, on sait que ce type de douleur est dû à un défaut du contrôle des voies de douleur. Soit on a une excitation ou un trauma qui donne une sensation douloureuse, soit au contraire on n’a rien, mais on n’a plus de contrôle de la douleur, ce qui fait que la balance va aller vers la génération d’un message douloureux. Au niveau de la périphérie, la nature a fait qu’on a des récepteurs partout dans le corps, des récepteurs pour n’importe quel type de stimulus, et entre autre, on a des récepteurs spécifiques pour recevoir des messages douloureux. Donc comme vous voyez ici c’est un schéma qui date des années 70, je l’ai mis exprès, car depuis longtemps

qu'il y a des récepteurs spécifiques périphériques spécialisés dans le codage d'un message nociceptif. Evidemment une douleur peut être mécanique, thermique ou chimique etc. on ne va pas rentrer dans ces détails. Ce stimulus va déclencher l'activation des nocicepteurs pour la douleur, et ce phénomène s'appelle la transduction. Donc, un message qui est potentiellement douloureux va activer ces nocicepteurs en périphérie, et ces nocicepteurs vont cheminer un message qui est étiqueté un message douloureux, et ce message va aller vers les centres supérieurs. Alors là, la nature est très compliquée. On sait qu'il y a une cinquantaine substances en périphérie, des substances chimiques lors des traumatismes etc. Toute ces substances peuvent déclencher une douleur, on les connaît, on connaît une grande partie. Mais le but de cette diapositif est qu'il y a beaucoup de substances ou de neuromédiateurs de la douleur, mais aucun laboratoire au monde ne peut prétendre avoir trouvé un antalgique universel pour contrôler la douleur. Parce que si on bloque l'histamine ou la sérotonine ou la bradykinine, il y a les autres emmerdeurs qui vont nous emmerder par la douleur. Et donc, par conséquent, il est très difficile de prétendre qu'il y a une molécule qui va bloquer toutes ces autres molécules que l'on appelle les substances algogènes. Donc je passe rapidement. De la périphérie jusqu'à la moelle épinière on a des nerfs, à l'intérieur on a des fibres qui sont censées transmettre le message de la douleur. Donc, déjà c'est bien câblé, c'est bien spécifique. Il y a des voies qui n'ont pour rôle que de transmettre ce message douloureux vers les centres nerveux. Au niveau de la moelle épinière, ici c'est une héli-moelle, la corne postérieure ici, et là vous avez les fibres qui entrent dans la moelle épinière, les fibres sensitifs qui sortent en arrière et les fibres motrices qui sortent en avant. Et là aussi il y a une particularité c'est que les fibres de la douleur, alors qu'elles sont mélangées entre elles avec les autres fibres dans un nerf, donc on ne peut pas les distinguer, mais à ce niveau-là les fibres sont séparées, et on sait que les fibres de la douleur sont au niveau externe, et ça veut dire qu'on peut les cibler. Chez des gens qui ont des douleurs chroniques on peut aller couper ces petites fibres puisqu'elles sont déjà séparées ici, et on peut empêcher la douleur de se propager dans certains types de cancer, dans un membre fantôme etc. On arrive à la corne postérieure, je ne vais pas entrer dans tous les détails, mais s'il y a au moins une cinquantaine de neuromédiateurs au niveau périphérique, dans la corne postérieure il y en a encore beaucoup plus, ce qui complique encore plus la physiologie et l'anatomie des voies nociceptives. Et là aussi, le message il doit passer, on ne peut pas proclamer une molécule qui va bloquer toutes les substances algogènes et qui va freiner toutes les sensations de la douleur. C'est pour ça, chez les patients qui ont des douleurs, rarement on arrive à contrôler à 100% les douleurs. Je parle des douleurs sérieuses, pas des petites douleurs. Même les douleurs de dents parfois, on prend un antalgique, ça fait diminuer la douleur, mais rarement a-t-on une disparition complète de la douleur si la raison est toujours là. Alors une chose important en médecine, on l'a connaît tous, c'est un piège pour les cliniciens, c'est ce qu'on appelle les douleurs référées. Par exemple, j'ai ma vésicule biliaire qui est enflammée, je ressens la douleur au niveau de mon omoplate, alors le patient va aller chez un orthopédiste pour lui montrer son omoplate ou son épaule, alors que le problème est dedans. Ça fait dérouter le clinicien, et il faut que le clinicien sache que dans certains cas il y a ce qu'on appelle les douleurs référées, qui peuvent nous induire en erreur. Parfois quelqu'un qui fait un infarctus du myocarde

peut se présenter avec une douleur de la mâchoire seulement. Alors en deux mots, pourquoi ces douleurs référées, parce qu’au niveau de la moelle épinière, au niveau de la corne postérieure, il y a une convergence entre les afférences de la peau et les afférences des viscères. Alors comment le nouveau-né il va apprendre les différents organes ? Parce qu’il les voit, il les palpe, il expérimente ça tous les jours, mais personne parmi nous n’a palpé sa vésicule biliaire ni son appendicite. Et donc, quand j’ai une douleur au niveau de la vésicule biliaire, je n’imagine pas où elle est dans mon cortex au niveau du cerveau, par contre elle converge avec le neurone qui est dans mon omoplate. Et donc j’ai la sensation comme si la douleur venait de mon omoplate. C’est un chapitre à part, très difficile de l’expliquer en deux minutes, j’espère que j’ai pu faire passer le message un peu des douleurs référées. Ici grosso modo si vous voulez me dire où est le cortex qui traite la douleur, il n’y a pas un cortex spécifique, mais grosso modo c’est l’aire sensitive postérieure, c’est ce qu’on appelle l’aire somesthésique II et principalement un cortex que l’on n’a pas l’habitude de voir sur la surface du cerveau que l’on appelle lobe de l’insula, dans la partie postérieure. C’est à ce niveau-là que se fait le codage et la perception de la douleur. D’autres voies aussi se projettent sur la substance réticulée du tronc, et c’est ce qui explique que quand on a mal on ne peut pas dormir, ça stimule la réticulée, le centre de l’éveil. Ça déclenche une réaction végétative, quelqu’un qui a eu trop mal perd connaissance à cause d’une bradycardie ou d’une hypertension. Donc comme vous voyez, le système nociceptif se projette sur de multiples structures au niveau du cerveau. Pour ce qui est du contrôle de la nociception, je vous ai dit au début qu’il y a cette notion d’équilibre entre ce qui est excitateur et ce qui est inhibiteur, on pourrait parler des heures et des heures, et des jours et des jours sur le contrôle de la nociception. Evidemment je n’ai pas le temps de parler de tout ça. Je vais vous parler de deux ou trois systèmes de contrôle de la douleur, qui sont physiologiques, la nature les a créés pour que l’on puisse contrôler nos douleurs. Le premier système, c’est ce qu’on appelle la théorie de contrôle de la porte. Les premiers fils, ceux de la sensation tactile, inhibent la sensation de douleur comme vous le voyez ici. C’est très schématique, évidemment je ne rentre pas dans les détails. Sur le plan application pratique, quand on a mal, quand on se cogne le coude par exemple, on a très mal, le premier réflexe est de frotter, donc on active ce système bleu qui est schématisé, on active cette sensation qui n’est pas douloureuse, qui elle va freiner la douleur. Vous cognez votre tête, vous avez très mal, vous avez tout de suite le réflexe de frotter. Et ce frottement est médié par cette voie sensitive et va inhiber la sensation de douleur, et ça c’est physiologique. Donc comme application pratique dans certaines pathologies, on peut utiliser, les physiothérapeutes connaissent bien cette technique qu’on appelle la TENS, Transcutaneous electrical nerve stimulation. C’est ce qu’on appelle la stimulation transcutanée, on stimule les grosses fibres que j’ai schématisées ici en bleu, et ça va freiner la transmission de la douleur. C’est un des mécanismes de contrôle de la douleur. Evidemment d’autres thérapies que moi, neurochirurgien je peux utiliser, c’est ce qu’on appelle la stimulation médullaire. On peut mettre un pacemaker au niveau de la moelle épinière, qui va freiner les douleurs entre autre par ce mécanisme. Evidemment il y a bien d’autres mécanismes, mais là je schématise beaucoup.

J'arrive à une notion très importante, pour ceux qui traitent avec les antidépresseurs, on a le contrôle inhibiteur descendant. Ce contrôle inhibiteur descendant et aussi un des mécanismes de contrôle des voies de la douleur. Il va du tronc cérébral et part vers la corne postérieure de la moelle. Ce qui a été prouvé c'est que ce contrôle descendant a deux neurotransmetteurs très importants, qui sont la noradrénaline et la sérotonine. Donc si on donne des médicaments qui bloquent la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine en augmentant leur concentration dans la synapse au niveau de la moelle épinière, qu'est-ce qui va se passer ? On va contrôler le message douloureux. Et donc, ce qui est très difficile pour nous, c'est de convaincre un patient avec des douleurs chroniques de prendre des antidépresseurs. La première réaction à la libanaise, c'est « docteur, je ne souffre pas de dépression, je n'ai pas de problèmes dans la tête, je suis là pour ma douleur ». Mais quand on donne des antidépresseurs ce n'est pas parce que le patient est déprimé, peut-être entre autre il y a une certaine composante de dépression, mais c'est parce que les antidépresseurs agissent par ce biais. Et les meilleurs antidépresseurs sont les tricycliques, malgré leurs effets secondaires, parce qu'ils inhibent très bien les voies de la douleur. Et donc, quand un patient vient chez nous, on lui donne l'anafranil et le tryptizol, maintenant évidemment il y a bien d'autres molécules plus récentes, ce n'est pas parce qu'il est déprimé, mais c'est parce que ces molécules ont un effet propre antalgique. Et il faut bien expliquer ça au patient, parce que si on n'explique pas, il arrivera chez lui, il va voir que le tryptizol est un antidépresseur, il va toute de suite jeter ça et ne va pas le prendre.

Le dernier système de contrôle, est ce qu'on appelle le système endorphinique, c'est-à-dire, les morphiniques. Alors là, on donne les morphines par voie orales. Mais si on dort les morphines, c'est parce qu'il y a un système endogène de récepteurs, et c'est un système physiologique qui fait freiner la douleur.

Donc j'espère que durant cette présentation, je vous ai exposé bien sûr de façon très succincte, quelques notions des voies anatomiques et des voies physiologiques de la nociception.

Merci.

Dr. Michael Khoury

شكراً دكتور جوزيف معراوي. قلت لنا في تعريف الألم كيف الأحاسيس جزء لا يتجزء من التعريف. والذي لفتني في محاضرتك هو أن ليس هناك جزيء واحد لمعالجة الألم. والذي لفتني أيضاً هو فكرة douleur referée al. وهو مفهوم نراه أيضاً في المعالجة النفسيتية. وأريد أن أشكرك.

المحاضر الثاني هو إيلي الشاعر. وهو أستاذ طب عام ودماع الأعصاب. ورئيس دائرة علوم التشريح والخلايا والوظائف الحية في كلية الطب في CMBUA. وهو له دكتوراة في neuroscience ودكتوراة في الحقوق. وهو المحرر الرئيس International Journal for Woman Health-J.

[Traduit de l'arabe]

Merci Dr. Joseph Maarrawi, vous nous avez montré dans la définition de la douleur que les sentiments sont indivisibles de cette définition. Ce qui m'a beaucoup intéressé est qu'il n'y a pas qu'une seule manière de traiter la douleur. Ce qui m'a aussi intéressé est le concept de la douleur référée, que l'on voit aussi en psychothérapie. Je vous remercie.

Notre intervenant suivant est Eli Al Chaer, professeur en médecine générale, cérébrale et neurologique, et président de la section de chirurgie à l'AUBMC. Il détient un doctorat en neurosciences et un doctorat en droit, il est également président du journal international de la santé féminine.

Dr. Eli Al Chaer

I will switch a little to English, so indulge me with that. I want to thank the organizers, and in particular Dr. Maarrawi who introduced me to the society. Thank you all for being with us this afternoon.

Dr. Maarrawi already introduced most of the concepts that I will be talking about. His presentation focused mostly on the sensory aspects of pain. I will try to switch ears to the emotional aspect of pain. As he showed you, the agreed upon definition of pain, introduced by the International Association for the Study of Pain, is an unpleasant; and there is a big question mark on the “unpleasant”, many of us may find it pleasurable; sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage. So you do not necessarily have to have tissue damage, you can barely touch a hot stove and feel the pain to withdraw from it. Or sometimes you can anticipate an experience to be painful, and you try to avoid it. So the potential for tissue damage is a drive for you to feel the pain, or described sometimes in terms of such damage. When you listen to someone suffering, they tell you how they feel, you associate it with them, and you associate it to prior experiences. You do not have to be feeling it at the time, but you can always empathize with their pain. And it's the most common reason for any patient to see a physician. So it is usually described as unpleasant, towards the end of my talk I am going to highlight the “pleasant” aspects of pain. Sometimes it is referred to as bad, but there is a good sign to pain, it isn't always bad. The good side is when it's transient, when it's brief, it has a useful effect. It serves as a warning, it protects you, and it's an alarm. The problem is when this alarm goes on and on without a real threat, it turns into chronic. And this is the pain that persists for months or years. You can imagine yourself sitting in a hotel, like this one, and an alarm firing all the time, without any fire anywhere. So it's strictly an irritating pain, it's detrimental and it can lead to debilitation, depression, the emotional aspect is kicking in, disordered immune responses and intense suffering. And this is when the sensory aspect of the pain alone is no longer the sole target for treatment, other dimensions will have to come in, and hence the title of my presentation “The extrasensory dimensions of pain”, the major reason why patients seek medical attention. We spoke about pain as being good pain; well this is an example of what could happen to you in case you lived without pain, without the ability to feel pain. This is a case of congenital insensitivity to pain, a person born without the ability to feel pain. It's a rare condition. The cognition and sensation are usually normal; however, the inability to feel pain will prevent the subject from protecting themselves. They can mutilate their limbs, without ever suffering any pain from that; however they will die from the inflammations and subsequent infections that can follow the pain. In general, the sensory attributes of pain focus on its severity, yet its severity is not really a good caliber of the threat that is presented to your body. Take for instance the pain of viral gastroenteritis; it is a very mild case that many of us have gone through. The pain of viral

gastroenteritis is very severe, but it is not life threatening. The flipside is pancreatic cancer. Pancreatic cancer is a life threatening disease that may kill you, yet its pain is very mild. Although severity is a main sensory attribute of pain, perhaps it is not the best attribute. Quality of pain is another attribute, and we're going to look at slides that describe the several qualities of pain. The location of pain, where is it? Is it immediately related to an injury? Or is it the type of referred pain that Dr. Maarrow described. Is it the type that is caused in your gut, yet you feel it in your shoulder? Or the pain is in your heart and you feel it in your left arm? So the location is of importance. The temporal pattern is of importance. Is it a pain that has been there for one day, two days, three days, three months or years? So, all of these are good sensory attributes. And what are the exacerbating and relieving factors of pain? What makes it worse, and what makes it better. These are attributes that you need to focus on. Unfortunately, when we look at them, we always tend to look at them in a very linear sense. The intensity is on a scale of zero to ten. Okay well, what does a pain of ten means versus a pain of five? Well it varies by individual, it varies by the type of pain that you are experiencing, and it varies by the environment, the setting, the stress. It varies with all of the things that exist around you. So when we use this scale, we should use it a little bit with caution. I like to fall always on this quote by Von Bayer, "Describing pain only in terms of its intensity is like describing music only in terms of loudness". So you're missing the kind of pain that the patient is suffering. You're missing the suffering element in your patient, when you simply ask: what is the intensity of your pain? Therefore, additional qualities were brought into the picture. What kind of pain do you feel? Is it pricking? Is it cutting and stabbing, burning etc.? You get through a list. Still, I mean you're talking here about a single dimension of the pain. Well if it is pricking and on a scale of ten, what does it tell you? Does it tell you much? Maybe you can crank up the dose. It's still a very linear concept. And this linear concept again has its roots in the Cartesian concept that Dr. Maarrow put forth, elaborated by René Descartes, a few hundred years ago. It looked at pain or the concept of pain as a line passing from your limb and all the way to your brain. For over 300 years, most of the research on pain focused on finding this pathway. Where is it, where does it start and where does it end? What are the connectors in this pathway? What kind of transmitters work to make the signals propagate between origin and end? How do we block them? So we were very much linearly focused in our approach, and that is why, most of the time, we failed. We did not consider, actually, most of the other factors that come into the picture. Today we know better. We know that most of the Cartesian system falls here, in one box between the peripheral nervous system and the brain. But there are so many factors that come into the picture, in generating you bodily symptoms and your pain experience. They include your emotions. What make up your emotions? What factors can come in into defining and shaping your emotions. Your memories, your genetics, your temperament, the stress under which you live and are subjected, environmental modifiers, the trash all around you, affect your emotional reactions to things. You become more sensitive with more garbage around. Your cognitive abilities. What do I know about my condition? Does this condition affect my stress? Does it reduce it? Does it increase it? How does it affect my nervous system? So any time we have a disease, an injury or a trauma, the linear path is confounded by all these factors that come in. And this is not really philosophy. We are beginning to identify the actual neuro-anatomical path that underlies all these connectivities. This is a brief illustration of some of these pathways, it is along the lines of what you have seen earlier, but for those of you who couldn't follow it in French, and this is your chance to follow it in English. So we start from the periphery, with all of the nerves feeding into the spinal cord to the brain stem. We have a number of areas in the brain stem that help control the pain. The PAG is a center that is very highly responsive to opiates, to morphine treatments, and it helps regulate the response to pain with morphine. The Parabrachial nucleus is also a nucleus on the level of the brain stem, and both of these feed their information

into sensory pathways, that go through the thalamus and all the way to the primary sensory cortex, in the brain and back. So this is a sensory motor, nociceptive component of the pain. There is also another parallel pathway that goes through the insula, in another cortex, into the ACC and the prefrontal cortex. And this is where your emotional reaction, or emotional response to pain, comes into the picture. Is the response of these areas strictly unpleasant? Do we always get unpleasantness when we stimulate these areas? No. In fact, the ACC can respond to pain stimulus in trial, but it can also respond to your looking at a picture of a loved one, it can respond to sexual arousal. So any of these collections of emotions can activate the emotional sensors collectively, and at the same time they can activate the pain response pathway. So you start with a nociceptive input, the sensory pathway gives you a reaction to the perceived intrusion or threat, this sensory processing is compounded by your emotional processing, that follows this path with includes the arousal, autonomic and somatomotor etc., all the way up to your secondary pain affect and your response to pain.

How do we respond to pain? The response can be a sensory motor response, a withdrawal reflex, you put your hand on a hot stove and you pull your hand back. You didn't feel any emotions about it, it's strictly a withdrawal protective response, and it is good pain. Escape is the same, you step on a nail and you jump, it's an escape reflex. You're trying to protect yourself. But gradually, as pain intensifies and as its duration stretches in time, you get fear, anxiety, irritability, you get depression, you get immobilization if you have a long term arthritis around a joint, you tend to keep this joint immobile. And of course you have autonomic reactions to any painful stimulation or any painful condition. Let's look at a few pictures of patients in pain. This is a patient with trigeminal neuralgia; it's a condition that affects the nerves in your face and one that cannot be easily treated. If you look at the picture of this patient, you see her guarding her face constantly, we see a bit of malaise, a bit of suffering going on. If we go to a more severe condition, causalgia, we have a patient with a gunshot wound of the brachial plexus, you see here the suffering on their face, and they're guarding their body. This is, by the way, a patient that would be having something called allodynia, and increased sensitivity to touch. You touch them and they feel pain. That is actually real, not psychological, it is real pain.

And perhaps the best artwork, or the best stories that we have on pain come from Frida Kahlo. Frida Kahlo had polio at the age of 6, and at the age of 15 she was in a severe bus accident in which a long metal rod entered her chest, injured her spine and exited through her pelvis. So you can imagine how severe her pain was. And she was bedridden for most of her life. She painted from bed, she would lie on her back and paint from bed, and she was one of the best artists who were able to express their pain in art. This is a self- portrait of Frida Kahlo here. If you look at her, you can see the despair in her face, it is a very emotionless face. She is not expressing any emotions, she's almost dead. You can see the tearing coming down from her face, and if you look at the background behind her, it is a barren desert, no life. This is a reflection of the social isolation that she lived through while she was in pain. When you talk about the emotions associated with pain, they're very real. They are real, sad, and extreme emotions. When she was asked about her surrealistic view of the world, why do you paint like that? This is a portrait of herself actually, called “without hope”, that she painted in 1945 from bed. She said, “They thought I was a Surrealist, but I wasn't. I never painted dreams. I painted my reality.” This is how she felt in bed. This is beyond extreme depression, beyond extreme despair. I don't know what kept her from committing suicide, maybe family support, maybe faith, or maybe other things that were going on in her life. But pain may drive you to suicide. This article “Pain drove agent to end his life” is the story of an agent in a federal agency in the US, who was living with chronic pain and decided at some point that he could no longer take it. And he ended

his life. Do we all end up like that? Do we all end up depressed, or suffering? No. Why not? Because there are individual differences in our pain perception. We are not all alike, we do not see the world alike, and we do not feel pain alike. This is a clinical study in which individuals, 6 of them were classified as sensitive, and 6 of them were classified as insensitive, based on how they would react to a painful stimuli applied to their arm. During that test, they were also subjected to brain imaging to see which parts of their brain would light up. In both groups, the sensitive and insensitive, the thalamus lit up, the sensory pathway that Dr. Maarrawy described lit up. In both groups, the sensory components of the pathways responded to the painful stimulus. Only in the highly sensitive group do we see activation in the ACC and in areas like the insular cortex where the emotional components of the pain come into the picture. So, we are not all like, we have different thresholds, different perceptions, and our brains respond differently. It is not strictly a psychological, non-biological perception. It is a psychological, biological, and organic difference that defines how we perceive pain.

And I mentioned earlier that it is usually described as unpleasant, but it is not always the case. Pain sometimes can feel good. In the case of masochists, those who live at the intersection of Pleasure Street and Pain Avenue, they feel pain, yet they enjoy it. Why? Perhaps some of them enjoy the pity that derives from pain, when people look at them at pity them. They derive support from that. Others are admired for forbearance. “Look at me, I can take pain, I can stand pain, I am a very strong man”. It depends on what this pain is giving you. Many religious practices, this is a chalice that many Christians used to wear to simulate the suffering of Christ throughout their lives. This is an artwork. And this is another religious practice that we’re going to see perhaps in a week from now, where also many Muslims will go and injure themselves willingly. Are they not suffering? Yes, there is an element of suffering. As to why they do it, you have to ask them. My point is that pain is not always unpleasant. Sometimes it can be pleasurable.

And on that note, I would like to end my presentation today and give you room for questions, if there are any.

Thank you

[Traduit de l’anglais]

Je tiens à remercier les organisateurs, et en particulier le Dr Maarrawi qui m’a présenté à la société. Merci à tous d’être avec nous cet après-midi.

Le Dr Maarrawi a déjà introduit la plupart des concepts dont je parlerai. Sa présentation portait principalement sur les aspects sensoriels de la douleur. Je vais tenter de tourner votre attention vers l’aspect émotionnel de la douleur. Comme il vous l’a montré, la définition convenue de la douleur, introduite par l’Association internationale pour l’étude de la douleur, est une désagréable; et il y a un gros point d’interrogation sur le «désagréable», beaucoup d’entre nous le trouverons agréable; expérience sensorielle et émotionnelle associée à des dégâts tissulaires réels ou potentiels. Donc, vous ne devez pas nécessairement avoir des dommages aux tissus, vous pouvez à peine toucher un poêle chaud et ressentir la douleur. Ou parfois, vous pouvez anticiper une expérience douloureuse, et vous essayez de l’éviter. Donc, le risque d’endommager les tissus est une raison pour que vous ressentiez la douleur, ou décrit parfois en fonction de ces dommages. Lorsque vous écoutez une personne souffrante, elle vous dit comment elle se sent, vous l’associez à elle et vous l’associez à des expériences antérieures. Vous ne devez pas le sentir

pour faire preuve de sympathie. Et c'est la raison la plus fréquente pour tout patient de consulter un médecin. Donc, le sentiment est généralement décrit comme étant désagréable, vers la fin de mon exposé, je vais mettre en évidence les aspects «agréables» de la douleur. Parfois, on parle de mauvais, mais il y a un bon signe de douleur, ce n'est pas toujours mauvais. Le bon côté est quand elle est transitoire, lorsqu'elle est brève, elle a un effet utile. Elle sert d'avertissement, elle vous protège, et c'est une alarme. Le problème est quand cette alarme continue et continue sans une menace réelle, elle devient chronique. Et c'est la douleur qui persiste pendant des mois ou des années. Vous pouvez vous imaginer assis dans un hôtel, comme celui-ci, et une alarme se déclenche tout le temps, sans aucun feu nulle part. C'est donc strictement une douleur irritante, elle est compromettante et peut entraîner la dépression, l'aspect émotionnel, les réponses immunitaires désordonnées et les souffrances intenses. Et c'est à ce moment-là que l'aspect sensoriel de la douleur seule n'est plus la seule cible de traitement, d'autres dimensions devront entrer en jeu, et d'où le titre de ma présentation «Les dimensions extrasensorielles de la douleur», la raison principale pour laquelle les patients recherchent les soins médicaux. Nous avons parlé de la douleur comme une bonne douleur; Bien, c'est un exemple de ce qui pourrait vous arriver au cas où vous viviez sans douleur, sans pouvoir ressentir la douleur. C'est un cas d'insensibilité congénitale à la douleur, une personne née sans pouvoir ressentir la douleur. C'est une condition rare. La cognition et la sensation sont habituellement normales; cependant, l'incapacité à ressentir la douleur empêchera le sujet de se protéger. Ils peuvent mutiler leurs membres, sans jamais souffrir, mais ils vont mourir des inflammations et des infections qui en résultent. En général, les attributs sensoriels de la douleur se concentrent sur sa sévérité, mais sa sévérité n'est pas vraiment un bon calibre de la menace qui est présentée à votre corps. Prenons par exemple la douleur de la gastro-entérite virale; c'est un cas très doux que beaucoup d'entre nous avons vécu. La douleur de la gastro-entérite virale est très sévère, mais elle n'est pas mortelle. Le cas contraire est le cancer du pancréas. Le cancer du pancréas est une maladie mortelle qui peut vous tuer, mais sa douleur est très douce. Bien que la gravité soit un attribut sensoriel principal de la douleur, peut-être n'est-il pas le meilleur attribut. La qualité de la douleur est un autre attribut, et nous allons voir les diapositives qui décrivent les différentes qualités de la douleur. L'emplacement de la douleur, où est-ce? Est-ce immédiatement lié à une blessure? Ou est-ce le type de douleur mentionnée par M. Maarray. Est-ce le type qui est causé dans votre intestin, mais vous le sentez dans votre épaule? Ou la douleur est-elle dans votre cœur et vous le sentez dans votre bras gauche? L'emplacement est donc important. Le modèle temporel est important. Est-ce une douleur qui existe depuis un jour, deux jours, trois jours, trois mois ou des années? Donc, tous ces éléments sont de bons attributs sensoriels. Et quels sont les facteurs exacerbant ou soulageant? Ce qui la rend pire ou l'améliore. Ce sont des attributs sur lesquels il faut se concentrer. Malheureusement, quand nous les regardons, nous avons toujours tendance à les regarder dans un sens très linéaire. L'intensité est sur une échelle de zéro à dix. D'accord, mais que signifie une douleur d'intensité dix comparée à une douleur de cinq? Bien, cela varie selon les individus, cela varie selon le type de douleur que vous rencontrez, et cela varie selon l'environnement, la situation, le stress. Cela varie avec toutes les choses qui existent autour de vous. Donc, lorsque nous utilisons cette échelle, nous devrions l'utiliser un peu avec prudence. J'aime toujours revenir sur cette citation de Von Bayer: «Décrire la douleur uniquement en termes d'intensité, c'est comme décrire la musique uniquement en termes d'intensité sonore». Donc, vous manquez le genre de douleur que souffre le patient. Vous manquez l'élément de souffrance chez votre patient, lorsque vous demandez simplement: quelle est l'intensité de votre douleur? Par conséquent, des qualités supplémentaires ont été mises en jeu. Quel type de douleur ressens-tu? Est-ce une piqûre? Vous obtenez une liste. Pourtant, je veux dire que vous parlez ici d'une seule dimension de la douleur. Eh bien, si elle pique et sur une

échelle de dix, qu'est-ce que cela vous dit? Cela vous en dit-il beaucoup? Peut-être que vous pouvez augmenter la dose. C'est toujours un concept très linéaire. Et ce concept linéaire a ses racines dans le concept cartésien que le Dr Maarrawi a présenté, élaboré par René Descartes, il y a quelques centaines d'années. Il a examiné la douleur ou le concept de la douleur comme une ligne passant par votre membre jusqu'à votre cerveau. Depuis plus de 300 ans, la plupart des recherches sur la douleur se sont concentrées sur la recherche de cette voie. Où est-elle, où commence-t-elle et où se termine-t-elle? Quels sont les connecteurs de cette voie? Quels types d'émetteurs fonctionnent pour que les signaux se propagent entre origine et fin? Comment les bloquons-nous? Nous nous sommes donc beaucoup concentrés sur cette approche, et c'est pourquoi, la plupart du temps, nous avons échoué. Nous n'avons pas considéré, en fait, la plupart des autres facteurs qui entrent dans l'image. Aujourd'hui, nous savons mieux. Nous savons que la plupart du système cartésien tombe ici, dans une boîte entre le système nerveux périphérique et le cerveau. Mais il y a tellement de facteurs qui entrent en jeu, en générant des symptômes corporels et votre expérience de la douleur. Ils incluent vos émotions. Quelles sont vos émotions? Quels facteurs peuvent entrer dans la définition et la mise en forme de vos émotions. Vos souvenirs, votre génétique, votre tempérament, le stress sous lequel vous vivez et vous êtes soumis, les modificateurs environnementaux, les déchets tout autour de vous, affectent vos réactions émotionnelles envers les choses. Vous devenez plus sensibles avec plus de déchets autour de vos capacités cognitives. Que sais-je de mon état? Est-ce que cette affection affecte mon stress? Le réduit-il? L'augmente-t-elle? Comment affecte-t-il mon système nerveux? Donc, chaque fois que nous avons une maladie, une blessure ou un traumatisme, le chemin linéaire est confondu par tous ces facteurs qui entrent. Et ce n'est pas vraiment de la philosophie. Nous commençons à identifier le chemin neuro-anatomique actuel qui sous-tend toutes ces connectivités. Ceci est une brève illustration de certaines de ces voies, c'est similaire à ce que vous avez vu plus tôt. Nous commençons donc par la périphérie, tous les nerfs se nourrissant de la moelle épinière vers le tronc cérébral. Nous avons un certain nombre de domaines dans le tronc cérébral qui contribuent à contrôler la douleur. Le PAG est un centre qui répond très fortement aux opiacés, aux traitements de morphine et aide à réguler la réponse à la douleur avec la morphine. Le noyau Para Breaker est également un noyau au niveau de la tige cérébrale, et ces deux alimentent leur information dans les voies sensorielles, qui traversent le thalamus et tout le chemin vers le cortex sensoriel primaire, dans le cerveau et le dos. Il s'agit donc d'un moteur sensoriel, composant nociceptif de la douleur. Il existe également une autre voie parallèle qui passe par l'insula, dans un autre cortex, dans l'ACC et le cortex préfrontal. Et c'est là que votre réaction émotionnelle, ou réponse émotionnelle à la douleur, survient. La réponse de ces zones est-elle strictement désagréable? Avons-nous toujours des sentiments désagréables lorsque nous stimulons ces zones? Non. En fait, l'ACC peut répondre au stimulus de la douleur, mais il peut également répondre à votre vision d'une personne aimée, à l'éveil sexuel. Ainsi, l'une de ces collections d'émotions peut activer collectivement les capteurs émotionnels et, en même temps, elles peuvent activer la voie de la réponse à la douleur. Donc, vous commencez par une entrée nociceptive, la voie sensorielle vous donne une réaction à l'intrusion ou à la menace perçue, ce traitement sensoriel est aggravé par votre traitement émotionnel, qui suit ce chemin qui inclut l'excitation, l'autonomie et le somatomoteur, etc. Jusqu'à votre effet secondaire sur la douleur et votre réponse à la douleur.

Comment réagissons-nous à la douleur? La réponse peut être une réponse motrice sensorielle, un réflexe de retrait, vous mettez votre main sur un poêle chaud et vous retirez votre main. Vous n'avez pas éprouvé d'émotions, c'est strictement une réponse protectrice de retrait, et c'est une bonne douleur. La fuite de même, vous marchez sur un clou et vous sautez, c'est un réflexe de fuite. Vous essayez de vous

protéger. Mais peu à peu, au fur et à mesure que la douleur s'intensifie et que sa durée s'étend au fil du temps, vous obtenez de la peur, de l'anxiété, de l'irritabilité, de la dépression, de l'immobilisation si vous avez une arthrite à long terme autour d'une articulation, vous avez tendance à garder ce joint immobile. Et bien sûr, vous avez des réactions autonomes à toute stimulation douloureuse ou à n'importe quel état douloureux. Examinons quelques images de patients souffrant de douleur. Il s'agit d'un patient présentant une névralgie du trijumeau; c'est une condition qui affecte les nerfs de votre visage et qui ne peut être facilement traitée. Si vous regardez l'image de cette patiente, vous la voyez en train de tenir son visage constamment, nous voyons un peu de malaise, un peu de souffrance. Si nous passons à une condition plus sévère, la causalgie, nous avons un patient avec une blessure de balle du plexus brachial, vous voyez ici la souffrance sur son visage, et il tient son corps. C'est un patient qui aurait quelque chose appelé allodynie, donc une sensibilité accrue au toucher. Vous les touchez et ils ressentent de la douleur. C'est réellement une douleur, ce n'est pas psychologique, c'est vraiment une douleur.

Et peut-être la meilleure œuvre d'art, ou les meilleures histoires que nous avons de la souffrance proviennent de Frida Kahlo. Frida Kahlo avait une polio à l'âge de 6 ans et, à l'âge de 15 ans, elle était dans un accident de bus sévère dans lequel une longue tige de métal est entrée dans son poitrine, et a blessé sa colonne vertébrale et a quitté son pelvis. Donc, vous pouvez imaginer combien sa douleur était intense. Et elle a été au lit pour la plupart de sa vie. Elle faisait sa peinture au lit, et elle était l'un des meilleurs artistes qui pouvaient exprimer leur peine dans l'art. C'est un autoportrait de Frida Kahlo ici. Si vous la regardez, vous pouvez voir le désespoir dans son visage, c'est un visage très émotif. Elle n'exprime pas d'émotions, elle est presque morte. Vous pouvez voir les larmes descendre sur son visage, et si vous regardez le fond derrière elle, c'est un désert stérile, pas de vie. Cela reflète l'isolement social qu'elle a vécu alors qu'elle souffrait. Lorsque vous parlez des émotions associées à la douleur, elles sont très réelles. Ce sont des émotions réelles, tristes et extrêmes. Quand on lui a demandé sa vision surréaliste du monde, pourquoi peignez-vous comme ça? C'est un portrait d'elle-même, appelé «sans espoir», qu'elle a peint en 1945 depuis son lit. Elle a dit: «Ils pensaient que j'étais surréaliste, mais je ne l'étais pas. Je n'ai jamais peint des rêves. J'ai peint ma réalité.» C'est comme ça qu'elle se sentait au lit. C'est au-delà de la dépression extrême, au-delà du désespoir extrême. Je ne sais pas ce qui l'a empêchée de se suicider, peut-être le soutien de la famille, peut-être la foi, ou peut-être d'autres choses qui se passaient dans sa vie. Mais la douleur peut vous conduire au suicide. Cet article intitulé «la douleur a poussé un agent à mettre fin à sa vie» est l'histoire d'un agent dans une agence fédérale aux États-Unis, qui vivait avec une douleur chronique et a décidé à un moment donné qu'il ne pouvait plus la supporter. Et il a mis fin à sa vie. Est-ce que nous finissons tous comme ça? Sommes-nous tous déprimés ou souffrants? - Non ? Pourquoi pas ? Parce qu'il y a des différences individuelles dans notre perception de la douleur. Nous ne sommes pas tous semblables, nous ne voyons pas le monde entier, et nous ne ressentons pas la douleur. Il s'agit d'une étude clinique dans laquelle les individus, dont 6 ont été classés comme sensibles, et 6 d'entre eux ont été classés comme insensibles, en fonction de la façon dont ils réagissaient à des stimuli douloureux appliqués à leur bras. Au cours de ce test, ils ont également été soumis à une imagerie cérébrale pour voir quelles parties de leur cerveau s'allumeraient. Dans les deux groupes, les sensibles et insensibles, le thalamus s'est éclairé, la voie sensorielle que le Dr Maarraya a décrite. Dans les deux groupes, les composantes sensorielles des voies ont répondu au stimulus douloureux. Seulement dans le groupe très sensible, on voit l'activation dans l'ACC et dans des domaines comme le cortex insulaire où les composantes émotionnelles de la douleur entrent dans l'image. Donc, nous ne sommes pas tous comme, nous avons des seuils différents, différentes perceptions, et nos cerveaux répondent différemment. Ce n'est pas stric-

tement une perception psychologique, non biologique. C’est une différence psychologique, biologique et organique qui définit la perception de la douleur.

Et j’ai déjà mentionné qu’elle est généralement décrite comme étant désagréable, mais ce n’est pas toujours le cas. La douleur peut parfois faire sentir bien. Dans le cas des masochistes, ceux qui vivent à l’intersection de la Rue du Plaisir et l’Avenue de la Douleur, ils ressentent la douleur, mais ils l’apprécient. Pourquoi? Peut-être certains d’entre eux apprécient la pitié qui découle de la douleur, quand les gens les regardent avec pitié. Ils tirent leur soutien de cela. D’autres sont admirés pour leur résilience. «Regardez-moi, je peux souffrir, je peux supporter la douleur, je suis un homme très fort». Cela dépend de ce que cette douleur vous donne. De nombreuses pratiques religieuses, c’est un calice que beaucoup de chrétiens portaient pour simuler la souffrance du Christ tout au long de leur vie. C’est une œuvre d’art. Et c’est une autre pratique religieuse que nous allons voir peut-être dans une semaine à partir de maintenant, où aussi beaucoup de musulmans vont se blesser volontiers. Ne souffrent-ils pas? Oui, il y a un élément de souffrance. Quant à savoir pourquoi ils le font, vous devez leur demander. Mon point de départ est que la plaine n’est pas toujours désagréable. Parfois elle peut être agréable.

Et sur ce point, j’aimerais terminer ma présentation aujourd’hui et vous donner l’occasion de poser des questions, s’il y en a. Je vous remercie.

Dr. Michael Houry

ككراً دكتور شاعر. أحسست أن محاضرتك أيضاً كان فيها شعرك. وأيضاً سلط الضوء على كل ما هو extransen- مثلما يقول عنوان محاضرتك. وركزت أيضاً على المشاعر والعاطفة في الألم. وركزت أيضاً على الجيد والسيئ. أن الألم ليس فقط شيء سيئ أو صعب. إنما يمكن أن يكون جيد وأن يكون له إيجابيات على الأقل. وتكلمت أيضاً على أن الوجد الحقيقي ليس نفسياً. وآخر شيء أريد أن أشير إليه هو أنك سلط الضوء على أنه لا يمكن حصر المعاناة حاسة درجات شدتها وأن الأمر ليس بهذه البساطة. شكراً جزيلاً لك.

[Traduit de l’arabe]

Merci Dr. Chaer. Vous avez mis en relief tout ce qui est extrasensoriel, comme l’énonce le titre de votre présentation. Vous vous êtes aussi focalisé sur les émotions liées à la douleur, et sur le bon et le mauvais. La douleur n’est pas toujours mauvaise ou difficile, mais peut être positive. Vous avez aussi dit que la douleur réelle n’est pas psychologique. Le dernier point que je veux signaler est que vous avez mis en relief le fait que la douleur ne peut être limitée par son degré d’intensité, ce n’est pas aussi simple.

Merci à vous docteur.

Dr. Bechara El Asmar

I just want to say that it’s always a privilege to attend your presentations, because it’s always based on true facts in life, and with a special humanistic soul.

Dr. Michael Houry

دكتور رولان قدوم هو المتكلم الثالث اليوم. سوف أعرف عنه في الإنجليزية.

Joined AUBMC in 2012, as assistant professor at the Department of Anesthesiology, from St Jude’s Children Research Hospital in Memphis, Tennessee where he worked from 2008 until 2011. Dr. Kaddoum conducted medical research at St. Jude and his main interests were the management of chronic pain of children with cancer, pediatric regional anesthesia, and pediatric airway management for children with mediastinal masses. He is currently director of pediatric anesthesia and director of the operating room in AUBMC. Please help me in welcoming Dr. Kaddoum.

[Traduit de l’arabe et l’anglais]

Dr. Roland Kaddoum est notre troisième intervenant aujourd’hui. Il a rejoint l’AUBMC en 2012, en tant que professeur assistant du département d’anesthésiologie, après avoir travaillé

Après avoir travaillé à l’hôpital de recherche Sainte Jude pour les enfants à Memphis, où il a travaillé de l’an 2008 à 2011. Il est aujourd’hui le directeur d’anesthésie pédiatrique et le directeur de la salle d’opérations de l’AUBMC.

Dr. Roland Kaddoum

Hello everyone. I would like to start by thanking the society, and Joseph, he’s an old friend, for this opportunity. So why am I here today, giving this 20 minute lecture? First of all because I joined the AUBMC anesthesia department four years ago. And as mentioned, I worked in St. Jude’s Children Hospital where I really felt that we are in deep trouble in Lebanon. The people of Lebanon, you for example, if you suffer at home, of any kind of pain, it could be a tooth pain, a back ache, a fracture, any kind of pain, you cannot be treated in Lebanon. And I really feel it is a huge issue, how far behind we still are in Lebanon. So I’m going to explain more during this presentation. But first, is an anesthesiologist like me giving a presentation about pain management, because like I mentioned, I worked at St. Jude’s, and we did a lot of extremely painful procedures over there, like amputation. If you had an extensive cancer in a baby, you had to do an amputation, and it is extremely painful. But guess what? All these kids were pain free, and smiling at us. Here I come to Lebanon; I cannot prescribe morphine in Lebanon because of the law. So like Dr. Chaer mentioned, it is true that the pain intensity by itself is not enough, but it is the most important question to ask a patient. When you see someone in pain, and I ask this question to our medical student in AUB, if you have severe back pain what would you do? They say they would take Panadol or Advil. Well, before you decide what you need to take for pain, you have to ask yourself the question or your patient, from 0 to 10, 0 being no pain at all and 10 being the most unbearable pain, where is your pain level. We define mild pain if your score is 4 or less, moderate pain by definition is a score of five to six; from seven to ten is severe pain. It is extremely important to have this number, by the way this scale that we call the numerical rating scale, is for patients of more than seven years of age. This means that if you’re not a pediatric, this is a question that you will have to ask most of your patients. Between five and seven year old we give them the Faces Pain Scale and ask them to show us which face describes their pain better. These kids, believe it or not, they cannot give you a number but they can show you a face. Less than five years old we call it the

flat scale, we are not going to explain this today.

Really, I wanted you all to know that we are in major trouble in Lebanon. What are the barriers to good pain assessment? First, lack of knowledge and education in pain assessment. Patients don't know, physicians don't know. And the other problem is time and reimbursement pressures, because in Lebanon, pain is not covered by insurances. In the US it is covered, a physician can spend an hour in the states to talk to his patient; it is not the case in Lebanon. And then failure of healthcare providers to conduct pain assessments that are consistent, complete and documented. If you do not document what you are doing you think you are doing your job, but you are not. It is extremely important for nurses on the floor for example, to go over the charts of these patients and ask the pain question, and go back to the chart and document it. If the patient did not call the nurse, it does not mean that the patient is not in pain.

WHO published four key concepts in their guidelines. That was a very long time ago. I see in Lebanon that we are still missing them. These guidelines are the ABC of pain management. I am not talking today about catheter placement or ultrasound etc.; I am talking about the ABCs of pain management published by the WHO. You need to treat pain by the ladder. What does that mean? WHO published in 1986, so almost 30 years ago, this ladder of pain. Which means it was published initially to treat cancer, but it was extended a few years later to treat any kind of pain. So first, like I said, you ask the question “where is your pain score”. For mild pain you prescribe Panadol. This ladder was published initially in 1986 by the WHO. The first step of the ladder represents mild pain where you administer Panadol, etc. When I asked a medical student “What would you take when you have a back ache?” he answered “Panadol or Ibuprofen”. That is not the answer, because that is used for the last ladder, for severe pain where you use strong opiates like morphine. For mild pain, you administer XXX or Paracetamol, for moderate pain, around 5 or 6 on the pain scale, you administer Tramal or Codeine, and for severer degrees, opiates. This applies to any kind of pain. So if you are in the United States and wake up one day with a severe tooth ache, you do not administer Panadol, but Vicodin, which is unavailable in Lebanon. The major problem is how to treat pain at home, not at hospitals where IV morphine, per example, is available. In the Lebanese market, the only kinds of morphine available are Long Acting Morphine and Methadone. But Methadone, with which I used to treat patients in the US, cannot be used in Lebanon, because it is only used in rehab centers in this country. Also, according to the Lebanese law, Long Acting Morphine can only be prescribed by oncologist physicians and physicians with pain management fellowships. I have a fellowship in pediatric anesthesia, and therefore cannot prescribe it. That is also a main problem in Lebanon. To get an idea of how big this problem is, there is something called the International Narcotic Control Board. It is an independent monitoring body that sees how much morphine equivalent per capita is used in each country. If not enough morphine equivalent is used per capita in a given country, that means pain is not being treated efficiently, because cancer, car accidents, all sorts of pain are present around the world and need treatment. The data I am showing dates back to 2010. In Canada, per example, the equivalent is 753 mg per capita; in the US, it is 693 mg per capita; 50 in Iran, 220 in France, 376 in Germany. In Lebanon, however, it only equals 5 mg per capita. This means that if you have any kind of severe pain, you cannot be treated in Lebanon, but you can take one pill of Vicodin in another country to get rid of the pain. It is a major problem in Lebanon, but it is also a worldwide issue. Residents of the US and Europe, which constitute 18% of the global population, consume 84% of global morphine. The remaining 82% of the global population consume no more than 16% of global morphine. We submitted this paper to the LANCET two weeks ago. Dr. Hitti, who is the chair of the ER department in the American University of Beirut, and myself used to chat about all the morphine addiction cases she encountered during her career in John Hopkins in the US. I was very happy

treating pain in St. Jude’s in Memphis, Tennessee. She is now very happy to see rare cases of opiate addiction in Lebanon, whereas I’m upset that I can no longer treat pain efficiently. We submitted this paper, “The Prescription Opiates Paradox: Global Crisis vs. National Epidemic”. While chatting with colleagues, I learned that the Lebanese Ministry of Health formed a palliative care committee to import medication to the Lebanese market. We will soon have Hydromorphone, Oxycodone, and so on. This is another slide with the prices of these medications. But I do not believe this will solve the problem. Here’s an example: In 1990, the International Narcotic Board stated that it was worried about the low consumption levels of morphine for medical purposes in Italy. The consumption in Italy back then used to be around 19 mg per capita although different sorts of medication were available on their market. It took the Italian Ministry of health 8 years to treat this problem. So what was the problem? First the prescription, or what they call an SPF, was a long document that required half an hour to be filled by a physician. The amounts he could prescribe last up to one week. In the US, I was able to give refills that would last up to one month, whereas in Italy, you’d have to renew your SPF weekly. Also, penalties were severe at the time in Italy. Therefore, physicians would leave patients to take mild medication instead. So the Ministry of Health amended the law where physicians no longer had to fill long SPFs, but normal antibiotic prescriptions, and could give patients up to one month’s supply, and penalties became more lenient. Today, consumption of morphine in Italy is 140mg per capita. What I am trying to say is that having enough medication, like what is being attempted in Lebanon, is not enough. We need to open up prescription. When I came to Lebanon and spoke to the Ministry of Health, saying that I have a St. Jude patient at AUMBC that needs morphine, but I cannot prescribe morphine, I was told I needed to send a letter to the Minister of Health, and in turn he will send it to.... Well, we are far behind, and need to open up prescription of morphine, not only to oncologists... I am not asking to step up to the levels of Canada or Europe, but somewhere around the 220 mg mark would be far better.

How do we fix the problem? All we have to do is copy the system present in other countries. First, we need a digitized system that can control physicians and patients. Second, we need to change the law. Third, we need to educate both patients and physicians on how to treat pain. I am sure most of you did not realize you could treat severe pain in the US, but not in Lebanon. Here, you can take a lot of Ibuprofen, 800 mg thrice a day, or 4 g of Panadol a day, or Tramal, which is prescribed for moderate pain according to the WHO, but you cannot do much more since you only have a back ache and not cancer.

So what message are we trying to send? First, we need to admit that we are not able to treat pain in Lebanon in order to improve. I appreciate the science and the slides, but if we need to admit this basic truth. Second, we need better communication between physicians and patients. We need better assessment and reassessment of pain. It is a medical issue. If you give a patient medication, you need to know what’s happened with them later. Documentation is key. Third, we need to change the law in order to allow more physicians in Lebanon to prescribe this medication. Thank you.

[Traduit de l’anglais]

Bonjour à tous Je voudrais commencer par remercier la société, et Joseph, il est un ancien ami, pour cette opportunité. Alors, pourquoi suis-je ici aujourd’hui, à donner cette conférence de 20 minutes? Tout d’abord parce que j’ai rejoint le département d’anesthésie AUBMC il y a quatre ans. Et comme je l’ai mentionné, j’ai travaillé dans le St. Jude’s Children Hospital où j’ai vraiment senti que nous éprouvions de

graves problèmes au Liban. Au Liban, par exemple, si vous souffrez à la maison, de quelque douleur, il pourrait s'agir d'une douleur dentaire, d'un mal au dos, d'une fracture, de n'importe quelle douleur, vous ne pouvez pas être traité au Liban. Et je pense vraiment que c'est un problème énorme. Je vais donc en expliquer davantage lors de cette présentation. Mais d'abord, c'est un anesthésiste comme moi qui fait une présentation sur la gestion de la douleur, car, comme je l'ai mentionné, j'ai travaillé chez St. Jude, et nous avons fait beaucoup de procédures extrêmement douloureuses là-bas, comme l'amputation. Si vous avez eu un cancer étendu chez un bébé, vous devez faire une amputation et c'est extrêmement pénible. Mais devinez quoi? Tous ces enfants n'avaient pas de douleur et nous souriaient. Je viens ici au Liban; je ne peux pas prescrire de la morphine en raison de la loi. Comme l'a dit le Dr Chaer, il est vrai que l'intensité de la douleur n'est pas suffisante, mais c'est la question la plus importante à poser à un patient. Lorsque vous voyez quelqu'un souffrir, et je pose cette question à nos étudiants en médecine à AUB, si vous souffrez de douleurs dorsales sévères, que feriez-vous? Ils disent qu'ils prendront Panadol ou Advil. Eh bien, avant de décider ce que vous devez prendre pour la douleur, vous devez vous poser la question ou la poser à votre patient, de 0 à 10, 0 sans douleur et 10 étant la douleur la plus insupportable, où est votre niveau de douleur. Nous définissons des douleurs douces si votre score est de 4 ou moins, la douleur modérée par définition est un score de cinq à six; de sept à dix ans est une douleur intense. Il est extrêmement important d'avoir ce nombre, de même que cette échelle que nous appelons l'échelle de notation numérique, qui est destinée aux patients de plus de sept ans. Cela signifie que si vous n'êtes pas pédiatre, c'est une question que vous devrez demander à la plupart de vos patients. Entre cinq et sept ans, nous leur donnons l'échelle de la douleur et nous leur demandons de nous montrer quel visage décrit mieux leur douleur. Ces enfants, croyez-le ou non, ils ne peuvent pas vous donner un numéro, mais ils peuvent vous montrer un visage. Moins de cinq ans, nous l'appelons l'échelle plate, nous ne l'expliquons pas aujourd'hui.

Vraiment, je voulais que vous sachiez tous que nous éprouvons des problèmes majeurs au Liban. Quels sont les obstacles à une bonne évaluation de la douleur? Tout d'abord, le manque de connaissances et de formation dans l'évaluation de la douleur. Les patients ne le savent pas, les médecins ne le savent pas. Et l'autre problème est le temps et les pressions de remboursement, car au Liban, la douleur n'est pas couverte par les assurances. Aux États-Unis, elle est couverte, un médecin peut passer une heure aux États-Unis pour parler à son patient; ce n'est pas le cas au Liban. Et ensuite l'échec des fournisseurs de soins de santé à effectuer des évaluations de la douleur qui sont cohérentes, complètes et documentées. Si vous ne documentez pas ce que vous faites, vous pensez que vous faites votre travail, mais en fait non. Il est extrêmement important pour les infirmières sur le terrain, par exemple, d'observer les tableaux de ces patients et de poser la question de la douleur, de revenir au tableau et de le documenter. Si le patient n'a pas appelé l'infirmière, cela ne signifie pas que le patient ne souffre pas.

L'OMS a publié quatre concepts clés dans ses directives. Ce fut il y a très longtemps. Je vois au Liban que nous les manquons encore. Ces lignes directrices sont le b.a. ba de la gestion de la douleur. Je ne parle pas aujourd'hui du placement du cathéter ou de l'échographie, etc. Vous devez traiter la douleur par l'échelle. Qu'est-ce que cela signifie? L'OMS a publié en 1986, il y a presque 30 ans, cette échelle de douleur. Ce qui signifie qu'elle a été publiée initialement pour traiter le cancer, mais elle a été prolongée quelques années plus tard pour traiter tout type de douleur. Tout d'abord, comme je l'ai dit, vous posez la question "où est votre score de douleur". Pour une douleur légère, vous prescrivez Panadol. La première étape de l'échelle représente une douleur douce où vous administrez Panadol, etc. Lorsque j'ai demandé à un étudiant en médecine «Que feriez-vous lorsque vous souffrez d'un mal au dos? Il a répondu «Pan-

adol ou Ibuprofen». Ce n'est pas la réponse, parce que cela est utilisé pour la dernière échelle, pour une douleur intense où vous utilisez des opiacés forts comme la morphine. Pour une douleur légère, vous administrez Paracetamol, pour une douleur modérée, d'environ 5 ou 6 sur l'échelle de la douleur, vous administrez Tramal ou Codeine, et pour des degrés plus sévères, les opiacés. Cela s'applique à tout type de douleur. Donc, si vous êtes aux États-Unis et que vous vous levez un jour avec un mal de dents sévère, vous ne prenez pas Panadol, mais Vicodin, qui n'est pas disponible au Liban. Le problème majeur est la façon de traiter la douleur à la maison, pas dans les hôpitaux où la morphine IV, par exemple, est disponible. Sur le marché libanais, les seuls types de morphine disponibles sont la morphine à longue durée de vie et la méthadone. Mais la méthadone, avec laquelle je traitais les patients aux États-Unis, ne peut pas être utilisée au Liban, car elle n'est utilisée que dans les centres de réadaptation dans ce pays. En outre, selon la loi libanaise, la morphine ne peut être prescrite que par des médecins oncologues et des médecins avec des bourses de gestion de la douleur. J'ai une fraternité en anesthésie pédiatrique et je ne peux donc pas la prescrire. C'est aussi un problème majeur au Liban. Pour avoir une idée de l'ampleur de ce problème, on appelle le Conseil international du contrôle des stupéfiants. C'est un organisme de surveillance indépendant qui voit combien l'équivalente morphine par habitant est utilisée dans chaque pays. S'il n'y a pas assez d'équivalent de morphine par habitant dans un pays donné, cela signifie que la douleur n'est pas traitée efficacement, car le cancer, les accidents de voiture, toutes sortes de douleurs sont présentes dans le monde et ont besoin d'un traitement. Les données que je montre datent de 2010. Au Canada, par exemple, l'équivalent est de 753 mg par habitant; aux États-Unis, il est de 693 mg par habitant; 50 en Iran, 220 en France, 376 en Allemagne. Au Liban, cependant, cela ne correspond qu'à 5 mg par habitant. Cela signifie que si vous souffrez de douleurs graves, vous ne pouvez pas être traité au Liban, mais vous pouvez prendre une pilule de Vicodin dans un autre pays pour vous débarrasser de la douleur. C'est un problème majeur au Liban, mais c'est aussi un problème mondial. Les résidents des États-Unis et d'Europe, qui représentent 18% de la population mondiale, consomment 84% de la morphine mondiale. Les 82% restants de la population mondiale ne consomment pas plus de 16% de la morphine mondiale. Nous avons soumis ce document à LANCET il y a deux semaines. Le Dr Hitti, qui est le président du département ER de l'Université américaine de Beyrouth, et moi-même avons parlé de tous les cas de dépendance à la morphine qu'il a rencontrés au cours de sa carrière à John Hopkins aux États-Unis. J'ai été très heureux de traiter la douleur à St. Jude's à Memphis, dans le Tennessee. Nous avons soumis ce document intitulé «Le paradoxe des ordonnances d'opiacés: crises mondiales et épidémies nationales». En discutant avec des collègues, j'ai appris que le ministère libanais de la Santé a formé un comité des soins palliatifs pour importer des médicaments sur le marché libanais. Nous aurons bientôt Hydromorphe, Oxycodone, etc. C'est une autre diapositive avec les prix de ces médicaments. Mais je ne crois pas que cela va résoudre le problème. Voici un exemple: en 1990, le Conseil international des stupéfiants a déclaré qu'il était préoccupé par les faibles niveaux de consommation de morphine à des fins médicales en Italie. En Italie, la consommation était alors d'environ 19 mg par habitant, bien que différentes sortes de médicaments soient disponibles sur leur marché. Il a fallu 8 ans au ministère italien de la Santé pour traiter ce problème. Alors, quel était le problème? Tout d'abord, la prescription, ou ce qu'ils appellent SPF, était un long document qui nécessitait une demi-heure pour être rempli par un médecin. Les montants qu'il pourrait prescrire duraient jusqu'à une semaine. Aux États-Unis, j'ai pu donner des recharges qui dureraient jusqu'à un mois, alors qu'en Italie, vous devriez renouveler votre SPF chaque semaine. En outre, les pénalités étaient sévères à l'époque en Italie. Par conséquent, les médecins laisseraient les patients prendre des médicaments doux à la place. Ainsi, le ministère de la Santé a modifié la loi où les médecins n'avaient plus à remplir de SPF longs, mais des ordonnances antibiotiques normales, et

pourraient donner aux patients un maximum d'un mois d'approvisionnement et les pénalités deviennent plus indulgentes. Aujourd'hui, la consommation de morphine en Italie est de 140 mg par habitant. Ce que j'essaie de dire, c'est qu'avoir suffisamment de médicaments, comme ce qui est tenté au Liban, ne suffit pas. Nous devons ouvrir la prescription. Quand je suis arrivé au Liban et j'ai parlé au ministère de la Santé, en disant que j'ai un patient de St. Jude à l'AUMBC qui a besoin de morphine, mais je ne peux pas prescrire de la morphine, on m'a demandé d'envoyer une lettre au ministre de la Santé, Et à son tour il l'enverra à ... Eh bien, nous sommes loin derrière et devons ouvrir la prescription de la morphine, pas seulement aux oncologues ... Je ne demande pas à monter au niveau du Canada ou de l'Europe, mais quelque part autour de la barre de 220 mg serait beaucoup mieux.

Comment régler le problème? Tout ce que nous avons à faire est de copier le système présent dans d'autres pays. Premièrement, nous avons besoin d'un système numérisé capable de contrôler les médecins et les patients. Deuxièmement, nous devons modifier la loi. Troisièmement, nous devons éduquer les patients et les médecins sur la façon de traiter la douleur. Je suis sûr que la plupart d'entre vous ne savaient pas que vous pourriez traiter une douleur intense aux États-Unis, mais pas au Liban. Ici, vous pouvez prendre beaucoup d'ibuprofène, 800 mg trois fois par jour, ou 4 g de Panadol par jour, ou Tramal, qui est prescrit pour une douleur modérée selon l'OMS, mais vous ne pouvez pas faire beaucoup plus car vous n'avez qu'un mal de dos et pas de cancer.

Alors, quel message essayons-nous d'envoyer? Tout d'abord, nous devons admettre que nous ne sommes pas en mesure de traiter la douleur au Liban. J'apprécie la science et les diapositives, mais nous devons admettre cette vérité fondamentale. Deuxièmement, nous avons besoin d'une meilleure communication entre les médecins et les patients. Nous avons besoin d'une meilleure évaluation et d'une nouvelle évaluation de la douleur. C'est un problème médical. Si vous donnez un médicament au patient, vous devez savoir ce qui s'est passé avec lui plus tard. La documentation est la clé. Troisièmement, nous devons modifier la loi afin de permettre à plus de médecins au Liban de prescrire ce médicament. Je vous remercie.

Dr. Joseph Maarrawi :

Le professeur Salam Koussa est le chef du département de neurologie à la faculté de médecine générale. Président de l'Observatoire Libanais de la Sclérose en Plaques, membre honoraire de la Société Française de la Neurologie, ancien président de la Société Libanaise de la Neurologie, et auteur de plus de cent communication écrites et orales dans des revues et congrès internationaux. A vous la parole.

Dr. Salam Koussa:

It is Multiple Sclerosis month. First, what is multiple sclerosis? It is a disease described by French neurologist Charcot in 1866. It is a chronic, lifelong inflammatory disease of the central nervous system. This means a patient would have disseminated sclerotic plaques in the brain and spinal cord with various symptoms. The peak of this disease is at 20-30 years of age, and it is more common in females than males. This is the myelin sheath in the normal nerve and in the sclerotic nerve. There are four types of MS: relapsing/remitting, secondary progressive and primary progressive. In the relapsing/remitting type, a

young patient would have sudden blurry vision in one eye for three weeks to a month which would then heal. A year or two later, they will have another occurrence in a different place in the nervous system. They might, per example, experience numbness or weakness in one side, which would also heal. While the disease progresses, the patient will have increasing relapses, and will pass to the chronic phase, or the “Secondary Progressive MS”. In Primary Progressive MS, the patient experiences a progression in disability from the beginning.

Why are we discussing Multiple Sclerosis? MS patients display numerous symptoms such as loss of mobility, depression, impaired cognition, imbalance, fatigue, visual dysfunction, incontinence, and above all, pain. As you all know, there is no cure for MS, but available treatments focus on slowing the disease down (what we call disease modifying drugs). We also find specific symptom treatments, and treatments for relapses. Today we will focus on treating pain.

Pain is a common and complex experience for individuals who live with MS. It interferes with physical, psychological, and social functions. It impacts patients’ quality of life severely, and affects one half to two thirds of MS patients. It can be either chronic or acute, and the severity is the same for males and females. One third of patients will say that pain is the worst aspect of MS. Pain occurs during the onset of diagnosis of MS for 25% of patients, but it can occur in other stages, vary from mild or severe. Most importantly, severity can increase with progression of the disease. This is particularly problematic in Primary and Secondary Progressive forms. Pain affects the patient’s quality of life dramatically, and its duration correlates with the disease duration.

What is the pathophysiology of pain in MS? The conditions for pain are unclear, but we think that there are 4 groups of pain conditions associated with MS: continuous central neuropathic pain, intermittent central neuropathic pain, musculoskeletal nociceptive pain, mixed neuropathic and non-neuropathic pain. The pain can be spontaneous, or cause cutaneous hypersensitivity, including allodynia and hyperalgesia, heat sensitivity, paradoxical sensations of warmth, cold allodynia and tactile allodynia. Patients can also experience muscle spasms associated to musculoskeletal pain, and painful tonic spasms. This is where a patient will have a sudden and painful flexion of the upper limb.

What are the clinical symptoms of MS? The most frequent symptoms are dyesthetic extremity pain for 26% of patients, where they feel burning or numbness in lower or all limbs that can be unilateral or bilateral ; painful tonic spasms in 15% of patients ; Lhermitte sign in 16% of patients, which is due to the posterior part of the spinal cord, and where the patient experiences electrical charges in upper and lower limbs when they bend their neck forwards ; trigeminal neuralgia in 3,8% of patients ; headaches for 43% of them, and lower back pain for 20% of them. Headaches may be considered among the neuropathic pain syndromes of MS. They are more frequent in MS patients than in controls or the general population. It is a relevant symptom, and occurs especially in earlier stages of the disease. Three types of headaches are: tension-type headaches, migraineous type headaches, and unclassified headaches. Disease-modifying therapies used to treat patients, such as interferons, may cause or exacerbate them. Treatments for headaches, either pharmacological or non-pharmacological, may prevent them, ameliorate quality of life, and increase adherence to treatment. Trigeminal neuralgia is more frequent in MS patients than in the general population, and its incidence in MS patients is of 2%. It is believed to be caused by a demyelinating plaque at the root entry zone, therefore procedure that cause direct nerve damage are thought to be the most effective surgical modality. It is more often bilateral in MS patients than classical trigeminal neuralgia. It is more difficult to manage MS patients surgically and pharmacologically. Failure occurs in most

cases of trigeminal neuralgia in MS patients, independently of the type of treatment. Aside from most often used medications, we can perform percutaneous balloon compression, but it is not very effective, and in very severe cases, we can administer regamoni. It is however reserved for medically refractory intractable trigeminal neuralgia, especially for elderly patients or those on anti-coagulatory therapy. A month ago, I was treating a patient who was suffering terribly and not benefitting from any pharmacological treatment. We performed the balloon procedure, and it turned out to be very effective for him.

There is a correlation between pain and psychosocial pathos in MS patients. Depression, anxiety, and sleep disturbances occur more often in MS patients. Several psychosocial factors related to pain increase disability, and they should be addressed. As for the treatment of neuropathic pain in the upper and lower limbs, studies would usually tackle motor treatment, and neglect neuropathic pain. Biomedical treatment achieves only modest improvement in pain severity. Only 61% of patients report pain relief and the extent of relief did not exceed 40%, which means it was not very significant. There is currently no USFDA-approved treatment for MS patients suffering from pain. In the patients' perspective, their pain is usually inadequately treated. Every patient suffering from pain uses more than 5 drugs to manage their discomfort and more than 60% of them use additional central nervous system active drugs with a propensity to interact with other medication. Findings on pain treatment for MS patients are based on anecdotal trials conducted on patients with different forms of neuropathic pain, such as spinal cord or peripheral nerve injuries.

The medications that can be used include: antiepileptic drugs and tricyclic antidepressants are the most commonly used in spinal cord injury and MS. Tricyclic antidepressants include Amitriptyline and Nortriptyline; anticonvulsant-based drugs include Carbamazepine, Oxcarbazepine, gabapentin, Pregabalin, Clonazepam, and Levetiracetam. SNRI's implicated in the modulation of endogenous analgesic mechanisms. What about the new family of drugs, Cannabinoid-based drugs? Cannabis extract, THC and Sativex (oral or oropharyngeal spray preparation). There have been three RCTs for MS-related pain including dysesthetic limb pain. There is some evidence on the effectiveness of these drugs in pain relief, and Nabiximols, such as Sativex, are approved in Canada and the UK for this indication. We were once in a meeting for an advisory board on Sativex, and one man said « we pay \$5 for hashish, why do you want us to pay \$300 for this medication? ». As for other treatments, there is BTX-A which could be effective in the treatment of spasticity, but we do not know about pain. TENS may be effective in reducing neuropathic pain in MS. As for acupuncture, there is no sound evidence of its efficiency. There is a need for more rigorous trials to determine effective treatments for specific types of pain in MS patients.

Thank you.

[Traduit de l'anglais]

C'est le mois de la sclérose en plaques. Tout d'abord, qu'est-ce que la sclérose en plaques? C'est une maladie décrite par le neurologue français Charcot en 1866. C'est une maladie inflammatoire chronique et permanente du système nerveux central. Cela signifie qu'un patient aurait des plaques sclérotiques disséminées dans le cerveau et la moelle épinière avec divers symptômes. Le pic de cette maladie a entre 20 et 30 ans, et il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. C'est la feuille de myéline dans le nerf normal et dans le nerf sclérotique. Il existe quatre types de SEP: rémittente-récurrente, secondaire progressive et primaire progressive. Dans le type de rémittent-récurrent, un jeune patient aurait une

vision floue soudaine dans un œil pendant trois semaines à un mois qui guérit ensuite. Un ou deux ans plus tard, il aura un autre cas à un endroit différent dans le système nerveux. Il pourrait, par exemple, avoir un engourdissement ou une faiblesse d'un côté, ce qui guérirait également. Pendant que la maladie progresse, le patient aura des rechutes croissantes, et passera à la phase chronique, ou à la «SEP secondaire progressive». Dans la SEP primaire progressive, le patient subit une progression de l'incapacité dès le début.

Pourquoi discutons-nous de la sclérose en plaques? Les patients atteints de SEP présentent de nombreux symptômes tels que la perte de mobilité, la dépression, la cognition altérée, le déséquilibre, la fatigue, le dysfonctionnement visuel, l'incontinence et surtout la douleur. Comme vous le savez tous, il n'y a pas de remède contre la sclérose en plaques, mais les traitements disponibles se concentrent sur le ralentissement de la maladie (ce qu'on appelle des médicaments modifiant la maladie). Nous trouvons également des traitements spécifiques aux symptômes et des traitements pour les rechutes. Aujourd'hui, nous nous concentrerons sur le traitement de la douleur.

La douleur est une expérience commune et complexe pour les personnes qui vivent avec la SEP. Cela interfère avec les fonctions physiques, psychologiques et sociales. Cela affecte sévèrement la qualité de vie des patients et affecte d'une moitié à deux tiers des patients atteints de SEP. Elle peut être chronique ou aiguë, et la gravité est la même pour les hommes et les femmes. Un tiers des patients diront que la douleur est le pire aspect de la SEP. La douleur survient lors du début du diagnostic de SEP pour 25% des patients, mais elle peut se produire dans d'autres étapes, et varie de légère à sévère. Plus important encore, est que la gravité peut augmenter avec la progression de la maladie. Ceci est particulièrement problématique dans les formes progressives primaires et secondaires. La douleur affecte considérablement la qualité de vie du patient et sa durée est corrélée à la durée de la maladie.

Quelle est la pathophysiologie de la douleur dans la SEP? Les conditions de la douleur ne sont pas claires, mais nous pensons qu'il existe 4 groupes de problèmes de douleur associés à la SEP: douleur neuropathique centrale continue, douleur neuropathique centrale intermittente, douleur nociceptive musculo-squelettique, douleur neuropathique et non neuropathique mixte. La douleur peut être spontanée ou provoquer une hypersensibilité cutanée, y compris l'allodynie et l'hyperalgésie, la sensibilité à la chaleur, les sensations paradoxales de la chaleur, l'allodynie froide et l'allodynie tactile. Les patients peuvent également éprouver des spasmes musculaires associés à une douleur musculo-squelettique et des spasmes toniques douloureux. C'est là qu'un patient aura une flexion soudaine et douloureuse du membre supérieur.

Quels sont les symptômes cliniques de la SEP? Les symptômes les plus fréquents sont la douleur des extrémités dysesthésiques pour 26% des patients, où ils se sentent brûlés ou ressentent un engourdissement des membres qui peut être unilatéral ou bilatéral; spasmes toniques douloureux dans 15% des patients; signe de Lhermitte 16% des patients, qui est due à la partie postérieure de la moelle épinière, où le patient subit des charges électriques dans les membres supérieurs et inférieurs lorsqu'il plie son cou vers l'avant; névralgie du trijumeau chez 3,8% des patients ; les maux de tête pour 43% d'entre eux et les douleurs lombaires pour 20% d'entre eux. Les maux de tête peuvent être considérés parmi les syndromes de la douleur neuropathique de la SEP. Ils sont plus fréquents chez les patients atteints de SEP que pour la population en général. C'est un symptôme pertinent, qui se produit surtout dans les premiers stades de la maladie. Trois types de maux de tête sont: les maux de tête de type tension, les maux de tête de type migraineux et les maux de tête non classifiés. Les thérapies modifiant la maladie utilisées pour traiter les

patients, peuvent les provoquer ou les exacerber. Les traitements contre les maux de tête, soit pharmacologiques, soit non pharmacologiques, peuvent les prévenir, améliorer la qualité de vie et accroître l'adhérence au traitement. La névralgie du trijumeau est plus fréquente chez les patients atteints de SEP que dans la population générale, et son incidence chez les patients atteints de SEP est de 2%. On pense qu'elle est causée par une plaque démyélinisante sur la zone d'entrée de la racine, donc la procédure qui cause des lésions nerveuses directes est considérée comme la modalité chirurgicale la plus efficace. Il est plus souvent bilatéral chez les patients atteints de SEP que la névralgie du trijumeau classique. Il est plus difficile de traiter les patients atteints de SEP chirurgicalement et pharmacologiquement. L'échec survient dans la plupart des cas de névralgie du trijumeau chez les patients atteints de SEP, indépendamment du type de traitement. Mis à part les médicaments les plus souvent utilisés, nous pouvons effectuer une compression par ballonnet percutanée, mais ce n'est pas très efficace, et dans des cas très graves, nous pouvons administrer Regammonif. Il est toutefois réservé aux névralgies trigéminées intractables médicalement réfractaires, en particulier chez les patients âgés ou ceux qui ont un traitement anti-coagulant. Il y a un mois, je traitais un patient qui souffrait terriblement et ne bénéficiait d'aucun traitement pharmacologique. Nous avons effectué la procédure de ballon, et il s'est avéré très efficace pour lui.

Il existe une corrélation entre la douleur et le pathos psychosocial chez les patients atteints de SEP. La dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil se produisent plus souvent chez les patients atteints de SEP. Plusieurs facteurs psychosociaux liés à la douleur augmentent l'incapacité, et ils devraient être abordés. En ce qui concerne le traitement de la douleur neuropathique dans les membres supérieurs et inférieurs, les études portent généralement sur le traitement moteur et négligent les douleurs neuropathiques. Le traitement biomédical ne réalise qu'une modeste amélioration de la gravité de la douleur. Seulement 61% des patients signalent un soulagement de la douleur et l'étendue du soulagement ne dépasse pas 40%, ce qui signifie que ce n'est pas très important. Il n'existe actuellement aucun traitement approuvé par l'USFDA pour les patients atteints de SEP souffrant de douleur. Du point de vue des patients, leur douleur est habituellement mal traitée. Chaque patient souffrant de douleur utilise plus de 5 médicaments pour gérer son malaise et plus de 60% d'entre eux utilisent des médicaments actifs du système nerveux central avec une propension à interagir avec d'autres médicaments. Les résultats du traitement de la douleur pour les patients atteints de SEP sont basés sur des essais anecdotiques menés sur des patients présentant différentes formes de douleur neuropathique, comme les lésions de la moelle épinière ou du nerf périphérique.

Les médicaments qui peuvent être utilisés incluent: les antiépileptiques et les antidépresseurs tricycliques sont les plus utilisés dans les lésions de la moelle épinière et la SEP. Les antidépresseurs tricycliques comprennent l'amitriptyline et la nortriptyline; les médicaments anticonvulsivants comprennent la carbamazépine, l'oxcarbazépine, la gabapentine, la Pregabaline, le Clonazépam et le Levétiracétam. SNRI impliqué dans la modulation des mécanismes analgésiques endogènes. Qu'en est-il de la nouvelle famille de médicaments, des médicaments à base de cannabinoïde? Extrait de cannabis, THC et Sativex (préparation orale ou oropharyngée). Il y a eu trois ECR pour la douleur liée à la SEP, y compris la douleur dysthésique des membres. Il existe des preuves de l'efficacité de ces médicaments dans le soulagement de la douleur, et Nabiximols, comme Sativex, sont approuvés au Canada et au Royaume-Uni pour cette indication. Nous étions une fois en réunion pour un conseil consultatif sur Sativex, et un homme a déclaré «nous payons 5 \$ pour le haschich, pourquoi voulez-vous que nous payions 300 \$ pour ce médicament?». En ce qui concerne les autres traitements, il existe BTX-A qui pourrait être efficace dans le traitement de la spasticité, mais nous ne connaissons pas la douleur. TENS peut être efficace pour réduire la douleur

neuropathique dans la SEP. En ce qui concerne l’acupuncture, il n’y a aucune preuve de son efficacité. Il est nécessaire de procéder à des essais plus rigoureux pour déterminer les traitements efficaces pour certains types de douleurs chez les patients atteints de SEP. Je vous remercie

Bechara El Asmar:

شكراً د. كوسى للموجز عن هذا المرض. ولكلامك عن الصحة النفسية والجسدية الاجتماعية للمرضى. ولتوضيحك الروابط بين المرض ونوعية الحياة.

يبقى لدينا ثلاث محاضرين. أرغب أن أعرف بالدكورة نلّي زيادة. هي روماتولوج في مستشفى هوتيل ديو. وحاصلة على شهادة الدكتوراه في الابديميولوجي من جامعة باريس 5. وهي محاضرة في جامعة القديس يوسف.

[Traduit de l’arabe]

Merci Dr. Koussa.

Il nous reste trois intervenants. Je veux presenter Dr. Nelly Ziade, rheumatologue à Hotel Dieu, et docteur en epidemiologie.

Dr. Nelly Ziade

Thank you Mr. Chairman, thank you Mr. Maarrawi for the invitation. I would like to speak as a rheumatologist. Rheumatology is a discipline that deals with joint. Most patients who come to our clinics suffer from pain, localized or generalized, peripheral or axial. Our mission is to decide whether they have severe cases, like mucositis which can cause renal failure, or other pains that can lead to deformations in the joints; or if they have pain that does not have any implications on the person’s vital functions. Our title is “Chronic lower back pain: is it axial spondyloarthritis or fibromyalgia?” Axial spondyloarthritis is an inflammation in the joints of the axial skeleton, like the vertebrae. Pain in patients can either be an inflammation with no serious handicap.

In this talk, I have two objectives: to identify whether low back pain in a young person is axial spondyloarthritis or fibromyalgia, and to learn the differences between both diseases. Let’s start with the case of miss BP (back pain); she’s a 32 year old banker with low back pain and stiff neck for 24 months. She initially felt pain in the buttocks, and it then evolved to her lower back area. It was first intermittent, and then became continuous. The pain worsened with prolonged sitting and upon waking up in the morning, but gets better after a hot shower. She complains of fatigue, diffused pain, and multiple tendon insertions. The pain exacerbated upon added pressure in the shoulders, elbows, knees and heels. She responds well to NSAIDs, but then relapses. She admits that it can be exacerbated by stress. She came in with X-rays, and they seem normal. Would you think she has fibromyalgia? Let’s examine her case again. It is a disease that mostly strikes women, she has chronic back pain, it is progressive and accompanied by fatigue, a major symptom of fibromyalgia, she feels diffused pain, and it exacerbates upon pressure and stress. The objective imaging seems normal. This would all lead to a diagnosis of fibromyalgia. Today, in rheumatology, one has to comply with classification criteria. The 1990 ACR classification criteria would list: pain for 2-3

months, pain above and below the waist, pain on both left and right sides of the body and axial skeleton, along with tender joints. These classification criteria are now old and overlooked. The new 2010 ACR diagnostic criteria defines fibromyalgia as experiencing symptoms for the past week, with pain in a number of areas out of 19 areas in the body, fatigue, feeling unrefreshed upon waking up, cognitive problems, which is usually evaluated inside clinics, symptoms last at least three months at a similar level. BP's x-rays are normal. Usually, when a patient compiles a list of symptoms, it is very big. Based on this classification and other symptoms, it could very much be fibromyalgia. But we have to make sure that the case is not secondary to depression, or infections that can cause the same kind of diffuse pain. Other cases like lymphoma or cancer can also cause this pain. The recommendations when diagnosing fibromyalgia are firstly general. You have to educate the patient about their condition and adopt a multidisciplinary approach where several doctors treat the patient. Non-pharmacological treatments should be used, and they are as effective as pharmacological ones. Pool treatments, exercise programs, cognitive-behavioral therapy, along with pharmacological drugs like Tramadol, antidepressants, analgesics can all help. We have still not examined other health issues that could explain the patient's symptoms. One of the major diagnoses in case of back pain could be axial spondyloarthritis. In order to diagnose this disease, the cornerstone is inflammatory back pain, which affects 15% of persons with back pain. This would lead us to diagnose arthritis, not fibromyalgia. Inflammatory back pain affects patients younger than 40, has an insidious onset, and improves with exercise. Everyone has back pain, but in normal people, it occurs after fatigue or exercise. So inflammatory back pain actually improves with exercise, not rest, and can keep the individual up at night. We can say that a patient with inflammatory back pain has spondyloarthritis when they 4 conditions apply to them. This patient has normal x-rays, but her MRIs show white spots, or inflammation, which are not normal. So, inflammatory back pain, and positive MRIs would lead us to our diagnosis. This disease goes through several stages: it begins with back pain and sacroiliitis on MRIs, and progresses to radiographic sacroiliitis along with abnormal x-rays. The gap between clinical symptoms appearing and them showing on x-rays is 9 nine years. It is a big gap due to a lack of objective science.

Back to our patient. She is 32, has morning stiffness that began in the buttocks and progressed to other areas. The pain does not occur after exercise, but at night and in the morning. She suffers from fatigue and pain in several spinal tendons. This is also a sign of arthritis. She responds well to NSAIDs, which means your pain is caused by inflammation. Normal x-rays cannot be relied on for proper diagnosis. So when the patient is younger than 40, presents sacroiliitis, plus 1 SpA feature, like arthritis, uveitis, dactylitis and other inflammations, along with responsiveness to NSAIDs, a family history of spondyloarthritis; it means the patient has spondyloarthritis. This patient had back pain for more than 3 months, sacroiliitis on imaging, inflammatory back pain, pain in the hips, and a good response to NSAIDs. She can therefore be also classified as having axial back pain. I will not go further into this slide on the management of the condition, but it shows a combination of pharmacological and non-pharmacological treatments that may help.

Can a patient's diseases overlap? This study came out in June 2015. It included patients with fibromyalgia and others with Axial SpA. They looked into fibromyalgia patients and whether they fit certain classifications of SpA, and vice versa. No fibromyalgia patient fit the criteria for SpA, but up to 34% of SpA patients had fibromyalgia.

To finish, when a patient has axial pain, you have to refer them to a rheumatologist who can diagnose them with axial SpA. There are things to take into consideration: is it inflammatory pain? One should not rely on x-ray, because they can be misleading, and rely on MRIs instead. And fibromyalgia is an exclusive diagnosis where one should look for secondary causes. Both diseases can coexist, which is why a multidis-

ciplinary approach is needed, just like why saw a while ago. While a rheumatologist is involved with the patient, they will also need the support of other specialists. Thank you.

[Traduit de l'anglais]

Merci, monsieur le président, merci, monsieur Maarrawi pour l'invitation. Je voudrais parler en tant que rhumatologue. La rhumatologie est une discipline qui traite l'articulation. La plupart des patients qui viennent dans nos cliniques souffrent de douleurs, localisées ou généralisées, périphériques ou axiales. Notre mission est de décider si ce sont des cas graves, comme la mucosité qui peut causer une insuffisance rénale, ou d'autres douleurs pouvant entraîner des déformations dans les articulations; ou si c'est une douleur qui n'a aucune incidence sur les fonctions vitales de la personne. Notre titre est «Maux de bas de dos chroniques: est-ce une spondylarthrite axiale ou une fibromyalgie?» La spondylarthrite axiale est une inflammation dans les articulations du squelette axial, comme les vertèbres. La douleur chez les patients peut être une inflammation sans handicap sérieux.

Dans ce présentation, j'ai deux objectifs: identifier si une douleur lombaire chez un jeune est une spondylarthrite ou une fibromyalgie axiale, et d'apprendre les différences entre les deux maladies. Commençons par le cas de demoiselle DD (douleurs dorsales); elle est banquière de 32 ans souffrant d'une douleur lombaire et d'un cou raide pendant 24 mois. Elle a d'abord ressenti une douleur dans les fesses, et qui a ensuite évolué vers son bas du dos. C'était d'abord intermittent, et ensuite continu. La douleur a empiré avec une séance prolongée et après le réveil le matin, mais s'améliore après une douche chaude. Elle se plaint de la fatigue, de la douleur diffuse et des insertions de tendons multiples. La douleur est exacerbée par une pression accrue dans les épaules, les coudes, les genoux et les talons. Elle répond bien aux AINS, mais rechute ensuite. Elle admet qu'elle peut être exacerbée par le stress. Elle a fait un test sous rayons X, et il semble normal. Pensez-vous qu'elle a une fibromyalgie? Examinons son cas à nouveau. C'est une maladie qui frappe principalement les femmes, qu'elle a des maux de dos chroniques, qu'elle est progressive et accompagnée d'une fatigue, un symptôme majeur de la fibromyalgie, elle ressent une douleur diffuse et elle s'accroche à la pression et au stress. L'imagerie objective semble normale. Tout cela conduirait à un diagnostic de fibromyalgie. Aujourd'hui, en rhumatologie, il faut se conformer aux critères de classification. Les critères de classification ACR de 1990 énuméreraient: la douleur pendant 2-3 mois, la douleur au-dessus et au-dessous de la taille, la douleur sur les côtés gauche et droit du corps et le squelette axial, ainsi que les joints tendres. Ces critères de classification sont maintenant anciens et négligés. Le nouveau critère de diagnostic ACR de 2010 définit la fibromyalgie comme symptôme de la dernière semaine, avec une douleur dans un certain nombre de zones sur 19 zones dans le corps, la fatigue, le sentiment de se réveiller lors du réveil, les problèmes cognitifs, généralement évalués dans les cliniques, les symptômes durent au moins trois mois à un niveau similaire. Les radiographies de BP sont normales. Habituellement, lorsqu'un patient compile une liste de symptômes, il est très important. Sur la base de cette classification et d'autres symptômes, cela pourrait être une fibromyalgie. Mais nous devons nous assurer que le cas n'est pas secondaire à la dépression, ou des infections qui peuvent causer le même type de douleur diffuse. D'autres cas comme le lymphome ou le cancer peuvent également causer cette douleur. Les recommandations lors du diagnostic de la fibromyalgie sont d'abord générales. Vous devez informer le patient de son état et adopter une approche multidisciplinaire où plusieurs médecins traitent le patient. Les traitements non pharmacologiques devraient être utilisés, et ils sont aussi efficaces que les traitements pharmacologiques. Les traitements de natation, les programmes d'exercices, la thérapie

cognitivo-comportementale, ainsi que des médicaments pharmacologiques comme le Tramadol, les anti-dépresseurs, les analgésiques peuvent tous aider. Nous n’avons toujours pas examiné d’autres problèmes de santé qui pourraient expliquer les symptômes du patient. L’un des principaux diagnostics en cas de mal de dos pourrait être la spondylarthrite axiale. Afin de diagnostiquer cette maladie, le fondement est un mal de dos inflammatoire qui affecte 15% des personnes souffrant de maux de dos. Cela nous conduirait à diagnostiquer l’arthrite, et non la fibromyalgie. La douleur inflammatoire du dos affecte les patients de moins de 40 ans, et a un début insidieux et s’améliore avec l’exercice. Tout le monde a des maux de dos, mais chez les personnes normales, il se produit après la fatigue ou l’exercice. Ainsi, les maux de dos inflammatoires s’améliorent réellement avec l’exercice, et non pas le repos, et peuvent arracher le sommeil. On peut dire qu’un patient souffrant de maux de dos inflammatoires souffre de spondylarthrite lorsque ces conditions s’appliquent. Ce patient a des radiographies normales, mais son IRM montre des taches blanches, ou une inflammation, ce qui n’est pas normal. Ainsi, les maux de dos inflammatoires et les IRM positives nous conduiraient à notre diagnostic. Cette maladie passe par plusieurs étapes: elle commence par des maux de dos et de la sacroïlite sur les IRM, et progresse vers la sacrolyse radiographique avec des radiographies anormales. L’écart entre les symptômes cliniques apparaissant et ceux qui apparaissent sur les rayons X est de 9 ans. C’est un grand écart dû à un manque de science objective.

Retour à notre patient. Elle a 32 ans, a une rigidité matinale qui a commencé dans les fesses et a progressé dans d’autres domaines. La douleur ne se produit pas après l’exercice, mais la nuit et le matin. Elle souffre de fatigue et de douleur dans plusieurs tendons de la colonne vertébrale. C’est aussi un signe d’arthrite. Elle répond bien aux AINS, ce qui signifie que sa douleur est causée par une inflammation. Les radiographies normales ne peuvent pas être utilisées pour un diagnostic correct. Donc, lorsque le patient est âgé de moins de 40 ans, présente une sacroïlite, plus une caractéristique de SpA, comme l’arthrite, l’uvulite, la dactylite et d’autres inflammations, ainsi que la réactivité aux AINS, les antécédents familiaux de spondylarthrite; Cela signifie que le patient a une spondylarthrite. Ce patient a eu des maux de dos pendant plus de 3 mois, une scrofilite sur l’imagerie, des maux de dos inflammatoires, des douleurs dans les hanches et une bonne réponse aux AINS. Elle peut donc être également classée comme ayant des maux de dos axiaux. Je ne vais pas aller plus loin dans cette diapositive sur la gestion du cas, mais elle montre une combinaison de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques qui peuvent aider.

Les maladies du patient peuvent-elles se chevaucher? Cette étude a été publiée en juin 2015. Elle comprenait des patients atteints de fibromyalgie et d’autres patients avec Axial SpA. Ils ont examiné les patients atteints de fibromyalgie et s’ils correspondent à certaines classifications de SpA, et vice versa. Aucun patient atteint de fibromyalgie ne correspond aux critères de SpA, mais jusqu’à 34% des patients atteints de SpA avaient une fibromyalgie.

Pour finir, lorsqu’un patient a une douleur axiale, il faut le diriger vers un rhumatologue qui peut le diagnostiquer avec une SPA axiale. Il y a des choses à prendre en considération: est-ce une douleur inflammatoire? On ne doit pas compter sur les rayons X, car ils peuvent être trompeurs et dépendent plutôt de l’IRM. Et la fibromyalgie est un diagnostic exclusif où l’on devrait rechercher des causes secondaires. Les deux maladies peuvent coexister, c’est pourquoi une approche pluridisciplinaire est nécessaire. Alors qu’un rhumatologue est impliqué avec le patient, il faudra également le soutien d’autres spécialistes. Je vous remercie.

Bechara EL Asmar:

Dr. Ziade, thank you so much. I think your presentation was focused on a single case; the continuous interaction between SpA and fibromyalgia, which is most often a psychological condition, and how someone can be misdiagnosed with fibromyalgia if they have SpA. Thank you for this information.

Dr. Maarrawi will give the next presentation, titled “Pain Assessment in Clinical Practice”, or “Evaluation de la douleur dans la pratique clinique”.

[Traduit de l'anglais]

Merci beaucoup Dr. Ziade, merci pour ces informations.

Dr. Maarrawi donnera l'intervention suivante, intitulée « Evaluation de la douleur dans la pratique clinique ».

Joseph Maarrawi :

Une partie de cette présentation a déjà été faite par Dr. Chaer et Dr. Kaddoum, elle porte sur l'évaluation de la douleur en pratique clinique. La douleur peut être une maladie en soi, ou un symptôme d'une autre maladie. Il existe des échelles de la douleur, mais une seule échelle ne peut pas évaluer une douleur. D'abord, la notion de la classification de la douleur. Dr. Koussa avait parlé de la douleur dans le cas de la sclérose en plaques qui est due à l'atteinte du système nerveux. D'autres douleurs, comme la douleur inflammatoire de la spondylarthrite, répondent aux anti-inflammatoires. Pour un clinicien, il est important de classer la douleur. C'est difficile, certaines douleurs sont mixtes, comme celle cancéreuse, mais il faut la classifier avant de passer à la prise en charge. Grosso modo, il existe de types de douleur. La première, douleur par l'excès de la nociception, est la douleur physiologique, protectrice. On ressent de la douleur si on a des caries, par exemple. Dr. Chaer a évoqué les dégâts chez ceux qui ne ressentent pas la douleur, car sa mission est de nous alerter des dangers. C'est la douleur classique après un trauma, une chirurgie, une inflammation. La deuxième, la douleur neuropathique, n'est pas physiologique, ou « normale », elle est due à l'atteinte du système nerveux. Le système nerveux fabrique un faux message de douleur. Par exemple, les douleurs du membre fantôme où l'on ressent toujours de la douleur au niveau d'un membre amputé. Ou bien, les paraplégiques ont la moelle coupée, pourtant 40% ressentiront des douleurs dans les endroits qui ne sont plus innervés. Je ne rentrerai pas dans les détails de la physiopathologie, ou comment on développe une douleur. Mais rappelez-vous de ce que j'ai déjà dit : la douleur est l'équilibre entre un système excitateur, donc la douleur par excès de nociception, et un contrôle de la douleur, qui dans le cas de douleur neuropathique, n'existe plus. C'est évidemment trop simplifié, mais c'est pour en donner une idée.

Pourquoi cette classification ? Parce que si l'on veut traiter le patient, le traitement n'est pas du tout le même. Les 3 paliers de l'OMS, dont Dr. Kaddoum a déjà parlé, marchent très bien pour les douleurs de nociception, mais pas pour celles neuropathiques, qui nécessitent d'habitude des antiépileptiques et des antidépresseurs (Pas parce qu'ils sont déprimés, mais parce que ça augmente la noradrénaline et la sérotonine). Là-bas j'ai inclus les douleurs psychogènes, qui méritent des heures de discussion. Je doute qu'une douleur purement psychogène existe, sauf dans le cas de simulation ou de profonde souffrance,

mais c'est généralement une sommation entre une épine héréditaire périphérique et des phénomènes psychologiques d'amplification. Où est la fibromyalgie ici ? Difficile de le montrer. La plupart des études ont montré que ces gens ont un seuil de douleur bas, quelques anomalies physiologiques au niveau des récepteurs et des fibres. Mais on est loin de pouvoir classer si la douleur est psychogène, neuropathique, ou nociceptive.

Le but de cette présentation est d'évaluer la douleur du patient. Tout d'abord, le clinicien doit interroger le patient, et non pas voir l'IRM ou le scanner tout simplement. Quand est ce que la douleur a apparue, sa chronologie, les facteurs déclencheurs ou apaisants, ses réponses ou traitements précédents, ses comportements, sa qualité de vie... Ce sont de facteurs qu'il faut connaître. Il ne faut pas évaluer la maladie, mais le malade de manière globale, surtout en matière de douleur, car c'est une composante cognitive et émotionnelle aussi bien que sensitive. La deuxième partie de l'interrogatoire doit inclure son contexte psychologique et familial, ses douleurs antérieures, le vécu de sa douleur, et ses croyances autour de sa douleur. Je suis chirurgien de la douleur, et j'ai témoigné de nombreux cas où l'on est arrivé à soulager des douleurs qui ont duré 15 ans grâce à une simple chirurgie, en mettant un pacemaker au niveau de la moelle épinière, etc. Les patients guérissent, mais quelque mois plus tard, c'est la catastrophe. Ils ont appris à attirer l'attention, mais lorsqu'ils perdent le statut de patient, ils ne savent plus comment se réadapter à la vie sociale et familiale. On a très peu de centres de réadaptation. Ça pose un défi à la réadaptation complète du patient. Il n'a plus droit à l'arrêt maladie, il doit aller bosser... ça va changer sa vie.

On a des fiches topographiques de la douleur où le patient peut simplement dessiner ou indiquer où il ressent la douleur au lieu de parler pour 10 minutes.

Quant aux échelles de la douleur, elles n'en analysent qu'une partie. Si l'on utilise l'échelle numérique simple : « Évaluez votre douleur de 0 à 10 », un simulateur peut simplement dire « 10 ». Malgré cela, cette échelle permet bien de suivre l'évolution de la douleur en dépit du genre du traitement qu'on reçoit. La deuxième échelle appelée EVA, ou échelle visuelle analogique, le patient regarde la réglette en haut, et le physicien en bas pour déterminer le chiffre. C'est une échelle un peu plus objective, et il faut toujours porter cette réglette avec nous lorsqu'on fait un tour chez les patients. D'autres échelles sont plus compliquées et moins utilisées, comme l'échelle verbale simple (pas de douleur, très faible, faible, intense, etc.), les questionnaires sophistiqués qui décrivent le caractère de la douleur, le Beck Dépression Inventory qui prend en compte les composantes psychologiques et les progrès psychologiques et sociaux, non seulement physiques. Quelques mots sur ce que Roland a évoqué sur les enfants : ils ne peuvent pas estimer leur douleur en chiffres, donc on leur montre ces visages pour qu'ils indiquent comment ils se sentent. On peut leur montrer ces cubes de différentes tailles pour comparer leur douleur. Attention à l'atonie psychomotrice où l'enfant en douleur cesse tout à coup d'exprimer sa douleur. La douleur ne disparaît pas nécessairement, mais l'enfant devient passif et triste. Chez le nouveau-né, cette illustration peut servir à reconnaître la douleur modérée ou intense. Chez le sujet âgé un peu dément, deux échelles peuvent être utilisées (ECPA et DOLOPLUS). Bref, les échelles peuvent aider à évaluer la douleur, mais on ne peut pas affirmer qu'elles soient l'instrument idéal pour cette fin.

Est-ce qu'il y a un moyen qui permet de différencier les deux types principaux de douleur ? En France, on trouve le questionnaire « douleur neuropathique 4DN4 » qui contient 9 items. En moyennant le score, on peut avec une grande fiabilité distinguer ces deux genres de douleur. Et j'insiste sur l'importance de distinguer entre les deux pour savoir quel traitement adopter. On a traduit ce questionnaire et validé sur 220 patients libanais. Il sera prochainement publié sur Pain Practice.

Je passerai quelques notions de base sur la douleur. Pour la prise en charge de la douleur, il faut savoir que plus on stimule le système de douleur, plus on devient susceptible à la douleur. Donc il ne faut pas laisser le patient souffrir jusqu'à lui donner un antalgique. Mais il ne faut pas le bombarder avec des antalgiques non plus. Il faut traiter la douleur le plus tôt possible pour éviter sa chronicisation. On évite alors en pratique clinique l'analgésie à demande, ce qu'on voit souvent aujourd'hui. Ne pas trop donner des analgésiques pour en éviter les effets secondaires, mais ne pas intervenir à un stade tardif où la douleur a déjà laissé ses traces inflammatoires au niveau du système nerveux. Par exemple, on donne au patient sous anesthésie un antalgique avant même qu'il ne se réveille pour bloquer la réponse douloureuse du système nerveux.

Je finis avec la douleur chez l'enfant. Il y a 30 ans, on disait que les enfants ne souffrent pas. Cela a été contredit dans les années 80, quand un chirurgien pédiatre a remarqué que le comportement d'un lot de bébés qui ont subi la circoncision sans anesthésie face à la chemise blanche du médecin et au vaccin à divers âges était bien différentes de celle des bébés ayant subi la même opération sous anesthésie. Il faut donc éviter de faire souffrir les nouveau-nés le plus possible. Ils ont un système de douleur mature, mais un système de contrôle de la douleur non mature. Ils souffrent donc plus qu'ils ne doivent, et subissent une hyper-innervation sensitive qu'on appelle « Sprouting », ce qui en fait une personne beaucoup plus prône à la douleur en âge adulte. Merci.

Bechara El Asmar:

Merci au Dr. Maarrawi. Vous avez parlé de l'évaluation des douleurs, de leurs types, et de leur traitement, ainsi que du rôle des douleurs dans la vie sociale et familiales. La discussion sur les maux des enfants et nouveaux-nés m'a beaucoup intéressé.

Dr. Michael Khoury:

Speaking of psychomotor atonia; it is important to correlate the pains that children feel, like Burning Mouth Syndrome, after stopping certain treatments. I would like to hear your input on this.

Dr. Bechara El Asmar

La prochaine et dernière intervenante aujourd'hui, Dr. Marie Aouad, anesthésiste.

Dr. Marie Aouad:

I am an anesthesiologist in AUB, and have done a lot of research on postoperative pain. We will be talking about treatment modalities for pain. We have mostly spoken of chronic pain. But surgeries are common, and we can have them at any point in life, but we can now go through less pain when undergoing one. We have worked a lot during the past two decades to change doctors' and patients' belief that pain is inevitable after surgery. It is our right to obtain adequate pain control. Some countries even enforce doctors to manage and medicate pain. There are new guidelines and researches that help develop analgesic

techniques. I will now talk about what can be done to manage post-surgical pain.

What are the most recent techniques in anesthesiology? We will talk about intravenous patient-controlled analgesia, neuraxial blocks (epidural or intrathecal opioid injections), newly revisited blocks such as paravertebral blocks, peripheral nerve blocks, and new techniques such as wound and intraarticular infiltration.

What is a patient-controlled analgesia pump? It is frequently used nowadays for moderate to severe postoperative pain. It is a small pump that has evolved with time. It allows the patient to take control over their pain, thanks to a small knob that they can push depending on their pain. Of course, there is a limit to how far they keep pushing in order to prevent harming them. This pump has many advantages. It is more effective than IM or IV injections; it increases the patient’s perception of their pain and pain relief; provides higher satisfaction and lowers pre-operative anxiety and depressive syndromes; it helps avoid needles and prolonged waiting for pain relief. It has also got its disadvantages. Patients need to be well informed about addiction and overdosing, and some of them might feel anxious while using the pump. Some patients might ask to stop taking pain medication because of the nausea or other symptoms they will experience. However, there are solutions to these side effects. We can treat them aggressively by giving anti-nausea medication or other types of medication that separately address each side effect; or use multi-modal analgesia which leads to “opioid sparing”: adding adjuvant drugs from different families to reduce the dose of opioids and consequent side effects. But more importantly, we can be “side-specific”, which I will elaborate on in a while. By optimizing PCA use, I mean that we should give attention to opioid sparing strategies because they allow the use of drugs that target every different nociceptive mechanism and lead to decreased opioid use. Back to the term “side-specific”. We prefer being side-specific due to the limitations of PCA use, because IV PCA does not allow the patient full mobility. One of the side-specific modalities is epidural analgesia, best known as labor analgesia. Its advantage is that it controls dynamic and functional pain. It helps the patient undergo physical therapy and move more comfortably. This modality can however lead to hypotension, urinary retention, incomplete block, respiratory depression, and even paraplegia in rare cases. Aside the relief it provides from pain at rest, during movement and coughing, it can also reduce chances of chronic postoperative pain. The limitations to epidural analgesia are the following. The epidural should be well performed and inserted in the proper location.

I will briefly mention a simple technique: injecting morphine intrathecally. It is a modality that allows for effective pain relief for up to 24 hours, and it is frequently used post C-section by adding a small amount of morphine to the spinal anesthesia. If we wanted to avoid epidurals, there is a new block, a kind of unilateral epidural. It consists of local anesthetics deposited on the side of the spine. It allows an even more side-specific approach than an epidural, because helps avoid having two sides blocked. It presents fewer complications than epidurals with the same level of pain relief, especially of dynamic pain. However, it has been shown that epidurals and paravertebral blocks are a continuum of one technique, and they might result in some complications. Now what about peripheral blocks? Epidurals and paravertebrals are good for procedures such as thoracotomies. But what about simple or complex nerve surgeries, do we have to go with epidurals? We’ve witnessed a lot of enthusiasm for peripheral nerve blocks. Today, major upper and lower limb arthroplasties are completed with nerve blocks to reduce postoperative pain. This way, the use of narcotics is reduced, and rehabilitation is made easier. When it comes to upper limb surgeries, the brachial plexus is easy to block, and can be blocked at different levels. As for lower limb surgeries, they are more complex because of the presence of two plexuses (sciatic and sacral), which necessitates the use of different blocks. It can be done with the single shot technique, or with continuous femoral nerve blocks

which provide additional analgesia with time. Which is better: single shots or continuous nerve blocks? The continuous technique is associated with improved pain control and a decreased need for analgesics, but we are not perfectly sure it is preferable to single shots, especially that adjuvants can be added to the latter to make them long-acting. One great improvement that has occurred is that these shots can be induced through ultrasound, whereas they used to be done “blindly” or by exciting a nerve in the past. This renders them extremely successful, and decreases the amount of needle insertions and anesthetic needed. There are limitations to peripheral nerve blocks. They are difficult to perform, and patients are more prone to injury since their extremities are insensate. It can even lead to long-lasting injuries. For example, a patient’s cast might be too tight, but they will not feel anything in order to act upon this defect. However, some claim that pain preceding long-lasting injuries will be sharp enough to be felt despite peripheral blocks. Another development is the abdominal wall block. It is very efficient for abdominal wall surgeries such as hernias or C-sections. What about wound or intra-articular infiltrations? They have been proved to be efficient for knee joint orthoplasties, less efficient for hip joints.

So despite the enthusiasm, there is not enough data surrounding their efficiency and safety. Briefly said, no drug or technique is perfect by itself. Every modality completes a sort of puzzle, and a combination of modalities is preferable. We can use opioids, add adjuvants, and aggressively treat side effects.

[Traduit de l’anglais]

Je suis anesthésiste à l’AUB, et j’ai fait beaucoup de recherches sur la douleur postopératoire. Nous parlerons des modalités de traitement de la douleur. Nous avons surtout parlé de la douleur chronique. Mais les chirurgies sont courantes, et nous pouvons les avoir à n’importe quel moment de la vie, mais nous pouvons maintenant souffrir moins lorsqu’on en subit une. Nous avons travaillé beaucoup au cours des deux dernières décennies pour changer la conviction des médecins et des patients selon laquelle la douleur est inévitable après une intervention chirurgicale. Nous avons le droit d’obtenir un contrôle adéquat de la douleur. Certains pays imposent même aux médecins de gérer et de méditer la douleur. Il existe de nouvelles lignes directrices et des recherches qui aident à développer des techniques analgésiques. Je vais maintenant parler de ce qui peut être fait pour gérer la douleur post-chirurgicale.

Quelles sont les techniques les plus récentes en anesthésie? Nous parlerons de l’analgésie intraveineuse contrôlée par le patient, des blocs neuraxiaux (injections d’opioïdes périurales ou intrathécaires), des blocs nouvellement revisités tels que des blocs paravertébraux, des blocs nerveux périphériques et de nouvelles techniques telles que l’infiltration intra articulaire et intraveineuse.

Qu’est-ce qu’une pompe à analgésie contrôlée par le patient? Elle est fréquemment utilisée de nos jours pour une douleur postopératoire modérée à sévère. C’est une petite pompe qui a évolué avec le temps. Elle permet au patient de prendre le contrôle sur sa douleur, grâce à un petit bouton qu’il peut appuyer en fonction de sa douleur. Bien sûr, il y a une limite à la mesure dans laquelle il continue à pousser afin d’éviter de le nuire. Cette pompe présente de nombreux avantages. Elle est plus efficace que les injections IM ou IV; elle augmente la perception du patient de sa douleur et de son soulagement de la douleur; elle offre une plus grande satisfaction et diminue l’anxiété préopératoire et les syndromes dépressifs; elle aide à éviter les aiguilles et à prolonger l’attente de soulagement de la douleur. Elle a également présenté des inconvénients. Les patients doivent être bien informés sur la dépendance et la surdose, et certains d’entre eux pourraient être anxieux lors de l’utilisation de la pompe. Certains patients

pourraient demander d'arrêter de prendre des médicaments contre la douleur en raison de la nausée ou d'autres symptômes qu'ils éprouveront. Cependant, il existe des solutions à ces effets secondaires. Nous pouvons les traiter de manière agressive en administrant des médicaments contre la nausée ou d'autres types de médicaments qui traitent séparément chaque effet secondaire; ou bien utiliser une analgésie multimodale qui conduit à une «élimination des opioïdes»: soit ajouter des médicaments adjuvants de différentes familles pour réduire la dose d'opioïdes et les effets secondaires conséquents. Mais, le plus important encore, est que nous pouvons être «spécifiques aux côtés», que je vais préciser dans un moment. En optimisant l'utilisation de PCA, je veux dire que nous devrions attirer l'attention sur les stratégies d'épargne opioïdes car elles permettent l'utilisation de gouttes qui ciblent tous les mécanismes nociceptiques différents et entraînent une diminution de l'utilisation des opioïdes. Retour au terme «spécifique au côté». Nous préférons être spécifiques aux côtés des limites de l'utilisation de PCA, car IV PCA ne permet pas la mobilité totale du patient. L'une des modalités secondaires est l'analgésie péridurale, plus connue sous le nom d'analgésie d'accouchement. Son avantage est qu'elle contrôle la douleur dynamique et fonctionnelle. Cela aide le patient à subir une thérapie physique et à se déplacer de façon plus confortable. Cette modalité peut cependant conduire à une hypotension, à une rétention urinaire, à un bloc incomplet, à une dépression respiratoire et même à une paraplégie dans de rares cas. Outre le soulagement qu'elle procure de la douleur au repos, pendant le mouvement et la toux, elle peut également réduire les risques de douleur chronique postopératoire. Les limites de l'analgésie péridurale sont les suivantes. La péridurale doit être bien interprétée et insérée au bon endroit.

Je vais brièvement mentionner une technique simple: injecter de la morphine par voie intrathécale. C'est une modalité qui permet un soulagement efficace de la douleur pendant jusqu'à 24 heures, et il est fréquemment utilisé après la césarienne en ajoutant une petite quantité de morphine à l'anesthésie rachidienne. Si nous voulions éviter les épidurales, il existe un nouveau bloc, une sorte de péridurale unilatérale. Elle est composée d'anesthésiques locaux déposés sur le côté de la colonne vertébrale. Elle permet une approche encore plus spécifique au côté qu'une péridurale, car elle permet d'éviter de bloquer deux côtés. Elle présente moins de complications que les épidurales avec le même niveau de soulagement de la douleur, en particulier de la douleur dynamique. Cependant, il a été démontré que les épidurales et les blocs paravertébraux sont un continuum d'une technique, et ils pourraient entraîner des complications. Maintenant, qu'en est-il des blocs périphériques? Les épidurales et les para vertébrales sont bonnes pour les procédures telles que les thoracotomies. Mais qu'en est-il des chirurgies nerveuses simples ou complexes, devons-nous choisir les épidurales? Nous avons vu beaucoup d'enthousiasme pour les blocs nerveux périphériques. Aujourd'hui, les arthroplasties majeures des membres supérieurs et inférieurs sont complétées par des blocs nerveux pour réduire la douleur postopératoire. De cette façon, l'utilisation des stupéfiants est réduite, et la réhabilitation est facilitée. En ce qui concerne les chirurgies des membres supérieurs, le plexus brachial est facile à bloquer et peut être bloqué à différents niveaux. En ce qui concerne les chirurgies des membres inférieurs, elles sont plus complexes en raison de la présence de deux plexus (sciatique et sacré), ce qui nécessite l'utilisation de différents blocs. On peut le faire avec la technique de tir unique, ou avec des blocs continus de nerf fémoral qui fournissent une analgésie supplémentaire avec le temps. Quel est le meilleur moyen: les coups simples ou les blocs nerveux

continus? La technique continue est associée à un meilleur contrôle de la douleur et à une diminution du besoin d’analgésiques, mais nous ne sommes pas parfaitement sûrs qu’il soit préférable de prendre des coups simples, surtout que des adjuvants peuvent être ajoutés à ceux-ci pour prolonger leur action. Une excellente amélioration s’est produite, c’est que ces coups peuvent être induits par ultrasons, alors qu’ils se faisaient «aveuglément» ou en excitant un nerf dans le passé. Cela les rend extrêmement réussis et diminue la quantité d’insertions d’aiguille et d’anesthésie nécessaires. Il existe des limites aux blocs nerveux périphériques. Ils sont difficiles à réaliser et les patients sont plus enclins à subir des blessures car leurs extrémités sont insensées. Cela peut même entraîner des blessures durables. Par exemple, le castre d’un patient pourrait être trop serré, mais ils ne ressentiront rien pour agir sur ce défaut. Cependant, certains affirment que la douleur antécédente aux blessures durables sera assez forte pour être ressentie malgré les blocs périphériques. Un autre développement est le bloc de la paroi abdominale. Il est très efficace pour les chirurgies de la paroi abdominale telles que les hernies ou les césariennes. Qu’en est-il de la plaie ou des infiltrations intra-articulaires? Ils se sont révélés efficaces pour les orthoplasties des articulations du genou, moins efficaces pour les articulations de la hanche.

Ainsi, malgré l’enthousiasme, il n’y a pas assez de données concernant leur efficacité et leur sécurité. En bref, aucun médicament ou technique n’est parfait. Chaque modalité complète une sorte de puzzle, et une combinaison de modalités est préférable. Nous pouvons utiliser des opioïdes, ajouter des adjuvants et traiter de manière agressive les effets secondaires.

[Séance question]

Dr. Abbas Makke

Je vais dire bien de choses, mais brièvement, dans ma qualité de responsable du congrès. Mes chers intervenants, médecins, neurologues, vous avez montré pendant cette séance que vous êtes si psychologues, si psychocliniciens, vous avez fait de la psychologie médicale. J’ai senti que un des objectifs essentiels du congrès, médecine et psychothérapie, un des objectifs essentiels du congrès, a été très bien réussi. Je vous remercie. Et vous aviez donné un point très fort au congrès en parlant de la souffrance, de la douleur, qui est un objectif essentiel du Conseil National de Psychothérapie. Et pour finir je dis que vous avez fait de la psychothérapie existentielle, la question de la douleur n’est pas seulement une question médicale ou neurologique, mais le côté psychologique nous amène vers le côté vécu, donc existentiel. Et c’était une séance de psychothérapie existentielle, parce que l’existence de l’individu c’est son vécu. Et donc, parler de la douleur et de la souffrance, de la misère corporelle, physiologique, sociologique et économique, tous les traumatismes de la guerre, c’est un travail essentiel pour essayer de soulager le malade. Et ce n’est qu’un début de travail de la recherche sur la douleur avec notre société, à notre rendez-vous. Merci mes chers docteurs.

Dr. Farouk

Question addressed to Pr. El Chaer. So far we know that the cause of pain lies mainly in the brain. What about psychological pain? Does suffering follow the same neural pathway? If yes, we have, therefore, a vicious pain circle. And how may one get out of this circle?

[Traduit de l'anglais]

Question adressée au Dr. El Chaer. Nous savons que la douleur réside principalement dans le cerveau. Mais la douleur psychologique ? Est-ce que la souffrance psychologique suit la même voie? Si oui, nous avons là un cercle vicieux de douleur. Comment est-ce qu'on peut sortir de ce cercle ?

Dr. El Chaer

Thank you very much for the question. It is certainly a very important question, which we have not covered today. But, the pain can start anywhere in the body, but it is always within the body, whether it is physical, psychological, emotion, or mental, it is always within the confines of the body. You know the original Greek concept, if we go to the roots of the word pain or *pena* it is not a punishment from the gods, it is not inflicted on us by anything extracorporeal. So whatever starts the process, whether it is an injury to you hand, or an injury to your gut, or a mental stressor, to which you are subjected, the consequence of that takes place in your brain. And it is your brain processing that will generate the pain. Now the pathways that Dr. Maarrawi covered in his lecture may be different for a mental pain or psychological pain, than for pains started in the periphery. Nevertheless the end result may be similar, the suffering, the emotional consequences of that, be it depression, suicide, ultimately they are the same. But they would require different interventions depending on the cause of the pain, we would modify the approach to treat it, but ultimately it is still within the brain.

[Traduit de l'anglais]

Merci pour votre question, c'est certainement une question très important et que nous n'avons pas traitée aujourd'hui. La douleur peut démarrer de n'importe où dans le corps, mais elle demeure dans le corps, que ce soit une douleur physique, psychologique, émotionnelle ou mentale. Si nous remontons au concept grec original, si nous remontons aux racines du mot peine, soit *pena*, nous voyons que ce n'est pas une punition infligée par les dieux ou autre chose extracorporelle. Donc n'importe l'élément qui déclenche le processus, que ce soit une blessure à la main, au ventre, ou un stresser mental, le processus a lieu dans votre cerveau. Et c'est votre cerveau qui génère la douleur. La voie dont a parlé Dr. Maarrawi peut être différente pour les douleurs psychologiques que pour celles déclenchées dans les périphéries. Toutefois, le résultat sera le même, la souffrance et les conséquences émotionnelles, que ce soit la dépression, le suicide, sont les mêmes. Mais elles demanderont des interventions différentes selon la cause de la souffrance, et nous modifierons l'approche de traitement, mais en fin de compte c'est dans le cerveau que ça se passe.

[Question de Farah Moukaddam]

شكراً لكل الأطباء. كانت مداخلاتهم مهمة جداً بالنسبة لي على الصعيد الشخصي والعملي. سؤالتي بالتحديد للدكتور جوزيف معراوي. أريد أن انطلق من الصورة البسيطة التي عرضتها التي تبين عصبين يدخلان من جهة ويخرجان من جهة أخرى. وقلت أن بالأم في الحصر انما نشعر به في الكتف. إذا انتقلنا على السياق النفس إجتماعي. هناك عائلة تشعر بصدمه نفسية إجتماعية معنية. ممكن أن البعض منهم يشعر بالأم في الرأس. وممكن أن أحد يفعل إجابة جسدية ويتألم في المعدة. ويمكن أن تظهر حبوب على بشرة البعد الآخر. سؤالتي هو التالي. بغض النظر عن الاجوبة التي اعتدنا لاستماعها. أن الجسم يتألم في المكان الأضعف. وأن الفرد حسب المعاش التي إختبره. يمكن أن يستجب جسمه بطريقة مختلفة عن الآخر. هل ابحت علم الأعصاب. وإذا لنا أعصاب عدة تمر من النقطة عينها. لماذا يطور البعض ألم في الرأس وشخص آخر يطور ألم في مكان آخر. كيف يختار الجسم مكان الألم؟

[Traduit de l'arabe]

Merci à tous les docteurs, vos interventions me sont très importantes au niveau personnel comme au niveau professionnel. Ma question est adressée au Dr. Maarrawi. Je me démarre d'une image simple que vous aviez présentée qui montre deux nerfs qui entrent d'un côté et sortent d'un autre. Et vous aviez dit que la douleur est à la hanche mais on la sent dans l'épaule. Si nous nous déplaçons vers le contexte psychosocial, il y a des familles qui souffrent d'un certain trauma psychosocial, certains peuvent ressentir des maux de tête, d'autres peuvent présenter des réponses physiques ou des maux de ventre, et pour d'autres encore ils présentent de l'acné. Ma question est la suivante : sans tenir compte des réponses que nous avons l'habitude de recevoir, le corps souffre dans son point le plus faible, et l'individu, selon son vécu, peut présenter de différentes réponses. Donc si nous avons plusieurs nerfs qui passent par le même point, pourquoi certains développent-ils des maux de tête alors que d'autres développent des douleurs autre part ? Comment le corps choisit-il le lieu de la douleur ?

Dr. Joseph Maarrawi

سؤالك سهل وصعب. وأجبتني إلى جزء منه. ليس هناك انسان مثل الآخر. بعض الأمراض تطور الأعراض نفسها. انما كل مريض مرض في حد ذاته. كل مريض يمرض في طريقة مختلفة. الضغط الذي نعرفه. بعض الناس يعيشه خلال ألم في المعدة. وهذا شيء شائع جداً. يبدأ في ال- psychosomatique وينتهي في القرحة التي هي جسدية. البعض الآخر. عندما أتيت إلى لبنان. قبل ذلك كنت في فرنسا و نادراً ما رأيت مريض أو مريضة تعاني الضغط خلال ألم في الرقبة. أنا جراح أعصاب. ويأتون إلي عامةً للعامود الفقري. انما في لبنان ٠٩٪ من أوجاع الرقبة لدى النساء سببها الضغط. عندما تجري صورة لا نرى غير التشنج. انما بعض ٠١ سنوات يصبح لهن disque على كثرة الضغط. فلماذا تتألم هذه المريضة في رقبته. وشخص آخر في المعدة. وشخص آخر بعد في الظهر؟ إلى اليوم. ليس هناك دليل علمي. انما. ومثلما قلتي. أن هذا الشخص له استعداد. لأن هناك شيء في معدته ضعيف. يمكن أن هؤلاء الأشخاص تفرز معدتهم حموضة أكثر وذلك يظهر أكثر في أوقات الضغط. ومثلما قلت عن ألم الرقبة. في اوربا لا نرى أثر الضغط على الرقبة. أما في لبنان هو شيء شائع. يمكن أن يكون هناك عمل جيني. يعني أن يمكن أن ذلك الشعب أو ذلك الشعب يكون معرض أكثر للألم في

المعدة أو الرقبة أو الظهر. وهناك بعد الأشخاص. لا يطورون ألم إلا في عضو كان مريض سابقاً. مثلاً شخص كسر رجله في صغره. وفي حالة الضغط عاد الألم في رجله. نعرف أن هناك ذاكرة الألم. انما هو من الصعب أن أقول لك أن الجواب على سؤالك هو هذا العامل. أو أن هذا العامل هو يسبب ترجمة الألم في تلك المنطقة من الجسم.

[Traduit de l'arabe]

Votre question est à la fois facile et difficile. Et vous avez répondu vous-même à une partie. Aucun être humain n'est comme l'autre. Certaines maladies développent les symptômes elle-même, mais chaque malade est une maladie à part, chacun tombe malade de manière différente. La pression que nous connaissons, certains la vivent par des maux au ventre, c'est très commun, ça commence dans la psychosomatique et se termine par des aigreurs d'estomac. D'autres, quand j'étais en France, je voyais rarement des patients qui souffraient de pression par des maux au cou. Je suis neurologue, donc ils venaient me voir généralement pour la colonne vertébrale. Mais au Liban, 90% des maux au cou chez les femmes sont causés par le stress. Quand nous faisons la radiographie après 10 ans, cela se transforme en disque. Donc pourquoi cette patiente souffre de son cou et un autre patient souffre de l'estomac, et un autre encore du dos ? Pour le moment, il n'y a pas de preuve scientifique, mais comme vous l'avez dit, cette personne est propice, parce que quelque chose dans son estomac est faible. Il se peut que l'estomac sécrète plus d'acidité et que cela se montre sous pression. Et comme j'ai dit pour le mal au cou, en Europe nous ne voyons pas la pression dans le cou, alors qu'au Liban c'est très commun. Il se peut qu'il y ait un facteur génétique. C'est -à- dire il se peut que tel ou tel peuple soit plus vulnérable aux maux d'estomac, de tête ou de cou. Il y a certaines personnes qui ne développent de douleur que dans un membre qui était malade auparavant. Par exemple quelqu'un qui s'est brisé la jambe étant jeune, et sous pression la douleur retourne à sa jambe. Nous savons qu'il y a une mémoire de la douleur. Mais il est difficile de dire que la réponse à votre question est ce facteur, plutôt qu'un autre.

[Commentaire du Pr. Kamal Raddaoui]

Je voudrai remercier l'organisateur de cette table ronde, parce que j'avais énormément de questions au départ. Plus les communications se succédaient moins j'avais de questions. Ça répondait finalement à un tas de questions que je me posais. Il en reste quand même quelques-unes. Ou finalement une question mais sous forme de commentaire. Comme le dernier intervenant a très bien expliqué, il est extrêmement difficile de faire une évaluation de quelque chose qui est subjectif. Et vous, vous être en train de goûter à quelque chose que nous vivons tout le temps. Parce qu'en psychiatrie on est dans une pathologie vécue subjectivement, et il est extrêmement difficile d'objectiver, de mesurer les différents symptômes psychiatriques. Pourtant il y a des échelles d'évaluation, qui sont perfectibles, qui sont difficiles. Mais peut-être que la douleur est un terrain commun, on voit comment il est difficile de faire l'évaluation objective de quelque chose qui est subjectif. Pourquoi ? Parce que tout simplement, les mots manquent pour décrire, pour dire. On a beau vouloir faire décrire une douleur, c'est toujours très difficile, pour aider au diagnostic. Comment, où, à quel moment, le facteur déclencheur etc. Même dans l'interrogatoire c'est difficile. Parce que si on arrive à la thérapie, je le dit en tant que psychothérapeute, il est extrêmement difficile d'écouter la douleur. Le patient qui a mal n'a pas beaucoup de mots pour dire, il a mal et puis c'est tout. Et s'il y en a un qui explique longuement, c'est un hypochondriaque. Ce n'est pas, à ce moment-là, une pathologie

somatique à rechercher. L'autre remarque c'est, vous avez beaucoup parlé du membre fantôme, ça m'a interpellé, j'en ai vu quelques cas. Et l'expérience que j'ai eu avec le membre fantôme, c'est que les patients pensaient qu'ils devenaient fous. Ils pensaient qu'ils hallucinaient. Ils me disent « docteur vous m'avez rassuré, vous m'avez parlé du membre fantôme. Et ça me rassure, je pensais que je devenais fou. Je n'ai plus de membre mais je le sens bouger. Pourtant j'ai mal. Mais maintenant que vous m'avez expliqué je suis rassuré ». Donc comme vous avez dit qu'il n'y a plus d'afférence ou de système pour transmettre le message douloureux, comment est-ce possible non seulement de sentir la douleur, mais de sentir le membre bouger. Je pense que les aires de projection corticales qui prennent en charge ces régions du corps ne peuvent pas rester là à ne rien faire. Elles avaient en charge une partie du corps qui n'est plus là, elles continuent à travailler, ne serait-ce que mémoriser les gestes que faisait le membre avant, et les douleurs ressenties avant, ce serait peut-être une explication des douleurs du membre fantôme alors qu'il n'y a pas de membre. Ça c'était une remarque. Autre remarque, c'est par rapport à la douleur post-opératoire. Question très innocente, c'est de dire qu'il est essentiel de soulager les malades post-opérations. Je ne comprends pas, avec les moyens que nous avons aujourd'hui, de laisser les patients souffrir suite à une intervention chirurgicale, c'est inadmissible. Mais j'ai une petite question, si maintenant il y a une analgésie parfaite, et que le patient est dans un confort total après l'opération, n'y a-t-il pas de risques de passer à côté de complications qui pourraient être révélées par la douleur ? C'est une question toute simple, n'éludant pas le fait qu'il faut l'analgésie post-opératoire. Autre chose, je ne comprends pas la fibromyalgie. Et vous dites, est-ce que c'est une maladie, est-ce que c'est un diagnostic d'élimination ? Je ne comprends pas, moi je doute même que l'on puisse parler de fibromyalgie.

[Réponse du Dr. Maarrawi]

Bon, je réponds à votre dernière question en deux mots. La fibromyalgie jusqu'à il y a quelques années, était considérée comme une maladie psychologique, ou psychosomatique si vous voulez. La souffrance va induire des douleurs partout dans le corps. De plus en plus, depuis 2005, les publications montrent qu'il y a chez les fibromyalgiques des anomalies fonctionnelles du système nerveux de la douleur. Donc c'est des gens, si vous voulez, de façon très simpliste, qui ont un seuil de douleur très bas. Mais c'est des gens qui ont des anomalies quelque part, ce n'est pas simplement des fous qui veulent se manifester par une maladie psychosomatique. Il y a une anomalie, on ne la connaît pas très bien, mais il y a des anomalies. C'est vrai que sur le plan anatomique pur il n'y a pas d'anomalies, mais sur le plan fonctionnel, peut-être à l'échelle moléculaire, il y a des problèmes. C'est vrai que les gens qui ont une fibromyalgie ont un profil particulier, on le sent. Je ne suis pas psychologue, je ne suis pas psychiatre, mais les gens qui ont des douleurs diffuses sont des gens à problèmes. Ils ont des problèmes dans leurs vies sociales, professionnelles, familiales etc., on le constate tous les jours. Je ne sais pas si j'ai bien répondu.

Pour le membre fantôme, vous avez répondu. Le membre n'est plus là mais toutes ces projections sont là. On a déconnecté la périphérie mais le centre demeure. Après il y a la plasticité. Plus on perd le membre à un âge bas, moins on a des problèmes de fantôme parce qu'il y a la plasticité cérébrale qui fait que ça repart les choses. Mais plus on le perd tardivement, plus on a des problèmes de membre fantôme.

أريد أن أتكلّم قليلاً. لأنّ الدكتور قدوم تكلم عن ثلاث أمور مهمّة جداً لم نشرحها. أولاً تكلم عن قانون الألم في لبنان. نعم لدينا في لبنان ما نسميه طب الألم تعترف فيه النقابة. للأسف لا النقابة ولا الضمان ولا وزارة الصحة قبلت بوضع

نظام لمعالجة الألم. وهو حق في ال-٢٠١٥. أنا حقي أن أدخل إلى المشفى من أجل الألم. نضع للمريض ال-PCA التي تكلمت عنها الدكتورة أمل. إنما فهذا الجهاز لا يغطيه الضمان أو التأمين أو الوزارة. يجب أن تدفع. هناك تناقض في الدولة اللبنانية. يعني الدولة تعترف بهذا الطب ولا تضع له أنظمة. وذلك لا يحمس الصغار ليتعلموا. الجهة الثانية التي تكلم عنها د. قدوم هي ال-morphinique. يمكننا معالجة المرضى لكن ليس هناك مورفين على شكل حبوب. ولا يمكن وصفها للمريض لكي يشتريها من الصيدلية. و أيضاً إذا صار بإمكاننا وصف المورفين يصبح هناك مشكلة ضبطها. إنما سيصبح الحق لي-٥١ أطباء فقط وصف المورفين خارج المستشفى. ويمكن تعميم ذلك على أطباء البنج أيضاً.

[Traduit de l'arabe]

Je veux parler un peu, parce que le Dr. Kaddoum a parlé de trois choses très importantes. D'abord il a parlé de la loi sur la douleur au Liban. Oui, nous avons au Liban ce que nous appelons la médecine de la douleur reconnu par l'ordre des médecins. Mais malheureusement, ni l'ordre, ni la sécurité sociale ni le ministère de la santé n'ont accepté de mettre en place une régulation des traitements de la douleur. Et c'est un droit en 2015. C'est mon droit d'aller à l'hôpital pour ma douleur. Nous mettons nos patients sur PCA, dont a parlé Dr. Amal. Mais avec cette machine n'est pas couverte par la sécurité sociale ni par l'assurance. Le patient doit payer. Il y a une contradiction au sein de l'Etat, c'est que l'Etat reconnaît cette médecine mais ne lui pose pas de régulations. Et ceci ne motive pas les jeunes à apprendre. L'autre partie dont a parlé Dr. Kaddoum est les morphiniques, nous pouvons traiter les malades mais il n'y a pas de morphine sous forme de pilules, et nous ne pouvons pas prescrire ces pilules aux patients pour qu'ils les achètent de la pharmacie. Par ailleurs, si nous pouvons prescrire la morphine, nous aurons le problème de son contrôle, mais seuls 15 médecins auront le droit de prescrire la morphine en dehors de l'hôpital, et nous pouvons également inclure les médecins anesthésistes.

Séance V



Séance V

Dr. Michael Khoury

لآخر جلسة لليوم سنحاول قدر المستطاع أن ننهي بحلول الساعة السابعة من الأسئلة والأجوبة وأحث الدكاترة الذين سيتحدثون أن يختصروا قدر الامكان دون أن نفوت معلومة مهمة وأود التبليغ عن بعض التغييرات لهذا ال-symposium أولاً الدكتور «نازك تركي» لن تستطيع المشاركة معنا بالإضافة الى المهندس «محمود شاهين» الذي سيحل مكانه «روني ابو ضاهر» و ستغيب أيضا الدكتورة «إيمان شاهين» والتي سيحل مكانها البروفيسور «عباس مكي». اذا انا سعيد جدا لترأسي هذا ال-symposium الغني والذي يبدأ من المحدرات والادمان الى ممارسة مهنة الناساليجية في السعودية لتتعرف أكثر على ال-couple والنساء في مجال العلاج النفسي في المغرب والمشرق وأيضا اتصور ان البروفيسور مكي سيتكلم عن موضوع الايتنوماتيماتيك. اذا فعلا هذه جلست غنية ولنبدأ بالمقدمة مع زميلتي جاكلين التي ستقدم الجنرال «علي مكي».

[Traduit de l'arabe]

Pour notre dernière séance aujourd'hui, nous allons essayer de finir à 19h et je demande aux docteurs intervenants d'être aussi brefs que possible. Je suis vraiment heureux de présider ce riche symposium qui débute avec les drogues et la toxicomanie, et qui se termine par la pratique thérapeutique en Arabie Saoudite, pour mieux connaître le couple et les femmes dans la thérapie au Maghreb et au Levant aussi. Je pense que le Dr. Makke va parler d'ethno mathématiques aussi. Donc vraiment une séance très riche.

Merci beaucoup Michael, on commence par général Ali Makke, général à la force de sécurité intérieure à la retraite, il a passé la plupart de sa carrière à la police judiciaire et interpole. Son intervention est titré « drogue et toxicomanie » la parole est à vous général, bienvenue.

Général Ali Makke

Bonsoir tout le monde, donc voilà j'ai été présenté et comme nous avons été dépassé par le temps je vais essayer d'être le plus tôt possible le bref le plus tôt possible pour laisser la place après pour les questions et les réponses si jamais on aura. Donc mesdames et messieurs mon sujet c'est la drogue et la toxicomanie. Depuis les temps primaire mesdames et messieurs les communautés humaines cherchaient à explorer la nature pour profiter de tout ce que Dieux créa pour servir la race humaine ce qui invitait les uns à découvrir toutes les matières premières, plantation de tout genre et à les consommé de toutes les formes : bouilli, rapper, sécher, dissoute ou mélanger a d'autre produit naturel ou chimique. Et avec les ères et les siècles et suites à plusieurs expériences modifiés l'humanité est arrivé à extraire des produits devenus la base des médicaments utilisés avec le temps pour calmer les douleurs et guérir les malades. Ce qui a permis à installer les centres de recherches scientifique et les laboratoires à travers le monde dans un but noble, servir l'humanité et la protégé des dangers de la nature et de la vie de tous les jours. Mais, malheureusement ce but noble fut la cible des gens du mal qui ont insistés a abusé de ces exploitations scientifiques et médicales pour assurer des gains financiers au prix de la santé de l'être humain et de la stabilité des sociétés. Ce qui engendrera le danger sur tous les niveaux suite à l'usage non respecté, usage non suivi et non surveillé de ces médicaments par les services concernés. Et cela nous emmène à

l'ère de la drogue premier ennemi de l'humanité. Mais le problème de la drogue au niveau international ou national et dans tous ses aspects sanitaire, économique, sociale, culturel, politique, humanitaire et autres... ne peut être résolu que sous une décision de collaboration à tous les niveaux et contribution synchroniser internationalement. Collaboration sans laquelle l'intervention des services responsables de lutter contre ce problème devient minime et inefficace. Et nous sommes invités à mettre en relief le rôle de quelques sociétés industrielles et commerciales et quelques compagnies de transferts et transports à travers le monde qui peuvent jouer un rôle primordial dans la contribution aux plans de répression de l'usage illicite de la drogue. Nous avons mesdames et messieurs le besoin d'une volonté sincère qui fait preuve d'une bonne foi à tous les niveaux de la communauté international pour mettre un plan politique et une stratégie globale unit qui peut être exécuté à plusieurs étapes et formes selon les moyens disponibles car les interventions et les plans au niveau solitaire d'un pays ou d'une communauté ou d'une société ne peuvent assuré qu'un résultat minime momentané qui peut être réduit facilement. Sur ceux il faut noter que sur le plan international il faut qu'il y ait une étude approfondi après avoir sollicité les conseils des spécialistes dans la lutte contre le danger de l'usage illicite de la drogue. Une étude qui emmène la communauté internationale a approuvé les accords et les protocoles internationaux en rapport avec la lutte contre cet usage a commencé par l'accord unique signé en 1961 passant par les accords signés par les nations unis pour lutter contre le crime organisé et autres accords en rapport avec le terrorisme, le trafic d'arme, le trafic d'être humain arrivé à l'accord signé en 1988 pour lutter contre la corruption. Des accords qui doivent être modifié au fur et à mesure que ces genres de crimes évoluent surtout avec l'autre face de la mondialisation et d'une façon ou d'une autre assurent une évolution dangereuse de ces crimes. La communauté international est invité à augmenter l'aide financière aux pays les plus concernés en présentant un plan d'aide à long terme, un plan qui engendre l'évolution des institutions politiques, sociales, éducatives et surtout sécuritaires et ceux en assurant continuellement des contacts à haut niveau pour se partager les connaissances, les expertises et les moyens de la lutte disponible. Faire une analyse et une étude approfondie des causes qui emmène l'élargissement de ce danger à tous les niveaux, étude et analyse qui facilite à trouver le remède et le plan nécessaire à lutter contre ce problème sans oublié bien sûr la nécessité de financer les centres spécialisés de réhabilitation. Sur le plan national, tous gouvernements et responsables à tous les niveaux doivent donner une importance primordial à ce sujet car c'est un danger qui détruit non l'être concerner mais le dépasse pour détruire sa famille, son entourage et toute la société malheureusement. Tous gouvernements et responsables à tous les niveaux sont invités à assurer un plan de collaboration entre toute les institutions culturels, scientifiques, politiques, sanitaires, économiques, sociales et surtout sécuritaires pour présenter une étude qui met en relief le danger du problème de la drogue et le promotion pour lutter contre. Toujours sur le plan national, tous gouvernements et responsables à tous les niveaux doivent assurer le minimum à la société, protéger le droit de l'homme, la dignité du citoyen, le travail, la santé, l'intégration de la société, etc... . Et pour en finir au niveau national, tous gouvernements et responsables doivent présenter un plan efficace pour résoudre les problèmes financier, culturel social et autres au sein de la famille, qui est le germe et le noyau de la société, germe et noyau malade engendre une société malade, germe et noyau sein assure une communauté seine continuellement. Mesdames et messieurs, alertes à la drogue, c'est un danger qui ne différencie pas entre pauvre ou riche, entre citoyen du monde en voie de développement et citoyen du monde des grandes puissances, c'est un danger pire que l'arme nucléaire car cette arme peut être d'une façon ou d'une autre elle peut être surveillé par les grandes puissances et ne causera pas des fatalités au moins au niveau de ces grandes puissances que lorsque la fin du monde tape à la porte. Mais malheureusement la drogue mesdames et messieurs, tape chaque jour même chez les grandes puissances elle tape chaque jour à notre porte. Et juste pour donner

un petit exemple, quand je dis qu’il n’y a pas de différence entre les gens aisés, les gens riches et les gens pauvres. Juste une petite expérience que j’ai vécue, dans un intervalle de temps, un jour dans un intervalle de temps d’une heure, à peine une heure, il y avait deux personnes qui ont été interpellé chez moi, une jeune demoiselle de l’âge de 19 ans dans une université de très bonne renommé, bien sûr on ne va pas cité ni le nom de la jeune fille ni le nom de l’université ni rien, mais c’était une demoiselle, on lui donnait le nom dans son entourage chères amis « la demoiselle au prada » et je crois que on l’appelait comme ça parce que elle s’habillait en prada et parce que les accessoires qu’elle portait, je ne vais pas cité pour ne pas faire une publicité mais par exemple le sac qu’elle avait quand elle a été interpellé coûtait 4200 euro, d’où j’ai su ça ?

Je l’ai su par son père, qu’on avait contacté pour qu’il vienne la chercher, elle roulait dans une voiture à 80000, 85000\$, donc c’était un paquet de 100000\$ qui roulait dans la rue chaque jour et elle avait la drogue sur elle, une demi-heure ou une heure après dans cet intervalle de temps, un type a été interpellé chez nous, qui avait à peine le moyen pour s’acheter un sandwich, son problème était la drogue, ils n’avaient rien en commun au point de vue richesse, mais ils avaient un problème commun et c’est là le malheur, le problème au sein de la famille, alors qu’on soit pauvre, qu’on soit riche, il faut toujours avoir une famille seigne pour ne pas tomber dans ce genre de problème. Je vais me contenter de cette exposition, pour laisser si jamais vous voulez des questions après, dans le sujet de la drogue, et la corruption, tout ce que vous voulez parce que le crime internationale, le crime organisé, la drogue, tout ce marie ensemble. Merci beaucoup mesdames et messieurs.

Jaqueline:

Dr. Nadia Al Tamimi, docteur en en psychologie et thérapeute conjugale au département de psychologie santé mentale à l’institut national des neurosciences. Les différences de cultures dans la pratique de la psychologie dans l’Arabie saoudite est le thème de son intervention. Docteur Nadia la parole est à vous.

Dr. Nadia Al Tamimi :

Thank you شكرًا. اعذروني لكني لا اعرف في الفرنسية سوى je t’aime. ضعنا. دخلنا بالحيط. لذلك قدامي خيارين: اما التكلم باللغة الانكليزية. اما التكلم باللغة العربية. بالعربي. شكرًا.

اول شيء اتشكر اللجنة العلمية لاعطائي الفرصة بمشاركة الحضور بمعلومة بسيطة من السعوديةز أتشكر الحضور جلوسهم لهذا الوقت المتأخر للاستماع للمحاضرات الاخيرة. وطبعًا. لا يفوتني أن أتشكر اللجنة المنظمة على هذا التنظيم الرائع. نبدأ.

موضوع المحاضرة هي تقريبًا ليست مجرد الاختلافات الثقافية في تطبيق أو ممارسة الاخصائي النفسي بالاحص في المملكة العربية السعودية ولكن هي تتكلم عن الاخلاقيات والمهنية أثناء الممارسة لدو الاخصائي النفسي داخل الغرفة العلاجية مع المريض. طبعًا. المملكة طبعًا دولة اسلامية. بالنسبة لمقدمي الرعاية الصحية على مختلف الاصعدة. كثيرًا أحيانًا من القرارات أو الاحكام أو التقييمات النهائية يتدخل بها الشرع. والشرع كخلفية ثقافية وخلفية دينية يحكمنا بكثير من القرارات. وبالتالي. الشخص الممارس في السعودية. لذلك يعتقد نفسه ان اطلاعه على اخلاقيات مهنية غربية. ربما يحتاجها بشكل بسيط وقد لا يحتاجها. كفيل بأن الشرع يمكن أن ينظم كثيرًا من طرق الممارسة. وبالتالي نواجه

مشكلة بالنسبة للاخصائي النفسي الحديث التخرج. أنهم يتخرجون دون ان يدرسوا شيئاً اسمه اخلاقيات المهنة أو الـ code of conduct او ethic والمشكلة تزداد صعوبة عندما يتعرف أو يعرف ان هنالك اخلاق مهنية غربية يطلع عليها ولا يدرسها وتمثل الصعوبة احيانا عندما يواجه موضع معين او اشكالية مهينة داخل الغرفة العلاجية ويدخل في حيرة بين الاخلاقيات المهنية الغربية التي يمكن ان يكون قد قرأها ولم يدرسها وبين الثقافة، الدين، ماذا يتطلب منه في هذه المرحلة.

طبعاً لماذا هو مهم ان نتعرف على الاخلاقيات المهنية او ندرسها؟ لان الاخلاقيات المهنية تساعدنا ان نتعرف على مشكلة معينة وتساعدنا اذا طرغنا لهذه المشكلة. ما هو التصرف الامثل حمايتنا للمعالج وحمايتنا للعميل او للمريض. وبالتالي ايضا تساعدنا احيانا وليس دائماً كل العملاء الذين ياتون على العيادة النفسية ولا كل مقدمي الرعاية الصحية هم سعوديين او يمكن ان يكونو كلهم مسلمين ولذلك الـ manual الذي يمكن ان يكون للـ internship او للتدريب اذ كتبت بيه هذه الاخلاقيات المهنية بالتفصيل ستساعد كثير من الناس ان يتلافوا مواقف معينة او اشكاليات معينة. الـ cultural competence التي هي الكفاءة الثقافية او المعرفة الثقافية، هنالك اشخاص يمكن ان يكون عندهم معلومات ثقافية عن المملكة او عن الدول الاسلامية و هنالك اشخاص كلا. واحياناً يمكن للمعلومات ان تكون صحيحة ويمكن ان تكون خاطئة. وبالتالي الاخلاقيات المهنية ايضا تلزم الاخصائي ان يتعامل مع العميل او المريض من منظور الثقافي للعميل او المريض وليس من المنظور الثقافي لمقدم الخدمة العلاجية. لحسن الحظ ان الاخلاقيات المهنية الغربية التي نحن درسناها تتناول الكثير من الامور التي يمكن تطبيقها او يمكن تطبيقها بسلاسة بالمجتمعات الغير غربية وايضا شدة انه لتطبيق هذه الاخلاقيات المهنية لا بد ان نأخذ بعين الاعتبار البيئة الثقافية والاجتماعية للبلد الذي يطبق أو adapted أو تبنى الاخلاقيات. من هذا المنطلق، نحن لا نمتلق اخلاقيات مهنية ندرسها في السعودية للاخصائي النفسي ولا حتى بالنسبة للأطباء النفسيين. لا اعرف بالنسبة للتخصصات الاخرى اذا كانوا يدرسون مادة اسمها «اخلاقيات الممارسة المهني» وبالتالي تولدة الفكرة في اجراء بحث نصل به، طبعاً هذا جزء من البحث، قمت به مع زميل لي «الدكتور محمد كحطاني» بمحاولة للتوصل لاطار عام guidelines لـ اخلاقيات المهنية بالنسبة للاخصائي النفسي الممارس في السعودية. الهدف منها ان تكون تقريبا متماشية مع الاخلاقيات المهنية الغربية وبالتالي يمكن ان نزودها للمراكز والمنظمات او الـ institution المراكز الحكومية حتى يتم تبنيتها ويمكن اعتمادها وبالتالي يمكن تدريسها بالجامعات. طبعاً انا سوف اعدي من هذه اشياء الـ process حتى نصل الى الزبدة ونتائجها. طبعاً اتبعنا الادوات العلمية في عملية جمع المعلومات. جمع المعلومات كانت عبارة. جمعناها من الوثائق والمخطوطات السلامية طبعاً. بالاضافة الى القرآن والحديث وما جاء به من تعامل مع الناس. بالاضافة طبعاً الى المصادر الاجنبية. اخذنا منها بعض الاشياء التي تناسبنا. بعض الاشياء الاخرى تم تعديلها بما يتناسب مع مجتمعنا. طبعاً عرضة المسودة الاولى على متخصصين وممارسين في العلاج النفسي وكلهم اخصائيين نفسيين على فكرة حاصلين على درجة الدكتوراه اما كممارسين وبعد اجراء التعديلات الاولى كان هنالك group discussion مناقشات ايضا مع اختصاصيين ايضا هذه المرة على اكاديميين بالجامعة حتى توصلنا تقريبا للصورة النهائية منها. توصلنا الى الصورة النهائية انه لدينا four categories لا تختلف كثيراً عن الاخلاقيات المهنية الغربية التي يمكن ان نحصلها بالـ APA او الـ British psychological society طبعاً هذين المرجعين الذين نعتمد كثيراً عليهما وlately يمكن ان ننظر الى لكنديين او الاستراليين لكن نتكلم اولاً عن الـ general ethics التي هي الاخلاقيات العامة. بعدها يمكن ان تكون مواضع اخلاقية تسم طريقة تقييم وقياس بالعلاج والشئ المختلف كان الكفاءة الثقافية والقضايا التخصصية.

سأعرض هنا الجدول بشكل سريع. أول category التي هي الـ general ethics له علاقة بالاحترام، الكفاءة المهنية، معايير اخلاقية لا تسبب الالم أو الاذى سواء للعميل او للاخصائي النفسي. المسؤولية والسرية وبعدها الـ integrity التي هي النزاهة. بالاضافة الى ما قلناه ان هنالك قضايا اخلاقية او اخلاقيات في طريق القياس والتقييم كما القضايا

الاخلاقية بالنسبة لتقديم العلاج. الـ category التي هي جوهر المحاضرة (please) دكتور عندما يتبقى لي ٥ دقائق (نهنئي) والتي هي cultural competency ونبدأ بالأمور الجميلة. أول شيء عملية قبول الهدايا. طبعا كما نعلم ان المعيار الاخلاقي الغربي يرفض تماما ان يتقبل المعالج اي هدية مهما كانت رمزية من العميل. بالنسبة في السعودية أعتقد ايضا اننا نتشارك بها مع بعض البيئات العربية المختلفة. رفض الهدية خاصة اذا كانت رمزية تعتبر احيانا محرجة فبالنظرة من الصعب جدا ان نتقبل او نطبق الـ «no gift policy» ان نرفض الهدية تماما لانها يمكن ان تشكل اهانة. تصل لمرحلة الاهانة بالنسبة للمريض الذي يأتي فرحا من الخدمة التي قدمها ويقدم لك الهدية لذلك نحن «we bend it» هذا الـ «rule» قليلا ونحن كلنا انه بإمكاننا ان نتقبل الهدية اذا كانت رمزية مع لـ «stress» او التشديد ان نبقئها في اضيق نطاق ممكن. «social invitation» ايضا صعب اذا كنت تعالجن مريض مثلا في زواج لابنها او ابنتها ودعتك الى الزفاف وتقولين لها «SORRY» و احيانا تريد ان تدعوك لفنجان قهوة وتقولين لها «SORRY» هذه الاخلاقيات المهنية تمنعني. يعرفون انه يوجد علاقات مهنية ويعرفون انه يوجد علاقة علاجية تختم علي احترام هذه العلاقة العلاجية ولا انتقل الى خارج الغرفة العلاجية مع ذلك بحثوا. أنا شخصيا تقبلت هدايا وخرجت واحتسيت فنجان قهوة مع «client».

«shaking hand» الاقي هذه العضلة كثيرا عندما اسافر الى الخارج ويعرفون انني سعودية بعضهم «they shake hands» انا «I shake hands» لكن الـ «culture» عندي. زملائي عندما انسى احيانا واريد ان «shake hands» لزملائي لا يمدون يدهم. لذلك هذه الاشياء التي نحن ننبه عليها. «don't try to shake hands» لأنك عندما تكون أنت رجل الى امرأة لا تحاول ان تصافح لأنه بكل بساطة يمكن للمرأة أن ترد يدك. لذلك هذه من الاشياء التي يمكن ان نظهرها في عملية اخلاقيات المهنة. انه عندنا لا يوجد سياسة مصافحة بين الرجل والمرأة. بين الرجل والرجل عادي. بين المرأة والمرأة عادي لكن رجل لامرأة لا.

الـ «shacking hands» يجب ان تكون باليد اليمين وليس باليسار وكما قلت لانها عملية مصافحة الرجل للمرأة تعد في الشريعة الاسلامية غير مرغوبة او غير مقبولة. احيانا في بعض المذاهب الاسلامية يمكن ان تكون حرام وهذا امر لا بد ان يعرفوه خاصة الـ «expats» الذين يأتون احيانا ليعملوا «rotation» في المستشفى مشكلة الحجاب. وهنا عندما أقول حجاب ليس غطاء الشعر. انما الحجاب بمعنى النقاب. نحن نستخدم الحجاب احيانا بمعاني مترادفة لل نقاب. الأخصائي النفسي يمكن أن يرى امرأة منقبة ومنوع أن يطلب منها أن تكشف وجهها. أنا تعرضت لموقف. فعلاً أفزعني. وأنا يجوز لأن اطلب من امرأة أن تكشف عن وجهها. ولم تكشف وجهها قبل وتعرضت لموقف مرعب بالنسبة لي. ولكن السياسات والأخلاقيات في المملكة. يمكن أن الأخصائي الرجل أن يرى امرأة وتجلس معه ساعة. لكن لا يجوز أن يطلب منها أن تكشف وجهها. طبعا هذا شيء بالتأكيد يؤثر على سير العملية العلاجية. بالتالي المعالج النفسي في توثيقه لا يمكنه أن يعرف عن بواطن النفس والمشاعر إلا من خلال نبذة المريض أو إذا وجدت الـ body language. أما في حالة المرأة المنقبة لا يمكن له الإشارة إلا إلى نبذة صوتها والمعلومات التي تعطي بها الـ امرأة. فلا بد من أنه يذكر في التوثيق أنها كانت مغطاة من الأعلى إلى الأسفل.

الخلوة. يعني الرجل والمرأة يجلسان في غرفة في الخصوصية والباب مغلق عليهم. في التخصصات الأخرى يكون الطبيب مع المرأة ويكون معها شخص ثالث. يمكن أن تكون المريضة أو طبعا زوجها. وحتى إذا كان زوجها معها أو محرم لها. لا بد أن تكون المريضة موجودة. هنا لا توجد مشكلة بالنسبة للأطباء. أما بالنسبة إلى العملية العلاجية النفسية. بما فيها من خصوصية وسرية في المعلومات. فنحن هنا نواجه تحدي. كيف يمكننا أن نضمن أن المريضة ستتكلم بالأمور المحرجة لها بحرية بوجود الإختصاصي النفسي؟ لذلك امامنا أحد الخلل اللذان يتم تطبيقهما. أما يكون هناك مريضة. أما هذه المريضة لا تتكلم العربية. يعني نكسر الخلوة بوجود المريضة. أكيد هي ترى تعابير الوجه وتؤثر على العملية العلاجية.

لكن ذلك أفضل من عدم المعالجة . أو الحل الثاني. هو عدم غلق الباب. وذلك ينعدم موضوع الخلوة. اما فتحة الباب تجعل المريضة عرضة لنظارات الفضوليين. طبعاً لا يحصل ذلك بالفعل. فهناك أشخاص يتمتعون بالأخلاقية العالية في المهنة ولا يتم فتح الباب كاملاً. وذلك أمور نذكرها في الدلائل.

الزيارات المنزلية. في الطب يمكن أن الحكيم يزور المريض في منزله. في طب النفس أيضاً يمكن للدكاترة الرجال أن يزورون المرضى أما المعالجات أو الطبيبات لا يمكنهن فعل ذلك إلا في حالة معينة. الحالات هي عندما تأتي ال-recommendation من شخص موثوق فيه. أو إذا كانت تزور مريضة. وحتى عندما تذهب يجب أن يكون معها المحرم. في حل حصل أمر ما. في علاجات ال-hypnosis وال-relaxation نتوخى الحذر بسبب النبيرة التي تستعمل فيها. ولذلك نتحفظ على أن امرأة تطبقه على رجل أو العكس. لذلك نفضل أن يكون هناك شخص ثالث موجود. أو أن يتم تحويل المريض إلى شخص من نفس الجنس لتطبيق تلك التقنيات.

آخر نقطة أريد أن أتكلم عنها هي التدريبات المختلطة التي نقوم بها. وطبعاً لأن المتدربين صغار في العمر يفضل أن يكون هناك supervision وتأكيد على نقطة أنهم زملاء والتعامل على هذا الأساس لتفادي المشاكل.

أما المواضيع الجنسية. غالباً ما المعالج أو المعالجة لا يتجرأ على سؤال المرأة إذا كانت تعاني اضطرابات جنسية خاصة إذا كانت في علاقة زوجية. المعالج يخجل. والمرأة أيضاً تخجل وتفضل عدم دخول هذه المواضيع أو الاسئلة خاصة من قبل رجل. إذا قبلت أن ترى رجل بمفردها. اما عندما يكون هناك أزواج. تتحاشى طرح هذه الاسئلة. وإذا شعرت المعالجة أن الموضوع في الأساس هو علاقة جنسية مضطربة. تحول الجوز إلى شخص آخر.

وهذا يدفعني على التكلم عن ال-gender dysphoria. نحن في السعودية لا نتعامل معه على أساس مرض. نتعامل معه على أساس إنحراف سلوكي. على أساس إنه إختيار شخصي. بالتالي الشريعة والقانون يتعاملان معه طبقاً للقانون. لا يعالج. وإذا تم علاجه يتمحور على إعادة الشخص على الطريق السليم. الرجل يبقى رجل. والمرأة تبقى امرأة. إلا في الحالة التي فيها أساس بيولوجي. أن يلد الطفل خنثى. أي بعضوين تناسليين. وعندما نسبة ف الجينات والكروموسومات إنه يوجد خلل عضوي. ندخل في مسائل قانونية ومحاكم لكي يسمح لنا أن نحوله إلى الجنس الذي يوجد له نسبة كروموسومات أعلى.

عادةً لا نعطي زيارة أو مواعيد في أوقات الصلاة. أي 5 مرات في النهار. وطبعاً في وقت الفجر نكون نائمين. وعادةً في أوقات الظهر تكون العيادات مغلقة على الساعة ال-1 تقريباً لفسحة الغداء والصلاة في الوقت ذاته. وطبيعي جداً أن يتأخر المعالج على مواعيد. أو المريض على مواعيد بسبب الصلاة . ولا يمكن أن يزعل احدهما من الآخر. بالتالي. لتفادي ذلك لا نعطي مواعيد في أوقات الصلاة.

شكراً

[Traduit de l'arabe]

Tout d'abord je remercie la commission scientifique internationale de me donner l'occasion de participer avec une simple information d'Arabie Saoudite. Je remercie l'audience d'être là à cette heure pour écouter les derrières interventions. Et bien sûr je remercie le comité d'organisation pour leur excellent travail.

Le sujet de mon intervention est non seulement sur les différences culturelles dans l'application ou la pratique du spécialiste en psychologie en Arabie Saoudite, mais porte sur éthique et la pratique professionnelle au cours de la psychothérapie dans les cliniques. Bien sûr, l'Arabie est un Etat islamique, pour

les fournisseurs de soins de santé à différents niveaux, toutes les décisions ou évaluations sont faites par la Charia. La Charia et le contexte culturel, arrière-plan religieux et nous gouverne par de nombreuses décisions. Ainsi, un professionnel en psychologie en Arabie Saoudite, informé sur l'éthique professionnelle occidentale, peut-être en aurait-il rarement besoins, ou même pas du tout vu que la Charia régule beaucoup de méthodes de pratique. Ainsi, nous sommes confrontés à un problème le psychologue spécialiste récemment diplômé, il obtient son diplôme sans avoir étudié quelque chose appelé l'éthique de la profession ou le code de conduite ou l'éthique. Le problème est de plus en plus difficile quand il reconnaît ou sait qu'il y a une éthique arabe à suivre qu'il n'a pas étudiée et qui s'avère difficile lorsqu'il se trouve dans une situation embarrassante dans la clinique, dont la culture, et la religion.

Pourquoi est-il important de connaître l'éthique professionnelle ou de l'étudier ? Parce que l'éthique professionnelle nous aide à identifier un problème spécifique, et la meilleure méthode à appliquer pour nous protéger et protéger le patient. Ni les patients ni les fournisseurs de soins ne sont toujours saoudiens, ou musulmans, donc le manuel pour les stages et formation comprend ces règles éthiques professionnelles et aide beaucoup de gens à éviter certaines situations ou problématiques. La compétence culturelle est un élément important, certaine personne peuvent être informées sur la culture en Arabie Saoudite, et d'autres non. Parfois ces informations peuvent être incorrectes comme elles peuvent être correctes. Ainsi, l'éthique professionnelle oblige le spécialiste à traiter le patient du point de vue culturel du patient et non pas du point de vue culturel du fournisseur de services thérapeutiques. Heureusement l'éthique professionnelle occidentale que nous apprenons porte sur beaucoup d'éléments que nous pouvons facilement appliquer dans les sociétés orientales, et j'insiste sur le fait que l'application de ces règles éthiques doit prendre en considération l'environnement culturel et social dans lequel elles sont adaptées. Donc, nous ne démarrons pas l'éthique professionnelle étudiées en Arabie Saoudite. Je ne sais pas pour les autres disciplines si elles sont en train d'étudier la matière appelée « l'éthique de la pratique professionnelle ». D'où est venue l'idée d'une recherche que j'ai menée avec mon collègue Dr Mohamed Kahtani, qui essaie de poser un cadre général des lignes directrices de l'éthique du praticien spécialiste en psychologie en Arabie Saoudite. Le but est qu'elle soit presque conforme à l'éthique professionnelle occidentale, et donc nous pouvons offrir cela dans les centres et les organisations ou institution et centres gouvernementaux adoptés et, par conséquent il est possible d'enseigner cela é dans les universités. Donc nous arrivons aux résultats, nous suivons bien sûr des outils scientifiques dans le processus de collecte d'informations. La collecte d'informations a été faite à partir de documents et les manuscrits islamiques bien sûr, en plus du Coran et le Hadith et ce qu'ils énoncent sur l'interaction avec les gens, en plus de sources occidentales évidemment, nous les avons choisies selon ce qui convient à notre contexte, et nous les avons adaptées pour qu'elles soient en harmonie avec notre société. Bien sûr, le projet fut présenté aux spécialistes et praticiens, ensuite nous avons effectué des discussions de groupes pour modifier le projet, avec des académiques, et nous avons atteint la version finale. La version finale ne diffère pas beaucoup des règles éthiques professionnelles occidentales qui peuvent être divisées en quatre catégories. Je vais brièvement présenter le tableau. D'abord nous avons le respect, la compétence professionnelle, des standards éthiques ne produisant pas de mal ni au patient ni à la dignité. S'ajoute à cela ce que nous avons dit sur l'intégrité du praticien. Ensuite nous avons la responsabilité, la confidentialité, et les affaires morales pour ce qui est de l'évaluation et de l'offre de traitement. La catégorie 4 est au cœur de ce congrès, la compétence culturelle. Nous commençons avec les belles choses. La première chose est l'acceptation de cadeaux, bien sûr, comme nous savons que la norme éthique occidentale refuse complètement que le thérapeute accepte des cadeaux, quel que soit l'importance du client. En Arabie, nous partageons avec certains milieux arabes le refus des cadeaux si la situation peut être embarrassante, donc

nous appliquons la politique interdisant la réception de cadeaux. Parfois nous ne pouvons pas refuser le cadeau parce que cela offense le patient qui est satisfait du service et veut faire un cadeau en retour. Donc nous contournons un peu la règle, et nous acceptons les cadeaux s'ils sont symboliques et qu'il y a beaucoup d'insistance de la part du patient, mais nous essayons d'éviter cela autant que possible.

Un autre dilemme que nous rencontrons est de serrer ou de ne pas serrer la main. Quand je voyage et qu'on sait que je suis saoudienne, certaines personnes me serrent la main, et moi je serre la main également. Mais dans ma culture et avec mes collègues, parfois j'oublie et je tends la main mais mes collègues n'essaient pas de me la serrer. Donc c'est l'une des choses que nous soulignons, n'essayez pas de serrer la main à une femme si vous êtes un homme, la femme pourrait tout simplement refuser. Donc c'est l'une des choses que l'on inclue dans nos règles éthiques, entre les hommes et les femmes on ne se serre pas la main. De même, si vous serrez la main, entre hommes ou entre femmes, ça doit se faire avec la main droite et non pas la main gauche, parce que selon certaines références islamiques c'est « haram ». Donc nous enseignons cela surtout aux expatriés en rotation à l'hôpital. Le problème du hijab, et quand je dis hijab ce n'est pas dans le sens du voile des cheveux, mais dans le sens du voile intégral. Le psychologue peut voir une femme portant un voile et il lui est interdit de lui demander de découvrir son visage. Moi-même je me suis retrouvée dans une situation terrible, et j'ai le droit de demander à une femme de découvrir son visage, elle a refusé et m'a mise dans une situation vraiment embarrassante. Mais les politiques et règles morales sont ainsi en Arabie, il se peut que le spécialiste soit en session avec une femme pendant une heure mais n'a pas le droit de voir son visage. C'est certainement quelque chose qui affecte le fonctionnement du processus thérapeutique, le thérapeute dans sa documentation ne peut connaître la profondeur des sentiments que par le ton de la voix de la patientes et par les informations qui lui sont données, donc dans sa documentation il doit mentionner qu'elle portait le voile intégral.

Être seul signifie que l'homme et la femme sont assis dans une pièce dans l'intimité et la porte est fermée sur eux. Dans d'autres disciplines, le médecin est avec une femme et une troisième personne est avec eux, peut être une infirmière ou son mari, bien sûr, et même si son mari ou son mahram est avec elle, il doit y avoir une infirmière présente. Ici, il n'y a pas de problème pour les médecins. En ce qui concerne la psychothérapie, qui implique le secret et la confidentialité, nous sommes ici confrontés à un défi. Comment pouvons-nous faire en sorte que le patiente puisse parler librement des questions embarrassantes en la présence spécialiste? Nous avons donc deux solutions. Soit une infirmière est présente avec eux, mais l'infirmière ne parle pas arabe. C'est-à-dire que l'on brise l'intimité par la présence de l'infirmière. Bien sûr, elle voit les expressions du visage et affecte le processus thérapeutique, mais cela reste meilleur que de ne pas effectuer le traitement du tout. La seconde solution est de ne pas fermer la porte. Mais l'ouverture de la porte rend le patient sujet aux regards curieux. Bien entendu cela n'arrive pas vraiment, il y a des gens qui sont dotés de grandes qualités morales et éthiques et la porte n'est jamais grand ouverte. Ceux sont des choses que l'on énonce dans les règlements.

Les visites à domicile. En médecine, le médecin peut visiter le patient à la maison. En psychologie également, le praticien homme peut rendre visite à son patient, mais les praticiennes ne peuvent le faire que dans des cas spéciaux, comme une recommandation qui viennent d'une personne dans une position de confiance, ou si elles visitent des patientes. Et même si une praticienne rend visite, elle doit avoir un homme avec elle, dans le cas où quelque chose survient.

Le dernier point dont je veux parler porte sur les formations mixtes que nous faisons. Bien sûr parce que les étudiants sont jeunes il est préférable d'effectuer une supervision et de souligner le fait qu'ils sont

collègues et qu'ils doivent agir sur cette base afin d'éviter les problèmes.

Les sujets sexuels. Souvent le ou la thérapeute n'ose pas demander aux femmes si elles souffrent de problèmes sexuels, notamment si elles sont mariées. La femme aussi a honte et préfère ne pas aborder ces sujets ou ces questions spécialement si le thérapeute est homme. Si nous sommes en thérapie de couple, nous évitons de poser ces questions, et si la thérapeute voit que le sujet est une relation sexuelle perturbée, elle essaie de référer le couple à une autre personne.

Cela me conduit au sujet de la dysphorie de genre. En Arabie, nous ne traitons pas ce sujet en tant que maladie, mais en tant que perversion comportementale, comme si c'était un choix personnel. Donc la Charia et la loi agissent ensemble selon la loi. Cette condition n'est pas traitée, et si elle est traitée, le traitement tente d'aider le patient à retrouver le droit chemin.

En général, nous ne donnons pas de rendez-vous durant les prières, soit 5 fois par jour, et évidemment durant le Fajr (aurore) tout le monde dort. En général durant l'après-midi les cliniques sont fermées jusqu'à 13h pour la pause déjeuner et la prière. Et c'est très habituel pour le thérapeute d'être en retard à son rendez-vous à cause de la première, et ni le thérapeute ni le patient ne peut se vexer à cause de cela. Pour éviter cela, nous ne donnons pas de rendez-vous durant les temps de prière.

Merci.

Dr. Michael Houry

Merci Dr. Tamimi pour cet aperçu riche en informations.

Permettez-moi de présenter Dr. Atika Jari, professeur à l'université libanaise et professeur en psychothérapie clinique.

Dr. Atika Jari

Tout d'abord je veux remercier le Dr. Abbas Makke de m'avoir donné cette occasion, étant marrocaïne et libanaise, je veux parler de mon expérience en thérapie psychologique et sexuelle des femmes maghrébines et levantines. Le choix de mon sujet découle d'une expérience personnelle dans le domaine clinique. Ayant une clientèle variée, j'ai été surprise de voir surtout des femmes dont la demande est exprimée de la même façon. Je m'étais demandée s'il y avait un point commun, ou si le hasard fait que dans le cabinet du psy, la première question serait toujours la même, « je ne sais pas ce que j'ai », ou encore mieux formulée en arabe « j'ai les nerfs ». Puis ensuite découlent d'autres symptômes, manque de sommeil, stress, douleur dans tout le corps, céphalée, agressivité, sans oublier la phrase répétée souvent « rien ne va dans ma famille ». A premier abord il m'a semblé que cette demande est due au stress quotidien, mais cette probabilité me laisse perplexe devant un autre facteur, qui est le pays d'origine de ces patientes. Chacune d'entre elles vient d'un pays différent. Justement, ce mot « différent » m'incite à poser les questions suivantes. Ont-elles la même éducation ? Ont-elles la même culture ? Et cette culture influencera-t-elle la psychothérapie ? La réponse paraît évidente à premier abord, parce que nous fonctionnons tous par l'inné et par l'acquis. Mais au fait, à quel point ces deux éléments qui gèrent notre organisme et construisent notre structure peuvent, par le système culturel, toucher à l'équilibre de notre

personnalité. L'objectif général de la présente étude consiste donc à mettre en évidence et de mieux comprendre le vécu des femmes, en faisant le lien culturel avec leur contexte psychothérapeutique, et ce par la voie d'une recherche non comparative. On se basera sur les phénomènes socio-culturels, et leurs interactions qui peuvent se produire par l'inconscient, et par le flux des émotions ressenties par ces femmes. J'ai choisi des patientes arabes, venant des pays du Maghreb et du Machrek, dont l'âge varie entre 24 ans et 45 ans. Sept sont mariées, trois sont divorcées et remariées. Elles sont originaires du Liban, Maroc, Palestine, Jordanie, Iraq, Emirats, Koweït, Syrie, Algérie et Arabie Saoudite. Bien entendu, chacune de ces patientes a une histoire personnelle, j'essaierai de faire une petite synthèse de certains cas en soulevant les symptômes apparents. Les séances sont individuelles et se déroulent en face à face. Une psychothérapie analytique serait le meilleur moyen pour desceller les éléments inconscients, et les facteurs liés à la diversité culturelle, qui peuvent nuire au maintien de l'alliance thérapeutique. Ces femmes sont venues au cabinet avec une demande d'écoute, puis d'aide. Transportant leur souffrance et leur mal-être. Ces plaintes sont formulées en arabe, je dirais que la langue est très importante en psychothérapie. C'est un élément essentiel dans la relation psychothérapeute/patient. Lacan a bien insisté d'ailleurs, sur la langue et son importance en psychothérapie et en psychanalyse. Les patientes peuvent s'exprimer librement, ce qui permet aux affectes de surgir spontanément. Certes, nous avons des manifestations apparentes de certains comportements, tels que les pleurs, gestes, actes, ou manifestations émotionnelles. Par contre d'autres réactions inconscientes peuvent surgir durant les séances de thérapie, faisant apparaître les conflits pulsionnels entre défense et désir. Les symptômes somatiques sont décrits longuement et en détails. Des émotions peu verbalisées sont exprimées par des hésitations, des lapsus, des phrases à sens figuré, parfois même des arrêts et des silences. La confrontation des éléments verbaux et non verbaux nous fournit aussi des indices sur le mode relationnel de la patiente et sur son système défensif. Du moment que notre thème est du domaine de la culture, nous tenons à signaler une chose importante à laquelle fait allusion Georges Devereux, celle de la culture du psychothérapeute. Est-ce nécessaire d'avoir la même culture psychothérapeute/patient ? Ou bien est-il préférable qu'ils soient tous deux de culture différentes ? Pour répondre il parle de neutralité affective. L'analyste ne parviendra donc à une neutralité complète qu'à condition de résoudre ses conflits aussi bien affectifs que culturels. Peut-être la même culture aurait-elle une implication sur le transfert, surtout que la plupart du temps, les phénomènes d'influence se produisent à notre insu, à un niveau discret et inconscient. Le thérapeute doit aussi tenir compte du système d'interprétation, de la plainte et de la souffrance que le patient porte en lui avec toute sa complexité culturelle. Devereux explique, on doit tenir compte aussi du fait que le désir, ou conflit, qui dans une culture est complètement refoulé, peut dans une autre ne subir qu'un refoulement superficiel. Et souvent les ambivalences du patient sont apparentées à l'ambivalence fondamentale qui caractérise sa culture. Tout de même, il ne faut pas négliger les conflits actuels, bien que la période de l'enfance ait son importance dans les souffrances qui accompagnent les patients. Les problèmes psychologiques peuvent varier en fonction des différences culturelles, d'où l'influence des croyances sur les symptômes et leur interprétation par le patient lui-même. Tout se joue au niveau de l'inconscient culturel, qui n'est en fait qu'un inconscient collectif dominant. Une de mes patientes me disait : « Avant de venir vous voir j'ai fait une petite recherche internet pour trouver un psy marocain. Et là, ça tombe bien. » Une autre patiente de l'Arabie Saoudite, après une séance, me disait « Ah ! Vous réfléchissez comme nous, heureusement ». Mes hypothèses découlent en fait de ces réactions. Elles consistent d'une part à proposer une existence du pouvoir des éléments culturels sur le bon déroulement de la psychothérapie. Et d'autre part, les cultures acquises durant l'enfance et l'adolescence sont susceptibles de modifier l'orientation psychothérapeutique. Il me paraît donc utile d'illustrer brièvement mes propos

à partir de certains cas cliniques. Les patientes parlaient ouvertement de leurs problèmes, sauf ceux concernant la sexualité. Par contre, le sujet de l'inceste est abordé facilement. Est-ce un besoin urgent d'écoute ? Pourquoi le secret est-il gardé si longtemps, depuis l'enfance, et maintenant il surgit consciemment, après avoir été refoulé inconsciemment. Cet abus sexuel a lieu durant l'enfance, sur plusieurs années. Parfois ceci se déroule dans un cadre affectif, de tendresse, avec complicité de l'adulte, qui ne laisse rien à soupçonner. Madame M, originaire des Emirats raconte : « On était enfants, c'était mon cousin. Parfois on dormait dans le même lit ». La mère ne se soucie de rien, ils ont grandi ensemble comme deux frères et sœurs. Selon la religion musulmane, si des cousins sont allaités par la même femme, ce sont des frères de lait. Donc deux frères ne peuvent avoir des rapports sexuels. D'ailleurs la culture et la religion, prohibent l'inceste. Une autre patiente, Madame B, ayant subi des attouchements sexuels à l'âge de huit ans dans l'ascenseur par un ami de la famille. Elle se fait engueuler et punir par sa mère : « Si tu n'étais pas une fille de la rue, tu ne lui aurais pas permis de te toucher ». La mère n'a jamais pardonné cet acte grave à sa fille. Elle la rend coupable même après trente ans. Actuellement, elle souffre, après deux divorces, une anorexie mentale et une dépression. Huit femmes sur dix ont eu des relations incestueuses, dont les conséquences actuelles influencent leurs vies affectives et sexuelles. Là encore, la culture et l'éducation rigides sont des éléments résistants, même à l'expression des désirs de nos patients. J'ai remarqué, grâce à ces séances de psychothérapies, que ces patientes, qu'elles soient du Machrek ou du Maghreb, leurs histoires se ressemblent. Une éducation sévères, des idées socioculturelles bien imprégnées depuis la petite enfance, malgré le niveau d'instruction ; puisqu'elles sont toutes universitaires, et ont presque toutes passé leur enfance ou adolescence dans les pays occidentaux ou aux Etats-Unis avec leurs parents. L'immigration n'a rien changé à la mentalité, bien au contraire. Une adaptation sociale aux apparences, laisse apparaître un inconscient culturel riche en traditions, coutumes, et rites religieux. Je pense bien qu'elles sont aujourd'hui en thérapie, pour pouvoir faire le tri dans leurs têtes, entre ce qui est permis et ce qui est interdit. Un autre point commun chez mes patientes, cette mauvaise relation à la mère. Le père, elles parlent rarement de lui. L'une d'entre elles me dit : « Mon père, normal, comme tous les pères. On ne le voit pas ». Madame H, femme battue par son mari, et sa mère battue par son père, elle a une forte identification à sa mère. Et elle a peur de subir le même sort qu'elle, dans le sens où son père a trompé sa mère. Elle souffre de la violence faite par son mari et préfère divorcer. Mais elle est menacée d'être privée de ses deux enfants. « J'étais obligée de l'épouser à l'âge de seize ans, et chez nous au Koweït, priorité au cousin ». Quelques mois après le mariage, le mari quitte sa femme pour aller travailler dans un autre pays. Elle se demandait si elle était normale, parce qu'elle avait toujours un désir sexuel. Elle se plaint de se sentir abandonnée. La culture lui a appris que même si le mari est absent, l'épouse doit accepter sa situation. D'ailleurs il est assez fréquent de voir les hommes immigrer juste après le mariage, et laisser la femme soit chez les parents, soit chez les beaux-parents. Refoulant tous ses désirs et ses pulsions, Madame H rentre dans des épisodes de dépression. Elle a eu un traitement chez un psychiatre, avant de commencer ses séances de psychothérapies. Elle ressent une ambivalence entre le désir de quitter son mari, et le besoin de maintenir sa place sociale de mère. Tous ces affects l'ont poussé à avoir recours à la religion, et demande conseil à un Cheikh, homme religieux, pour obtenir le divorce. La culture lui apprend, encore une fois, que la valeur d'une mère vaut mieux que celle d'une épouse sans enfants. Le modèle féminin et maternel relève de l'apprentissage culturel et social. Il est transmis de génération en génération, d'une façon inconsciente. Est-ce pour cela que la culture est transmise par une femme ? Nous nous demandons aussi, quel lien peut-il y avoir entre avoir subi l'inceste et la mauvaise relation à la mère. Neuf patientes sur dix, ayant eu une relation incestueuse, ont de mauvaises relations avec leurs mères, allant chez quelques-unes jusqu'à la haine, passant par un sentiment ambivalent. Madame D dit qu'elle

ressemble à sa mère, et refuse son comportement d'adolescente. « Je veux retrouver ma mère lorsque j'étais enfant », puis elle rajoute « Je ne l'aime pas, elle ne s'occupe pas de nous ». Utilisant ainsi le clivage comme mécanisme de défense, la bonne et la mauvaise mère, pour pouvoir enfin lutter contre l'angoisse et la perte de son objet. Le moi va cependant distinguer à propos du même objet, tantôt une image positive, tantôt une image négative, terrifiante. Sans possibilité de concilier à la fois les deux images contradictoires. Cette patiente est arrivée au stade de vouloir porter le voile pour inciter sa mère à devenir religieuse. Elle prend aussi des cours de religion pour convaincre son mari de ne plus boire d'alcool. Selon elle la culture est un devoir. Madame D a des idées confuses et contradictoires, entre religion et culture, certainement liées toutes les deux de façon complexe. Une autre patiente qui a grandi aux Etats-Unis, puis à l'âge de l'adolescence rentre au pays avec ses frères et sœurs et sa mère, se demande : « pourquoi mon père a une double personnalité. Aux Etats-Unis il a l'esprit ouvert. Et ici il a l'esprit fermé. Quand je fais des fautes, il ne me gronde pas. J'ai enlevé mon voile dans la rue, il m'a vue et ne m'a rien dit. ». Elle est déçue et souhaite avoir un père autoritaire. Un père qu'elle a tellement idéalisé à tel point qu'elle a choisi un mari qui a son même caractère. L'éducation qu'elle a reçue est transmise par une mère froide, rigide, et qui ne donne aucune affection à ses enfants, imposant seulement des lois. Je dois signaler que sept patientes ont eu recours à un Cheikh, pour dénouer le mauvais sort, soit pour un problème d'infertilité, de troubles sexuels, ou encore pour demander conseil en cas de divorce. Huit patientes sur dix sont des femmes battues. Neuf sur dix ont eu des dépressions avec parfois des tentatives de suicide. Certaines ont été suivies par des psychiatres pour un traitement, et d'autres prenaient des antidépresseurs, sans avis médical, juste parce qu'une voisine ou une amie en prend. Donc déjà, nous recevons des patientes très perturbées, ayant un tableau clinique dont les symptômes psychiques et physiques s'emmêlent, d'où d'énormes plaintes psychosomatiques. Deux patientes seulement sur dix, ont été amenées par leur mari au cabinet, non pas dans le but d'une psychothérapie, mais pour se plaindre du comportement de leur épouse. Le mari de Madame A est venu pour vérifier la capacité de sa femme infidèle en tant que mère. Celui-ci était plus âgé qu'elle de vingt-cinq ans, et avait des troubles érectiles depuis le mariage. Par contre le mari de Madame F se plaint de la nervosité de sa femme qui veut le quitter à cause d'écart socio-culturels et économiques. Madame K a quatre enfants, et vient d'être abandonnée par son mari qui vit dans un autre pays. « A l'intérieur je sens tout négatif, et à l'extérieur tout positif. Je n'ai jamais eu de vie sexuelle ni affective. » Ce sentiment de négativisme, et surtout d'abandon, la fait sombrer dans la dépression qui a demandé une hospitalisation. Avant sa thérapie elle s'est adressée à des associations dans l'espoir de trouver une solution à son problème. Devant ces plaintes, j'ai relevé surtout des problèmes conjugaux qui ont engendré des troubles sexuels. Si dans une dysfonction sexuelle la physiologie peut intervenir, il y a bien d'autres choses, tel que l'émotionnel culturel. La plupart de nos patientes se sont mariées entre 14 et 18 ans, elles n'ont reçu aucune information ni éducation sexuelles. La seule information, sur la nuit de noces, qui sera dramatique. Et sur la virginité qui doit être conservée tant que la jeune fille n'est pas mariée. La sexualité se discute, et grâce à la communication, les peurs et les angoisses seraient réduites, au lieu de créer un blocage au niveau relationnel dans le couple. D'ailleurs, certaines se demandaient si elles étaient normales d'un point de vue sexuel. Lorsqu'il y a problème, on n'en parle pas, pour plusieurs raisons. Une sous-estime de soi, peur de l'épouse d'être accusée d'avoir eu des expériences sexuelles auparavant, angoisse de performance du conjoint. On interdit à l'enfant la masturbation. On banni toutes information sexuelle, parce qu'elle entrainerait à la perversion et inciterai la rêverie érotique au détriment du travail scolaire. Certaines patientes ne se permettent pas d'avoir des fantasmes, le considérant comme adultère. Mariées très jeunes, elles étaient obligées d'avoir des relations sexuelles avec des partenaires qu'elles n'ont pas choisi, alors qu'elles n'y étaient pas prêtes affectivement. Résultat,

des échecs retentissants et des comportements d'abstinence, d'où l'aversion, l'installation des névroses. De façon générale, la théorie analytique la plus poussée des névroses, reconnaît implicitement que l'adversaire principal de l'analyste n'est pas le ça du malade, mais son surmoi. Tel est le cas de nos patientes, dont les désirs refoulés sont soumis à un surmoi culturel assez rigide. C'est cette partie de nous qui est une sorte de loi morale qui nous dit « tu ne dois pas faire ça » ou « tu dois faire ceci ». Toute pression extérieure impliquera inévitablement la réouverture entre le moi et le surmoi. Revenant à ce mal-être de nos patientes, qu'elles ont exprimées par leurs symptômes psychosomatiques auxquels se rajoute la grande histoire conflictuelle du couple. Après plusieurs séances de psychothérapie j'ai vu sept maris, les trois autres vivaient hors du Liban. Mais en fait leur but n'était pas d'entamer une thérapie de couple comme il était conseillé, c'était surtout par curiosité de voir de quoi il s'agit dans ce fameux cabinet. Selon eux, il y a problème sexuel, celui-ci concerne l'épouse. Ils préfèrent garder le silence et aller vérifier cette fonction auprès d'autres partenaires. L'absence de communication crée une peur de solitude. Les patientes que je vois aujourd'hui dans mon cabinet viennent se révolter contre leur non-satisfaction sexuelle. Celles qui ont fait le choix d'une sexothérapie veulent accéder au plaisir et à une vie harmonieuse. Déjà elles doivent avoir une prise en charge sérieuse, à cause de l'abus sexuel. Se rajoutent à cela bien évidemment toutes les conséquences psychologiques et sexuelles qui nécessitent la participation du conjoint. Dans notre culture, le concept de sexualité est basé sur le comportement humain, ayant une fonction érotique qui donne à cette sexualité son originalité qui la distingue de celle des animaux. N'est-ce pas un privilège pour l'homme ? Je dirais par cette recherche, que l'homme oriental est tellement imprégné par les idéaux, tels que « pour être un homme viril, tu dois tout te permettre en matière de sexualité ». Malheureusement, ces idéaux mal-placés n'aident pas à exposer le problème sexuel quand il est là. Même dans les cabinets médicaux, la seule consultation ou sexologie de l'homme, c'est quand il s'agit d'impuissance et surtout lorsque ce trouble fait craindre un problème d'infertilité. En dehors de l'approche strictement biologique, il existe ce que l'on appelle la problématique personnelle. Trois facteurs principaux sont à considérer dans l'approche de cette problématique : le culturel, le névrotique et le traumatique. De plus notre culture d'origine et nos expériences passées peuvent créer des blocages et des traumatismes. Ceci apparaît nettement durant les séances de sexothérapie, et malgré le désir conscient de résoudre les conflits conjugaux, il y a un retour inconscient du culturel, dû aux résistances. Cela a un effet refoulant, c'est pour cela qu'il revient après coup. Il forme le noyau de ce qui deviendra par la suite, symptôme. J'ajouterais que la participation du conjoint est minime, et ceci entrave le bon déroulement des étapes de la sexothérapie. L'homme oriental porte en lui et dans son inconscient, des stigmates d'une éducation autoritaire et rigoureuse qui ne lui a pas permis de s'exprimer. D'ailleurs, certains maris, se sont mariés aussi par devoir et selon le choix de la mère. Il est nécessaire de s'informer sur le rêve qui pourrait éventuellement engendrer de l'inconfort, de l'anxiété et même de l'angoisse. Le désordre sexuel devient aussi une façon de préserver le lien avec la mère, cette mère dont les patientes réclament l'affection qu'elles n'ont jamais pu avoir durant l'enfance, peut-être aussi dans l'attente d'un pardon. Les séances de sexothérapie sont bénéfiques dans le sens où elles déculpabilisent les patientes de leur responsabilité d'avoir été complices dans l'inceste, surtout que le désir incestueux a une action nocive sur la sexualité qui demeure inconsciente. C'est à partir du moment où il accède à la conscience qu'il perd en grande partie de sa nocivité. Mais comment expliquer que nos patientes se défendent inconsciemment contre la suppression de leurs symptômes ? Freud fait le parti que les forces qui s'opposent à la guérison, synonyme de rétablissement au cours normal du processus psychique, sont les mêmes qui ont provoqué l'état morbide. Avant de conclure, je citerais brièvement les différents désordres retenus chez nos patientes et leurs conjoints. Vaginisme, avec chirurgie de l'hymen, une patiente, anorgasmie, quatre patientes, inhibition du désir sexuel,

six femmes et trois hommes, pas forcément dans le même couple, sodomisation, deux cas, éjaculation prématurée, trois cas, troubles érectiles, quatre cas, masturbation, quatre femmes, quatre hommes, pas forcément chez le même couple. Ces couples souhaitent avoir des solutions rapides pour leurs désordres, surtout quand il n’y a pas de confis relationnel. Certains préfèrent garder le silence et aller vers d’autres solutions, comme le divorce ou l’adultère. On a un pourcentage assez important de relations extraconjugales. Huit hommes, et six femmes. Nous retrouvons cet interdit culturel qui était jusque-là inconscient, mais qui a accès à la conscience grâce à l’analyse. Cette recherche nous indique comment le fonctionnement de notre psychisme peut être entravé par le culturel, que nous ne devons pas accuser complètement. Parce que grâce à lui aussi, nous arrivons à desceller les causes du mal-être.

Pour terminer, j’aimerais bien ouvrir un volet qui me permettra de faire des investigations plus approfondies sur le vécu social et sexuel de l’homme oriental. Parce que lui aussi a été élevé par une femme, qui a laissé un impact psychologique et sexuel. Je dirais que le mal-être de toute société est le culturel sexuel inconscient. Je vous remercie.

Dr. Michael Houry

مشكورة د. عتيقة على هذه الجولة العيادية من البيولوجيا إلى السيكلوجيا والبيئة والثقافة.

أريد أن أعرف بإختصار عن زميلي روني أبو ضاهر. psychotherapeute analytico-systemique سوف يتكلم عن الهندسة.

[Traduit de l’arabe]

Merci Dr. Atika pour cette tournée clinique, de la biologie a la sexologie, a l’environnement et a la culture.

Je veux brièvement présenter mon collègue Rony Abou Daher, psychothérapeute analytico-systemique, qui va nous parler d’architecture

Dr. Rony Abou Daher

[Représentant l’architecte Mahmoud Chahine]

أولاً أريد أن اشكر المهندس محمود شاهين الذي أرسل بهذه المداخلة التي سأمثله فيها. اشكر أيضاً الدكتور عباس مكي لأنه ائتمني أن أرسل هذه الرسالة لكم. وهي تحت عنوان: الحالة المعمارية واشكالها الإستجابة لإحتياجات الأفراد داخل المجتمع.

إن علم وفن العمارة عبر العصور لم يكن مجرد مدرسة فنية تتجاوزها اشكاليات العلاقة بين الشكل والوظيفة. وجدلية الشخصية المعمارية والإنتماء. بل صورة حية وجسود لحالة مرتبطة ومتفاعلة مع حركة الانسان الدائمة والمتغيرة داخل المجتمع. مع محيطه البيئي والطبيعي. ضمن زمان ومكان محددين متماشية مع تجارب ومحاولات الانسان الدؤوبة لتحديد احتياجاته وإستيعاب مصادر البيئة المحيطة والعمل على استغلالها معتمداً على الأساليب والمفاهيم والأدوات

التي ابتكرها للتعبير عن إنجازاته وطموحاته الفكرية والحضارية. ومن هنا يمكن القول بأن العمارة بدأت بالتعبير عن أنها حاجة مادية للإنسان. صحيح أن العمارة لم تشكل يوماً أي عائق بوجه التطورات والتقلبات الحضارية. وقد ساعدت على إبتكار طرق ومفاهيم والتكيف مع هذا التطور والنمو. أما لم تعد العمارة حاجة نفعية. إنما أصبحت حاجة إستهلاكية اسقطت في معالمتها المعمارية حاجات الإنسان وادت في معظم الحالات إلى نشوء مجتمعات سكنية. أحزمة بؤس حول المدن لغياب السياسات السكنية الواقعية والمخططات التوجيهية الواضحة. فالحالة المعمارية في الغرب قد عكست بوضوح التغيرات والتطورات الإجتماعية والسياسية والفكرية والإقتصادية داخل هذه المجتمعات وصولاً إلى الثورة الصناعية وتأثيرها المباشر على إيجاد فرز لشرائح الطبقات المجتمعية متفاوتة ومختلفة والتي طبعت نمط سلوك الإنسان وعلاقته بمحيطه العام. دون أخذ في عين الإعتبار الحيز الموحش للإنسان. وصولاً إلى المدارس المعمارية الحديثة وتهيدها البعد الإنساني حيث تم التركيز على البعد التسويقي. ومن هنا الجدلية حول الحاجة إلى عمارة إنسانية مرتبطة بمحيطها البيئي وحاكي الإحتياجات الروحية والعاطفية الدفينة للأفراد. أما في المشرق. فقد سادت حضارات كانت لها اسقاطات هامة على الحالة المعمارية وصولاً إلى الإجهات المعمارية المعاصرة في المشرق العربي. مع سيادة نفوذ ارادات النفط وسيطرت استردت نماذج لطرز العمارة العالمية التي تعكس صورة نمطية مجرد أشكال هندسية وبعض الأحيان فلكلورية مجردة من أي انعكس لإحتياجات الإنسان الداخلية المرئية والمكبوتة في إطار اللاوعي. هذه الصورة تزداد غموضاً وتشويهاً مع تسارع التحولات داخل المجتمعات الإستهلاكية حيث تسود سيطرت الشركات التسويقية وينتهي المطاف بعمارة ذات أشكال هندسية هي عبارة عن أحجام وصناديق تأوي أجساداً مفصولة عن احتياجاتها الداخلية. وهذا الإنفصام سيؤدي حكماً إلى قلق وضغط إجتماعي ينتهي بسلوكيات خارج المسار الطبيعي الصحيح. وما لا شك فيه أن الإجهات المعمارية والمدارس الفكرية والفلسفية ومدارس علم الإجتماع ما زالت على مفارق طرق. حيث يعمل كل منها في عالمه دون محاكاة جدية فيما بينها. والمطلوب إيجاد مساحة مشتركة للعمل على إيجاد وتطوير معايير يمكن من خلالها إختبار وتعريف الحيز المعاش المراد توفره لتحسين سلوكيات الأفراد ضمن بيئة مبنية صحيحة.

محمود شاهين

شكراً

[Traduit de l'arabe]

Je veux tout d'abord remercier l'architecte Mahmoud Chahine qui a envoyé son intervention, dans laquelle je vais le représenter. L'intervention s'intitule : la condition architecturale et la problématique de réponse aux besoins des individus au sein de la société.

La science et l'art de l'architecture n'est pas simplement une école artistique qui traite la relation entre forme et fonction, ou la problématique de la personnalité architecturale et de l'appartenance. Mais elle est une image vivante et une personnification d'une condition liée et interagissant avec le mouvement humain constant et changeant au sein de la société, avec son environnement naturel et culturel, inscrit dans un lieu et un temps définis, allant de pair avec les tentatives de l'humain à définir ces besoins et de comprendre les ressources de son environnement, et de travailler à les employer par des méthodes, concepts et outils qu'il a conçu pour exprimer ses accomplissement et ses aspirations intellectuelles et culturelles. Ainsi, nous pouvons dire que l'architecture a commencé à se manifester comme étant un besoin matériel de l'être humain. Il est vrai que l'architecture ne fut jamais un obstacle face au progrès et changements culturels, et elle a contribué à l'invention de méthodes et de concepts d'adaptation à ce progrès, mais elle n'est désormais plus un besoin d'utilité, mais un besoin de consommation qui a fait déchoir les besoins

humains dans son traitement de l'architecture, et a mené à l'établissement de groupements résidentiels, ceintures de honte autour des villes pour le manque de politiques résidentielles réalistes et de plans directeurs clairs. La condition architecturale en Occident reflète clairement les changements et progrès sociaux, politiques, intellectuels et économiques au sein de ces sociétés, arrivant à la révolution industrielle et son impact direct sur le classement des tranches sociales dans leurs différences et diversités, et qui a influé sur le mode de vie humain et sa relation avec son environnement général, arrivant ensuite aux écoles d'architecture modernes, et de leur exclusion de la dimension humaine, et de leur concentration sur la dimension commerciale. D'ici provient la problématique autour du besoin humain de l'architecture liée à son environnement et répondant aux besoins sentimentaux et émotionnels de l'humain. Alors que dans le Machrek, de multiples civilisations ont régné, ayant des influences importantes sur la condition architecturale, arrivant aux directions architecturales modernes dans le Levant arabe, avec le règne du pétrole et l'importation de modèles architecturaux internationaux qui ne reflète que des formes, parfois folkloriques, démunies de tout reflet des besoins humains internes, visibles ou inscrits dans l'inconscient. Cette image est de plus en plus mystérieuse et de plus en plus déformée avec la rapidité des changements au sein des sociétés consuméristes où les entreprises commerciales gouvernent, et on se retrouve avec une architecture qui reflète des formes et des boîtes qui abritent des corps séparés de leurs besoins profonds, et ce schisme mènera sûrement à l'anxiété et à la pression sociale, et aboutira à des comportements anormaux. Sans doute les orientations architecturales, les écoles de pensée et de philosophie et les écoles de sociologies sont encore en divergence, soit chacune d'elles travaille dans son propre monde sans discussion sérieuse entre elles. Il est nécessaire de trouver un espace commun pour œuvrer à développer des standards afin d'évaluer et de définir le vécu et le voulu pour améliorer les comportements individuels au sein d'un environnement correctement bâti.

Dr. Michael Houry

Merci Rony. J'ai le plaisir de vous présenter le professeur Abbas Makke, qui va nous parler d'ethnomathématiques, un sujet que Dr. Imane Chahine devait présenter.

Dr. Abbas Makke

[Représentant Dr. Imane Chahine]

Merci Monsieur le président de la séance, et Madame la modératrice. Je vais parler en arabe suite à une question qui m'a été posée ce matin.

سوف أتكلم دقائق قليلة. محمود شاهين هو أخ إيمان شاهين. روني قدم الأخ وأنا سأقدم الأخت. محمود شاهين هو المهندس الذي عمل على منزل الجنرال علي. وجلسنا مطولاً معه. والموضوع الذي كان يريد أن يطرحه هو موضوع المعاناة النفسية في المجال الحيوي الذي نبنيه إن لم يكن له المسافات المبنية الجيدة. ومحمود هو مثل العراق. وكانت معنى مثلة من السعودية. ود. عتيقة من لبنان والمغرب. فنحن فعلاً في إطار المشرق العربي ولنا صفات تمثيل المشرق العربي. إيمان شاهين أتت من أميركا. في جامعة في أميركا تعلم فيها ال-ethnomathématique. لماذا ال-ethnomathématique وما علاقتها في علم النفس. إيمان درست في لبنان ال-ethnomathématique أي تعليم الرياضيات. ذهبت إلى أميركا التنازل دكتوراة ونالته وهي تعلم في هذا المجال. من أهم الموضوعات في ال-mathématique هو ال-ethnomathématique

بمعنى أن ال-mathématique يعمل على ال-logos أو ال-logique. فهم يذهبون في اتجاه المنطق العفوي عند الشعوب والاثنيات البدائية التي علمتنا ال-mathématique بشكل أو بآخر. يعني عندما في السوق يريدون أن يوزنون الحزون. يأتون بحجر. ويضعونه بشكل إجمالي. أما قبل عمليات المبادلات التجارية كانت الشعوب القديمة تعبر عن نفسها في الرسم. وتبين في الرسم mathématique inconsciente. هناك تعبير عن معاناة لاوعية. كانوا يعبرون في الكتابة على الحجر. يعني الرسم أو الصورة. التبادلات بين بعضهم البعض. ال-mathématicien اكتشفوا أن لها قواعد رياضية هما. وإذا لم نفهم لا يمكننا فهم لا وعي هذه الشعوب التي تسمى بدائية. إنما هي بدائية لأن دمرت ثقافتها. الهنود الحمر في أمريكا. يعودون إلى دراسة هذا الواقع. وفي أفريقيا. تكلم دكتور جابر عن علم نفس الأفريقي الذي يعيش في الحضارة الأوروبية. يذهبون إلى قلب الحضارة. كيف يكون التعبير المنطقي لهذه الشعوب على الصعيد اليومي. على فكرة. هم لا يدرسون فقط الرياضيات في الاثنيات. هم يتبعونه أيضاً في المواد الصخرية والحجر. بحسب خطوط معينة مرسومة على الصنف والحجر. وصلوا إلى الشعوب البدائية. ومن رسوماتهم تمكنوا من استخراج قواعد رياضية. هي محاولة مهمة جداً. تشبه عمل ال-psychoanalyste. عندما يذهب إلى مجاهل اللاوعي. ليفهم la structure du système و la raison de l'irrationnel و logique de l'illogique. وأنا أدخل إلى مغارة جعيتا. وحدة تلو الأخرى. مثل الذي يكتشف la structure du système cerebral. وحدة تلو الأخرى. الكبير فيه الأصغر ثم الأصغر بعض. أجد نفسي في متاهة. متاهة في الاثنيات المختلفة تعبر عن علمها اللاوعي برسومات. ال-ethnomathématique راح يدرس هذا الواقع. وهو إكتشاف أوروبي أمريكي. يعني أكد أقول أن الاوروبيين والاميركان لن يتركوا شيء من غير أن يفهموه. حتى في ال-ethnomathématique. يعني يريدون أن يذهبون في ال-imagerie. وفيها قاعدة ال-zero crime. يقف شخص تحت الباب ونرى ال-imagerie أو ال-imaginaire الخاص فيه. حاول ال-ethnomathématique قراءة ال-imagerie. و ال-al: ال-NDA. عند الشعوب البدائية. الرياضيات قائمة على هذه القاعدة وحازت على تحسن كبير جداً. خزن في ال-banque de don-- néés sociologiques. في الدول المتقدمة عمال بها قليلاً. إنما محاولة فهم متاهات الفكر الإنساني عند الشعوب البدائية بمعدلات رياضية هو ما يحصل حالياً في ال-ethnomathématique وهذا ما رسمته إيمان شاهين في نصها.

ننتهي لأقول أن دانييل فيدلوشه في أحد نصوصه. يحكي عن ال-TCC. ال-T هي ال-therapie ال-c تعني ال-comportementale وال-c الثانية هي ال-cognitive. يعني الوعي. يقول :

Il y a une certaine intentionnalité de l'inconscient. Donc pour comprendre intentionnalité du comportement, il faut chercher le latent, ce qui nous pousse au passage à l'acte, mais de façon indirecte.

ال-ethnomatématique وهو معرفة علمية. يمكن أن نقول أنه يذهب صوب المعرفة اللاعلمية. اليقيسها بمعادلات علمية.

أشكركم.

[Traduit de l'arabe]

Je vais parler pendant quelques minutes. Mahmoud Chahine est le frère d'Imane Chahine. Rony a présenté le frère je vais présenter la sœur. Mahmoud Chahine est l'architecte qui a travaillé sur la maison du General Ali. Nous nous sommes assis avec lui pendant un bon moment, et le sujet qu'il voulait présenter était la souffrance psychologique dans l'environnement l'on construit. Mahmoud représente l'Iraq, nous avons ici présente une représentante de l'Arabie Saoudite et Dr. Atika qui représente le Liban

et le Maghreb. Donc nous sommes réellement dans le cadre du Levant arabe, et avons la qualité de le représenter. Imane Chahine vient des Etats-Unis, où elle enseigne l’ethnomathématique à l’université. Pourquoi l’ethnomathématique et quelle relation a-t-elle avec la psychologie ? Imane a étudié la didactique mathématique au Liban, soit la science des maths. Elle a voyagé aux Etats-Unis pour obtenir son doctorat, elle l’a obtenu et actuellement elle enseigne dans ce domaine. L’ethnomathématique est des sujets les plus importants en mathématiques, dans le sens qu’elle porte sur le logos, ou la logique. Ils vont dans le sens de la réflexion des peuples et ethnies primaires qui nous ont appris les mathématiques d’une manière ou d’une autre. C’est-à-dire, au marché, quand ils voulaient peser leur stock, ils apportaient une pierre et la plaçaient, de manière très générale. Mais bien avant les échanges commerciaux, ces anciennes civilisations s’exprimaient par les dessins. Une mathématique inconsciente apparaît dans ces dessins, il y a une expression de souffrance inconsciente qu’elles exprimaient. C’est-à-dire que les mathématiciens ont découvert à travers ces dessins, images et échanges, des règles mathématiques importantes, qu’il faut comprendre pour comprendre l’inconscient de ces peuples que l’on nomme primaires, et qui ne sont primaires que parce qu’on a détruit leur culture. Les peaux-rouges en Amérique, ils reviennent sur ces réalités, et en Afrique aussi. Dr. Jaber a parlé de la psychologie de l’africain qui vit en Europe. Ils vont au cœur de la civilisation, pour voir quel est l’expression rationnelle de ces peuples au quotidien. Il faut noter, qu’ils n’étudient pas uniquement les mathématiques des ethnies, ils se penchent également sur les matières minérales et les pierres, étudient certaines lignes tracées sur les coquilles et roches, pour en extraire des règles mathématiques. Ils sont ensuite arrivés aux premières civilisations, et en ont extrait des règles mathématiques. C’est vraiment une tentative très importante, qui ressemble au travail du psychanalyste qui plonge dans l’inconscient pour comprendre la logique de l’illogique et la raison de l’irrationnel. J’ai visité la grotte de Jeita avec un ami, préoccupé par le contenu de l’inconscient. Alors que j’entrais dans les caves, l’une après l’autre, c’était comme découvrir la structure du système cérébral, un élément après l’autre, du plus grand, au plus petit, je me suis trouvé dans un labyrinthe. Le labyrinthe des diverses ethnies, qui expriment leur science inconsciente par le dessin. L’ethnomathématique étudie cette réalité. C’est une découverte euro-américaine, je veux presque dire que les européens et américains ne veulent rien laisser à comprendre, même en ethnomathématique. Ils veulent plonger dans l’imagerie, suivant la règle du zéro crime. La personne se met debout sous la porte et on voit son imagerie, son imaginaire. L’ethnomathématique essaie de lire l’imaginaire, et pourquoi pas même l’ADN des peuples primaires. Elle se fonde sur cette règle, et a connu un grand progrès, dans la banque de données sociologiques. Cela se fait dans les pays développés, mais la tentative de comprendre les profondeurs des pensées des civilisations primaires par des règles mathématiques est ce que fait l’ethnomathématique, et c’est l’image que dessine Imane Chahine dans son article.

Je termine par dire que Daniel Wildlocher parle dans un de ses articles, de la TCC, le T représente la thérapie, le C comportementale et le second C veut dire cognitive, c’est-à-dire le conscient. Il dit :

Il y a une certaine intentionnalité de l’inconscient. Donc pour comprendre intentionnalité du comportement, il faut chercher le latent, ce qui nous pousse au passage à l’acte, mais de façon indirecte.

L'éthnomathématique est une connaissance scientifique, nous pouvons qu'elle part dans le sens d'une connaissance non-scientifique fondée sur des règles scientifiques.

Je vous remercie.

Jour 3



Jour 3

Dr. Marc Jaber

صباح الخير لكل المشتركين والمشاركات. غود مورنينغ وبونجور. ميرسي على حضوركم اليوم ايضاً. اليوم هو اليوم الثالث والأخير من المؤتمر الذي جمعنا مع بعض في هذا الموضوع المهم جداً و تأثير الpsychology على المريض وعلى مرضه وعلى نظرته إلى المستقبل وكل الأعراض التي لها أسباب مختلفة ولكنها تجتمع في نطاق واحد هو تأثير العقل والحالة النفسية على صحة المريض. نتمنى منكم الصبر اليوم أيضاً لأننا نبشركم أن اليوم هو الأخير وتمتعكم بالإرادة حتى ننهي هذا المؤتمر المهم جداً بالظروف المناسبة تماماً.

بالنسبة للحضور الذين قد لا يعرفونني. سأعيد تقديم نفسي للمرة الثالثة. أنا الدكتور جابر اصلي لبناني وفرنسي الجنسية. عندي فترة طويلة في فرنسا. ولكن جذوري رجعتني إلى لبنان لفترة أسبوع فقط. لكنّها فرصة لنعود و نلتقي بكم. ما هي مهنتي؟ أنا في الأصل أستاذ الأمراض الصدرية وجراحة الصدر في جامعة باريس ٧. كلية الطب في Xa vier Bichat التي تقع في باريس ٨١. لم أدرس فيها. درست في جامعة أخرى اسمها Projet hotel Dieu حيث مان اختصاصي في الأمراض الصدرية وبالنهاية تم تعييني رئيس مجلس الطوارق في مستشفى Bichat و من ثم أصبحت مهنتي تأهيل الأطباء أي Directeur de thèse في الجامعة نفسها وأخيراً عيّنت عضواً في مجلس الشورى الفرنسي.

سيكون اليوم موضوعنا مهم جداً في القسم الأول سوف نتطرق إلى الEpilepsy أو مرض الصرع وسوف يكون معنا أطباء متخصصين جداً وعالمين جداً في هذا المجال وأذكر بالخصوص البروفيسور بيضون الذي هو مسؤول عن التعليم والأبحاث في الAUB في هذا المرض. وسوف نقدّم لكم تبعاً للمشاركين في ندوة مرض الصرع و نذكر أيضاً الدكتور يمان مكّي الحاضر معنا و الدكتور وسيم نصرالدين الحاضر معنا وهو دكتور متخصص جداً أيضاً في هذا النوع من المرض. نتمنى لكم التوفيق و سوف نتطرق في المرحلة الثانية إلى الأمراض القلبية ومعنا الدكتور قبيسي الذي سيكلّمنا عن التأثير النفسي على الأمراض القلبية.

الدكتور حسين اسمعيل متخرج من أميركا والعالم بالأمراض القلبية و تأثير الحالات النفسية

على مرضى القلب. شكراً لإصغائكم.

[Traduit de l'arabe]

Bonjour à tous les participants et participantes. Good morning. Merci de votre présence en ce troisième et dernier jour de ce congrès qui nous a réunis autour d'un sujet vraiment important et de l'influence de la psychologie sur le malade et sa maladie et sa vision de l'avenir. Nous vous demandons un peu de patience aujourd'hui, vu que c'est le dernier jour, et vous étiez pleins de volonté jusqu'à lors dans ce congrès absolument important et qui vient au bon moment.

Notre thème aujourd’hui est en première partie l’épilepsie, nous aurons l’occasion d’écouter des médecins internationaux très spécialisés dans ce domaine, et je cite surtout le Dr. Beydoun qui est responsable du centre de recherche de l’AUB au sujet de cette maladie. Je cite également le Dr. Yamane Makke, Wasim Nassredine, tous médecins spécialisés en épilepsie.

Merci de votre attention.

Dr. Ahmad Beydoun

Thank you doctor Jaber and doctor Ismail for your kind introduction. I would like first to thank doctor Abbas Makke for inviting me to participate in this meeting and I would like to congratulate him and the scientific committee for putting together such a first rate meeting.

I am going to be talking about non epileptic psychogenic seizures, which is a condition that we commonly see and which can be confused with patients with epilepsy. Now, if you look at those cases, they all present paroxysmal episodes that mimic seizures and yet they do not suffer from epilepsy. Their mobility however and their quality of life is not as bad as patients with epilepsy, and these conditions can cause tremendous (*inaudible 6:45*) to the patients themselves and to the parents. So this is what we will be discussing today.

Now first let’s differentiate between epileptic seizures from non-epileptic seizures. Epileptic seizures are paroxysmal episodes that occur because of an abnormal electrical activity in the brain and depending on the area where the electrical activity originates from, the semiology or the clinical manifestation will vary accordingly. Now epilepsy is the tendency to have repeated unprovoked epileptic seizures; so you can have a single epileptic seizure, but if you have more than one unprovoked epileptic seizure, than the patient is diagnosed with having epilepsy. Now, there are a number of paroxysmal event, that are non-epileptic in nature and that consist of involuntary movement, sensation or behavior that vey frequently mimic the clinical manifestation of epileptic seizure and yet when you do an EEG, you do not see any abnormal cortical dischargers, so we call those non-epileptic events. Now, just to put it into context and that without going in to many details, when we have seizures that are of epileptic origin, there is a dichotomy. The seizures are either partial in onset, if the focus is partial, localized and they can manifest simulogicly as either simple partial seizures, complex partial seizures, where you have some alteration in the level of awareness, or they can become secondarily generalized and you have the “grand mal” seizure where by the patient shakes all over. We also have seizures that are generalized from onset and it is believed that the source is somewhere subcortical or with quick cortical propagation and they can manifest with the variety of seizure types, including absence (السّهوات) myoclonic seizures, atonic seizures and so on. But then you have the non-epileptic event. The non-epileptic event is divided into physiologic non-epileptic event or psychogenic non-epileptic seizures. Now, what is the scope of the problem? Because you know sometimes we assume that the diagnosis of seizures or the diagnosis of epilepsy is straightforward and that a neurologist or a clinician or an epileptologist should not have any problem differentiating non-epileptic spells from seizures. However it is not that straightforward. I am going to present here the 1000 consecutive patients who are enrolled in what is known as NOEL trial which is the new onset epilepsy trial in Lebanon. In this trial basically we have about 30 physicians, neurologists pediatrics and adult neurologists from across Lebanon who are referring their patients with suspected seizures or with new onset epilepsy and they undergo a pretty detailed workup at our institution and then we define the electro

clinical syndrome which will be helpful the initiation of treatment of those patients. Now out of the first 1000 that were enrolled, the age was about 19 years; they were about 57% male and 43% females. We had about two third (2/3) were younger than 18 years of age and the third (1/3) were adults. Now, when we basically do the work up on those patients, we divide them into a number of categories, and I am not going to go through those details, but category 1 are patients with definite epilepsy, that is experience two or more unprovoked seizures. Category 2, are patients represented with a single unprovoked seizure; and then this is the category that we are interested in, category 3. Our patients who are referred because of seizures but turned out to have non-epileptic spells and these made up about 219 patients, about 22% of patients referred because of a diagnosis of epilepsy or because of new onset seizures turn out not to have epilepsy.

Now, what do they have? Well one of the most common diagnosis is syncope that is seen in 25% of this cohort. Then we have the non-epileptic psychogenic spells. A lot of children, especially those who are mentally impaired would represent with behavior spells that can mimic seizures. The breath holding spell is very common in children, a variety of movement disorders, mimicking seizures, parasomnias which are the sleep disorder, migraines episode, febrile seizures, self-ratification disorders, and others.

Now, if we look at the data with a little bit more details, you can see that the non-epileptic event, where (inaudible 1:19) most in 24% of children suspected of having seizures compared to 18% of adults who are suspected of having seizures. So the non-epileptic spells were diagnosed more commonly in children and this was a statistically significant difference. Another important finding is that non-epileptic psychogenic seizures and syncope make up the bulk of non-epileptic spells in the adults, whereas, in children they do not make that high percentage. And that's because in children, you have a wide variety of conditions of paroxysmal spells that can mimic seizures, whereas in adults, predominately, if the patient does not have epilepsy and presented with a paroxysmal spell, than the patient is diagnosed with syncope, usually compulsive syncope or psychogenic non epileptic spells. And this is what we are going to be focusing on. We are going to be focusing on this condition known as non-epileptic psychogenic seizures and you can see that all of those cases, the 51 year out of the 1000 patients in the cohort all of them were actually captured on video EEG recording, so there is no doubt that this is their diagnosis, this is not a clinical diagnosis, this is a diagnosis that is confirmed with video EEG recording, and another that is of importance is to realize that 23 out of those 51, that is about half of the patients who turned out to have non-epileptic psychogenic spells, were already started on an anti-convulsions, on anti-epileptic medication by the referring physician, so they were believed to have epilepsy, they were started on an anti-convulsion and it is only after we documented the fact that these were non-epileptic in origin, that the anti-convulsion were actually tapered and stopped.

So what are non-epileptic psychogenic seizures? Non-epileptic psychogenic seizures are a physical manifestation of emotional distress and it is under the category of psych neurologic illness that is the symptoms are psychiatric in origin but neurologic in expression. And this is to differentiate them from the neuropsychiatric illness, whereby the disease is neurologic in origin but can have psychiatric manifestations. For instance patients with Huntington chorea, patients with multiple sclerosis, and patients with Parkinson's disease frequently have psychiatric comorbidity, but the disorder is primarily neurologic in origin whereas in patients with non-epileptic psychogenic seizures it's a predominant psychiatric illness with manifestations that appear to be neurologic in origin. Now, in literature you will read the terms such non-epileptic psychogenic seizures, non-epileptic seizures, pseudo seizures or fake seizures and all of those actually refer to the same phenomenon. Now, how big is the problem? It's a pretty big problem ac-

tually, if you look at the data from Europe and from the United States and even for our part of the world, 20 to 30% of patients who are referred to tertiary epilepsy centers that is centers for video EEG monitoring because they are believed to have reflect to epilepsy and being admitted for possible pre-surgical evaluation, while 20 to 30% of those patients turn out to have non-epileptic psychogenic seizures. Now a very small subgroup, about 5 to 10% of patients has both non-epileptic psychogenic seizures as well as epileptic seizures, which is a very difficult subgroup of patients to treat, because you need to differentiate what is real and what is not real, and then treat the real seizures with anticonvulsants and yet focus on psychotherapy for the non-epileptic event. Now in the west, about 75 to 80% of patients diagnosed with non-epileptic psychogenic seizures are women, whereas in our part of the world, our data show that the preponderance of women is not that strong, actually about 60 to 62% of our cohort is women with a good men representation. The disease tends to appear in their 20s or 30s but it is seen in a wide range of ages. We have children 6-7 years old diagnosed with non-epileptic psychogenic seizures and we have patients 70 to 75f years of age with newly diagnosed non-epileptic psychogenic seizures. So even though it tends to be a disorder of the 20s and the 30s, it can be seen in a wide variety of ages. Now if we assume in Lebanon that the prevalence of epilepsy is about 1% of the population, then there is about 40,000 people in Lebanon who are diagnosed with epilepsy, that have epilepsy. And yet if you were to see them one by one, you will find out that 10 to 20% of them about 4 to 8 thousand have non-epileptic psychogenic seizures or at least non epileptic spells and yet they are being exposed unnecessarily I would say to treatment with anti-convulsant, so it's a big problem.

Now, this is Jean Charcot. Jean Charcot is one of the big names in neurology in the late 1800s, and he is the first one, who basically diagnosed the psychogenic non-epileptic seizures as a clinical entity, and he used the term hysterical seizure and he used the term hysterolepilepsy or epileptiform-hysteria. He believed that this was an organic disease due to the reproductive system of women. And actually his treatment and his induction of the event were by pelvic compression of the ovaries.

Now subsequent to Jean Charcot, one of his students, Sigmund Freud agreed that this was a disorder but not an organic disorder. According to Freud, this was an emotional disorder of the unconscious mind that was driven by repressed desires or whatever type of stress. And it wasn't until the early 1930s when Hans Berger discovered the EEG, the Electro Encephalogram that the dichotomy between real seizures and psychogenic seizures was actually established.

Now what are the consequences of misdiagnosis?

Well, about 50 to 80% of patients turned out to have non-epileptic psychogenic spells have already been started on an anti-convulsant by their initial physician, by their initial encounter. And anti-convulsions are heavy drugs; I mean they are not easy drugs and then whenever you start taking medications such as Carbamazepine, Fenitorn, and Mazepine and so on, than you have to deal with the stigma of having epilepsy and the marital issue and the school issue, the driving issue and so on.

Now in addition, there are reports in the literature that described patients with non-epileptic psychogenic spells that are being incubated in the emergency room because of pseudo status. They present with continuous pseudo attacks and the treating physicians believe that they are actually in status epilepticus and those patients are incubated in some cases of death, due to inappropriate medical care has been reported. Now they also have a number of cost and social burden. If the cost of treating a patient with non-epileptic seizure is similar to that of a patient with true epileptic seizures than it is about \$231,000/

patient. And whenever you start looking at the medical and the labs and the diagnostic inappropriately in these ER utilizations, which will amount to about \$100 to 900 million annually. But what's more important is whatever happens to those patients, 55% of those patients working before developing those non-epileptic psychogenic spells had stopped at the time of the diagnosis, so basically they become non active members of the society. It also has a large burden on the patients themselves, especially when it comes to the quality of life of those patients. A number of studies had already established that those patients, through epileptic seizures have a poor quality of life. However when you compare the quality of life of patients with non-epileptic psychogenic seizures to those with true epileptic seizures, actually the non-epileptic seizure patients have worse quality of life, they have worse mood profiles, they have greater AED effects and the studies have also shown that the quality of life significantly improves in those patients that are diagnosed with non-epileptic psychogenic spells, who eventually become spell free, either with psychotherapy or with the initiation of medication. And this is for instance a study that was performed about 10 years ago, looking at the quality of life scores in patients with true epileptic seizures compare to the non-epileptic psychogenic seizures and you can see that the scores are substantially lower when it comes to energy fatigue, work, driving, social function, physical limitation, adverse event profile. And when you look at the overall score of patients with non-epileptic psychogenic seizures, it was significantly lower compared to those with epileptic seizures which by the way are also significantly lower to normal matched control. So a very poor quality of life for those diagnosed with non-epileptic psychogenic spells.

What are the causes of non-epileptic psychogenic seizures? Well it is reported that there are a number of heterogeneous psychopathological mechanisms that can lead to those events and there is absolutely no specific DSM-4 or ICD-10 code because many events can present as non-epileptic psychogenic seizures. The psychopathological processes that has been associated with n non-epileptic psychogenic seizures consists of conversion disorders somatization disorder, dissociative disorder, anxiety disorders including panic, PTSD, psychoses or response to acute stress without evidence of psychopathology. Now malingering is reported to be rare, because malingering is due to something where you are going to knowingly induce those attacks in order to get a secondary game.

Now, how to make the diagnosis of non-epileptic psychogenic seizures? There have been a number of approaches that have been used to differentiate them from true epileptic seizures, especially looking at the seizures semiology. Whatever happens during the seizure, its length whether the movements were synchronized or asynchronized, whether there is pelvic thrusting. Sometimes the MMPI was used to try to differentiate true from non-epileptic psychogenic seizures, but the most important diagnosis has to do with the provocation of seizures and by recording those spells on video EEG recording and collaborating the fact that based on the semiology, the lack of EEG correlates that those events are actually psychogenic in origin.

Now, typically the non-epileptic psychogenic seizures tend to be long, they tend to be frequent, they tend not to respond to medication, they have a waxing and waning course, they start they stop they start again, their frequency is associated with thrashing pelvic thrusting that we rarely see with patients with true seizures. The motor activity is disorganized compared to what you see with patients with true epileptic seizures, they tend to have associated psychiatric diagnosis and the features of non-epileptic psychogenic seizures are sometimes positive, sometimes negative, they just sit there, dialeptic wise and sometimes they have sensory symptoms only. Now, there are a number again of characteristics to differentiate between psychogenic non-epileptic seizures and the true epileptic seizures. The precipitance is very common in psychogenic non-epileptic seizures, this usually occurs in a period of stress, they have

fought with their husband, whatever; it is usually in that setting that the attack occurs. Another important thing is that patients with in psychogenic non-epileptic seizures will always have an attack in front of an audience. They will not do it if they are alone in the bedroom, so whenever you'll ask, they'll be someone in the room. They rarely occur during sleep, for instance frontal lobe epilepsy is very common in two epileptic seizures and some other factors. And you can see here that there have been a number of variables that have been used to try to differentiate the psychogenic from the true epileptic seizures and that are useful to the clinician. A very important differentiating factor is the educability with suggestion. Patients with psychogenic non-epileptic seizures are highly suggestible. You can easily induce an attack either by suggesting it to happen or during high prevention or by the use of subcutaneous celiac (inaudible 27:02).

Now, one thing that was thought to differentiate significantly between in psychogenic and true epileptic seizures was the presence of injury or urinating in countenance. It was thought that patients with psychogenic non-epileptic seizures would not injure themselves; they would not experience urinary in countenance (inaudible 27:25) whereas this study by Pegero basically showed that you can have significant injuries in patients with psychogenic non-epileptic seizures and you also have urinary in countenance as frequently as patients with true epileptic seizures. One thing that doesn't happen in patients with psychogenic non-epileptic spells is burns. If you have a patient that comes with a burn, than he is most likely experiencing true epileptic seizures. Now despite of the availability of all of those differentiating factors, the diagnosis of non-epileptic versus true epileptic seizures is still quite difficult. The studies have shown that there are no clinical features that reliably distinguish non-epileptic psychogenic spells from epileptic seizures. Interestingly neurologists have only an accuracy rate of 50% in identifying non-epileptic psychogenic seizures prior to impedance video EEG recording and the epileptologist ability to detect if the presence of any epileptic seizures was quite high, but the ability to differentiate epileptic from non-epileptic psychogenic seizures was low with 50% specificity. 50% specificity is like you know a 50% chance. Now the semiological classification of non-epileptic psychogenic seizures is important because it has important implication when it comes to treatment and response to treatment. And you can see from here that there are a number of semiological features that can be seen in patients with non-epileptic psychogenic seizures, you have the Dialectic event whereby the patient just stands there, is unresponsive but you don't see a lot of motor movement. There is the trashing event, whereby you see a lot of violent movements. The subjective non-epileptic psychogenic spells whereby the patient feels something is happening and he will describe it, the tremor and then the automatism that's complex partial seizures. So let us look a little bit at some examples here, I hope they will work.

Basically the patient is sitting there, does not move, and is unresponsive. We always ask the family member if the spell that the patient is experiencing in the EG is actually his habitual spell. So this is the dialectic type of (inaudible 31:00) then you have the patient with trash. We typically always talk to a family member to describe the episode in front of the patient. You can see that the pelvic thrusting that is quite obvious. And when you take a casual history what will the patient's family members tell you? They will tell you he fell to the floor, he was unresponsive and he shook all over. And it is true. I mean if you look at this description, it is real. But this is why it is important to actually look in detail at the semiology of the event.

So these are the subjective events. Then you have a patient represents predominantly with a tremor. You see the induction with hyperventilation activity. And again you can see how a family member described that he was shaking all over, and he was not responding, implying that the patient was having a seizure, whereas it is a non-epileptic psychogenic event. Then you have the one where you have automa-

tism, which frequently will mimic frequent partial seizures. Here you can see how these movements are mimicking automatism and looking like if they were complex partial seizures.

Now, why is it important to try to differentiate between the various semiological classifications? Because the patients who have dialeptic or catatonic non-epileptic psychogenic spells, tend to have a significantly better prognosis compared to those who have the hypermotor spell with trashing. You can see that the spell free percentage was 53% in the catatonic subtype's compared to 21% in those who trash and that 84% were off anti-epileptic medication in the catatonic subgroup, compared to 58% in the trash subgroup. Now, the most important thing is to induce an attack in order to ascertain that the event is a non-epileptic psychogenic spells even though the semiology is highly suggestive. You always feel better if the habitual spell is actually captured on EEG, Now frequently; they will have their attack spontaneously, without you telling them anything during a regular EEG recording. When they do not actually experience their habitual spells, we then either start with hyperventilation, and if hyperventilation is not good enough then we go with subcutaneous celian injection, whereby we tell the patient that we are going to inject a medication that might induce your event and here, you are going to see the physician actually now injecting subcutaneous celian in the patient and the patient will subsequently experience their habitual spell, so extremely important to ascertain the diagnosis for the event to be actually caught on EEG recording.

Now, when the patient comes to your clinic, what is going to let you think about non-epileptic psychogenic spells are some red flags, that is a high frequency of seizures unaffected by anticonvulsants, so patients present with 3 or 4 episodes a day or a number of episodes per week and you start the, you do not, but the outside physician will start them on the first or second anti convulsions and yet there would be absolutely no response to treatment. And then you know in what setting does the event occur? Usually in the setting of getting upset is the most common event. You can induce a spell in the clinic. And if you look at the past medical history, and look at the comorbidity, you will find that those patients will have chronic pain syndrome and fibromyalgia. And if you look at the florid review of the system, and they come with a list of questions such as those, and in the correct clinical setting, than you are probably dealing with non-epileptic psychogenic spells. Now, despite the fact that there is increasing awareness of this diagnosis, the mean latency between the initial manifestation of the disease and the diagnosis is still 7.2 years. So basically imagine that you have patients who have absolutely no epilepsy and who are being considered as being epileptic for a period of 7 years, prior to the correct diagnosis made. The great majority, about 77% of the patients are actually on anti-convulsants and 22% experience drug toxicity and 55% of those who presented to the emergency room in pseudo status were actually incubated.

Now, what about the treatment? If you look at Gowers in 1881, he suggested the following: “Cold water over the head is often successful if applied freely; in severe attacks a moderate quantity only excites redoubled violence, while the second gallon is more effectual than the first.” So you know, he used to treat them by putting gallons of water over their head. Now, we do not do that anymore, and this is the important things regarding treatment: first of all is the proper diagnosis by history and most importantly, by capturing the event on video EEG recording, because once you have a definite diagnosis in your mind, it is much easier to confront the patient. The second thing and I think it is the most essential step is how do you present the diagnosis to the patient and family? I think if you were to go and tell the patient «روح» «انت ما اشبك شي، روح عل بيت وما في شي» that is the wrong approach. And if you are telling them they are malingering and doing it on purpose, that's the wrong approach. The best approach is to have a positive

approach to the patient. Explaining to them what epilepsy is and what non-epileptic psychogenic spells are, and basically bringing it as a positive: “الحمد لله انو انت ما عندك غير الصرع” so you bring it as a positive and you focus to the patient and their family that it is due to an unconscious process, that they are not doing it voluntarily, and that there are 3 conditions: we typically put them on an SSRI, because the majority of them have either anxiety or depression, and we tell the family that in order to minimize the positive feedback in the sense that if they were having those attacks, to take them to the emergency room or to take care of them, that will only redouble those attacks. So to ignore totally those attacks is the second important filler of the treatment, and the third one is to let the patient take responsibility for basically trying to find a way to solve or to overwrite those drives. Subsequently for patients who are unnecessarily treated with anti-convulsants, we put them, we taper their anti-convulsants and we frequently send them for psychotherapy. The majority of our patients are actually being sent to Dr. Abbas Makke for psychotherapy. We give them an SSRI, and the most important thing is that do not exile. As far as neurologists are concerned, it is very easy for us to sit the patient does not have epilepsy, he does not have a primary neurological condition, just send them to the psychiatrist and let them deal with the problem. The patient has an attachment to their physician, and it is very important to see them frequently in follow up and I think that this will go a long way in optimizing the outcome. Now, if you look at the data from the United States, the long term outcome of patients with non-epileptic psychogenic seizures is not very good. He looked at the time since diagnosis of 11 years and they followed those patients for a mean of 4 years. The outcome was poor in 44% of those patients, despite psychotherapy and treatments with SSRI, that is they still were having spell and they were dependent. 40% had an intermediate outcome, they were spell free, but they were still dependent or they were not spell free and independent. And only 16% had a good outcome being spell free and independent.

What are the prognostic factors? Usually, the longer the duration of psychogenic non-epileptic seizures, the more unfavorable the prognosis is, there is a long history of psychiatric disorders, unemployment/disability, persistently somatizing patient, disbelief of diagnosis will usually lead to an unfavorable diagnosis, they will go shopping from doctor, to doctor, to doctor to hear that they actually do have epilepsy, and a family structure that supports dependency and illness. However, if you have a younger age of diagnosis, if you have an independent lifestyle, if you have a short duration of psychogenic non-epileptic seizures, of less than 2 years, if you have a good education and a higher intelligence and a less dramatic psychogenic non-epileptic seizures with no positive motor features and no admission to the ICU, usually those pretends a better prognosis.

So in conclusion, I hope that I was able to convince you that non-epileptic psychogenic seizures is a quite common diagnosis, that the video EG is the gold standard for diagnosis, that the presentation of the diagnosis for the patient and the family is essential, it is a treatable disorder in a good percentage of patients, and that follow up care by the neurologist is essential. Thank you very much.

[Traduit de l'anglais]

Merci docteur Jaber pour votre gentille introduction. Je voudrais tout d'abord remercier le docteur Abbas Makke de m'avoir invité à participer à cette réunion et je voudrais le féliciter ainsi que le comité scientifique pour avoir organisé une telle réunion.

Je vais parler de crises psychogènes non épileptiques, qui sont une condition que nous voyons fréquemment et qui peut être confondue avec les patients atteints d'épilepsie. Maintenant, si vous regardez ces cas, ils présentent tous des épisodes paroxystiques qui imitent les convulsions et pourtant ils ne souffrent pas d'épilepsie. Leur mobilité et leur qualité de vie ne sont pas aussi mauvaises que les patients atteints d'épilepsie, et ces conditions peuvent causer énormément de mal aux patients eux-mêmes et aux parents. C'est donc ce dont nous discuterons aujourd'hui.

Maintenant, commençons par faire la différence entre les convulsions épileptiques et les crises non épileptiques. Les crises épileptiques sont des épisodes paroxystiques qui surviennent en raison d'une activité électrique anormale dans le cerveau et selon la zone d'origine de l'activité électrique, la sémio-logie ou la manifestation clinique varieront en conséquence. L'épilepsie est maintenant la tendance à avoir des crises épileptiques répétées non provoquées; vous pouvez avoir une crise épileptique unique, mais si vous avez plus d'une crise épileptique non provoquée, on diagnostique l'épilepsie. Maintenant, il existe un certain nombre d'événements paroxystiques non naturels et qui comportent des mouvements involontaires, des sensations ou des comportements qui, souvent, imitent la manifestation clinique d'une crise épileptique et, quand vous faites un EEG, vous ne voyez aucune des décharges corticales anormales, nous appelons donc cela des événements non épileptiques. Maintenant, juste pour le mettre en contexte et sans entrer dans de nombreux détails, lorsque nous avons des crises d'origine épileptique, il existe une dichotomie. Les crises sont partielles, si la focalisation est partielle, localisée et elles peuvent se manifester de manière sismologique en tant que saisies partielles simples, crises partielles complexes, où vous avez une altération du niveau de sensibilisation, ou elles peuvent généralement être généralisées et vous avez la saisie «grand mal» où le patient tremble partout. Nous avons également des crises qui sont généralisées dès le début et on pense que la source est sous-corticale ou avec une propagation corticale rapide et elles peuvent se manifester avec la variété des types de convulsions, y compris les crises myocloniques d'absence, les crises atoniques, etc. Mais alors, vous avez l'événement non-épileptique. L'événement non épileptique est divisé en événement physiologique non épileptique ou en crises psychogènes non épileptiques. Maintenant, quelle est l'importance du problème? Parce que vous savez, parfois, nous supposons que le diagnostic de convulsions ou le diagnostic d'épilepsie est simple et qu'un neurologue ou un clinicien ou un épiléptologue ne devrait pas avoir de problème pour différencier les sorts non épileptiques des crises. Cependant, ce n'est pas si simple. Je vais présenter ici les 1000 patients consécutifs qui sont inscrits dans ce que l'on appelle l'essai NOEL qui est le nouvel essai d'épilepsie au Liban. Dans le cadre de cet essai, nous avons environ 30 médecins, neurologues, pédiatres et neurologues adultes de tout le Liban qui font référence à leurs patients avec des crises présumées ou avec une nouvelle épilepsie de début et subissent un traitement assez détaillé dans notre établissement, puis nous définissons le syndrome électro-clinique qui sera utile le début du traitement de ces patients. Maintenant, sur les 1000 premiers inscrits, l'âge était d'environ 19 ans; ils représentaient environ 57% d'hommes et 43% de femmes. Nous avons environ deux tiers (2/3) avaient moins de 18 ans et le troisième (1/3) étaient adultes. Maintenant, lorsque nous faisons fondamentalement le travail sur ces patients, nous les divisons en plusieurs catégories, et je ne vais pas passer par ces détails, mais la catégorie 1 sont des patients atteints d'épilep-

sie définie, c'est l'expérience de deux ou plusieurs crises non provoquées. Catégorie 2, les patients sont représentés par une seule crise non provoquée; Et c'est la catégorie qui nous intéresse, catégorie 3. Nos patients qui sont renvoyés à cause des convulsions mais qui ont eu des sorts non épileptiques et qui ont constitué environ 219 patients, environ 22% des patients référés en raison d'un diagnostic d'épilepsie ou en raison de crises de début ne s'avèrent pas épileptiques.

Maintenant, qu'est-ce qu'ils ont? Eh bien, l'un des diagnostics les plus communs est la syncope qui se manifeste dans 25 p. 100 de cette cohorte. Ensuite, nous avons les sorts psychogènes non épileptiques. Beaucoup d'enfants, en particulier ceux atteints de troubles mentaux, représenteraient des sorts de comportement qui peuvent imiter les convulsions. La rétention de souffle est très fréquente chez les enfants, une variété de troubles du mouvement, imitant les convulsions, les parasomnies qui sont le trouble du sommeil, l'épopie des migraines, les crises fébriles, les troubles de l'auto-ratification et d'autres.

Maintenant, si nous examinons les données avec un peu plus de détails, vous pouvez voir que l'événement non épileptique, est le plus commun chez plus de 24% des enfants soupçonnés d'avoir des convulsions par rapport à 18% des adultes qui sont Soupçonné d'avoir des convulsions. Ainsi, les sorts non épileptiques ont été diagnostiqués plus fréquemment chez les enfants et c'était une différence statistiquement significative. Une autre conclusion importante est que les crises psychogènes non-épileptiques et la syncope constituent la majeure partie des sorts non épileptiques chez les adultes, alors que chez les enfants, ils ne font pas ce pourcentage élevé. Et c'est parce que chez les enfants, vous avez une grande variété de conditions de sorts paroxystiques qui peuvent imiter les convulsions, alors que chez les adultes, surtout si le patient n'a pas d'épilepsie et présente un sort paroxystique, on diagnostique la syncope, habituellement Syncope compulsive ou sorts psychogènes non épileptiques. Et c'est sur quoi nous nous concentrerons. Nous allons nous concentrer sur cette condition connue sous le nom de crises psychogènes non épileptiques et vous pouvez constater que tous ces cas, les 51 ans sur 1000 patients dans la cohorte, tous ont été capturés sur l'enregistrement EEG vidéo, donc là-bas Il ne fait aucun doute que c'est leur diagnostic, ce n'est pas un diagnostic clinique, c'est un diagnostic qui est confirmé par un enregistrement EEG vidéo, et un autre qui est important est de réaliser que 23 parmi ces 51, soit environ la moitié des patients qui se sont révélés avoir des sorts psychogènes non épileptiques, ont déjà été mis sur un anti-convulsions, sur le médicament antiépileptique par le médecin traitant, de sorte qu'ils étaient soupçonnés d'avoir de l'épilepsie, ils ont été mis sur un anti-convulsion et il est Seulement après avoir documenté le fait qu'il s'agissait d'une origine non épileptique, que l'anti convulsion était réellement arrêtée.

Alors, qu'est ce que les crises psychogènes non épileptiques? Les crises psychogènes non épileptiques sont une manifestation physique de la détresse émotionnelle et elle est dans la catégorie des maladies neurologiques psychiques qui sont les symptômes d'origine psychiatrique mais neurologiques dans l'expression. Et c'est pour les différencier de la maladie neuropsychiatrique, par laquelle la maladie est d'origine neurologique mais peut avoir des manifestations psychiatriques. Par exemple, les patients atteints de chorée de Huntington, les patients atteints de sclérose en plaques et les patients atteints de maladie de Parkinson ont fréquemment une comorbidité psychiatrique, mais le trouble est principalement d'origine neurologique, alors que chez les patients atteints de crises psychogènes non épileptiques, c'est une maladie psychiatrique prédominante avec des manifestations qui semblent être Origine neurologique. Maintenant, dans la littérature, vous lisez les termes des convulsions psychogènes non épileptiques, des crises non épileptiques, des pseudo-saisies ou des fausses convulsions et tous ceux qui se réfèrent réellement au même phénomène. Maintenant, quel est le problème? C'est vraiment un gros problème, si vous regardez les données d'Europe et des États-Unis et même pour notre région du monde,

20 à 30% des patients qui sont référés à des centres d'épilepsie tertiaire qui sont des centres de surveillance vidéo EEG parce que ils sont censés avoir réfléchi à l'épilepsie et être admis pour une évaluation pré-chirurgicale possible, tandis que 20 à 30% de ces patients se révèlent avoir des crises psychogènes non épileptiques. Maintenant, un sous-groupe très petit, environ 5 à 10% des patients ont des convulsions psychogènes non épileptiques ainsi que des crises épileptiques, ce qui est un sous-groupe très difficile de patients à traiter, car il faut différencier ce qui est réel et ce qui n'est pas réel, puis traiter les crises réelles avec des anticonvulsivants et pourtant se concentrer sur la psychothérapie pour l'événement non épileptique. Maintenant, dans l'ouest, environ 75 à 80% des patients diagnostiqués avec des crises psychogènes non épileptiques sont des femmes, alors que dans notre région du monde, nos données montrent que la prépondérance des femmes n'est pas forte, en fait environ 60 à 62% de notre cohorte sont des femmes ayant une bonne représentation masculine. La maladie a tendance à apparaître dans les années 20 ou 30 mais elle se manifeste dans un large éventail d'âges. Nous avons des enfants de 6 à 7 ans diagnostiqués avec des crises psychogènes non épileptiques et nous avons des patients de 70 à 75 ans d'âge avec des crises psychogènes non épileptiques nouvellement diagnostiquées. Donc, bien qu'il ait tendance à être un désordre des années 20 et 30, on le voit dans une grande variété d'âges. Maintenant, si nous supposons au Liban que la prévalence de l'épilepsie est d'environ 1% de la population, il y a environ 40 000 personnes au Liban qui ont un diagnostic d'épilepsie qui ont de l'épilepsie. Et pourtant, si vous deviez les voir un par un, vous constaterez que 10 à 20% d'entre eux environ 4 à 8 000 ont des crises psychogènes non épileptiques ou au moins des sorts non épileptiques et pourtant ils sont exposés inutilement, je dirais au traitement anticonvulsif, c'est un gros problème.

Maintenant, c'est Jean Charcot. Jean Charcot est l'un des grands noms de la neurologie à la fin des années 1800, et il est le premier qui a fondamentalement diagnostiqué les crises psychogènes non épileptiques en tant qu'entité clinique, et il a utilisé le terme de crise hystérique et il a utilisé le terme hystéro-épilepsie ou Épileptiforme-hystérie. Il croyait qu'il s'agissait d'une maladie organique due au système reproducteur des femmes. En réalité, son traitement et son induction de l'événement se sont déroulés par une compression pelvienne des ovaires.

À la suite de Jean Charcot, un de ses élèves, Sigmund Freud a reconnu qu'il s'agissait d'un désordre mais d'un désordre organique. Selon Freud, il s'agissait d'un désordre émotionnel de l'inconscient qui était motivé par des désirs réprimés ou quelque type de stress. Et ce n'est qu'au début des années 1930 que Hans Berger a découvert l'EEG, l'électro encéphalogramme selon lequel la dichotomie entre les convulsions réelles et les crises psychogènes était réellement établie.

Maintenant, quelles sont les conséquences d'un diagnostic erroné?

Bien, environ 50 à 80% des patients ont eu des sorts psychogènes non épileptiques ont déjà été mis sur un anticonvulsif par leur médecin initial, par leur rencontre initiale. Et les anti-convulsions sont de lourds médicaments; je veux dire qu'ils ne sont pas des drogues faciles, et chaque fois que vous commencez à prendre des médicaments tels que la carbamazépine, Fenitorn et Mazepine et ainsi de suite, vous devez faire face à la stigmatisation de l'épilepsie et du problème conjugal et de l'école, le problème de conduite et bientôt.

De plus, il existe des rapports dans la littérature qui ont décrit des patients atteints de sorts psychogènes non épileptiques qui sont internés dans la salle d'urgence en raison du pseudo statut. Ils présentent des pseudo-attaques continues et les médecins traitants croient qu'ils sont réellement en état épileptique et

que ces patients sont incubés dans certains cas de décès, en raison de soins médicaux inappropriés ont été signalés. Maintenant, ils ont également un certain coût et un fardeau social. Si le coût du traitement d'une personne atteinte d'une crise non épileptique est semblable à celui d'une personne atteinte de crises épileptiques vraies, elle est d'environ 231 000 \$ / patient. Et chaque fois que vous commencez à examiner les médicaments et les laboratoires et le diagnostic de manière inappropriée dans ces utilisations de l'ER, qui s'élèvera à environ 100 à 900 millions de dollars par an. Mais ce qui est plus important, c'est ce qui arrive à ces patients, 55% des patients qui travaillaient avant le développement de ces sorts psychogènes non épileptiques s'étaient arrêtés au moment du diagnostic, de sorte qu'ils deviennent des membres non actifs de la société. Les patients eux-mêmes ont un lourd fardeau, en particulier en ce qui concerne la qualité de vie de ces patients. Un certain nombre d'études ont déjà établi que ces patients, par des crises épileptiques, ont une mauvaise qualité de vie. Cependant, lorsque vous comparez la qualité de vie des patients avec des crises psychogènes non épileptiques à celles qui ont de vraies crises épileptiques, en réalité, les patients atteints d'épilepsie non épileptique ont une qualité de vie pire, ils ont de pires profils d'humeur, ils ont des effets AED plus importants et les études Ont également montré que la qualité de vie s'améliorait considérablement chez les patients qui sont diagnostiqués avec des sorts psychogènes non épileptiques, qui finissent par devenir libres de sorts, soit avec la psychothérapie, soit avec l'initiation du médicament. Et c'est par exemple une étude qui a été réalisée il y a environ 10 ans, en examinant les scores de qualité de vie chez les patients atteints de convulsions épileptiques réelles, se compare aux crises psychogènes non épileptiques et vous pouvez constater que les scores sont nettement plus faibles quand il s'agit de fatigue énergétique, travail, conduite, fonction sociale, limitation physique, profil d'événement indésirable. Et lorsque vous regardez le score global des patients atteints de crises psychogènes non épileptiques, cela a été significativement plus faible comparé à ceux qui ont des convulsions épileptiques qui, en passant, sont également significativement inférieurs à la normale. Donc, une très mauvaise qualité de vie pour ceux qui ont reçu un diagnostic de sorts psychogènes non épileptiques.

Quelles sont les causes des crises psychogènes non épileptiques? Bien, il est rapporté qu'il existe un certain nombre de mécanismes psychopathologiques hétérogènes qui peuvent conduire à ces événements et il n'y a absolument aucun code spécifique DSM-4 ou ICD-10 car de nombreux événements peuvent se présenter comme des crises psychogènes non épileptiques. Les processus psychopathologiques qui ont été associés à n crises épileptiques non épileptiques consistent en des troubles de la transformation désordre de somatization, des troubles dissociatifs, des troubles anxieux comprenant la panique, le SSPT, les psychoses ou la réponse au stress aigu sans preuve de psychopathologie. Maintenant, le malingering est rare, parce que le malingering est dû à quelque chose où vous allez sciemment inciter ces attaques afin d'obtenir un jeu secondaire.

Maintenant, comment faire le diagnostic des crises psychogènes non épileptiques? Il y a eu un certain nombre d'approches qui ont été utilisées pour les différencier des crises épileptiques réelles, surtout en regardant la sémiologie des crises. Tout ce qui se passe pendant la saisie, sa longueur est de savoir si les mouvements ont été synchronisés ou asynchronisés, qu'il y ait une poussée pelvienne. Parfois, le MMPI a été utilisé pour essayer de différencier les crises psychogènes réelles et non épileptiques, mais le diagnostic le plus important concerne la provocation des convulsions et l'enregistrement de ces sorts sur l'enregistrement EEG vidéo et la collaboration du fait que, en fonction de la sémiologie, Le manque d'EEG corrèle que ces événements sont réellement d'origine psychogène.

Maintenant, généralement, les crises psychogènes non épileptiques ont tendance à être longues, elles ont tendance à être fréquentes, elles ont tendance à ne pas répondre aux médicaments, elles ont un

cours de de décroissement, elles commencent à arrêter qu’elles recommencent, leur fréquence est associée à une bataille Le pelvis poussant que nous voyons rarement avec des patients avec des crises réelles. L’activité motrice est désorganisée par rapport à ce que vous voyez chez les patients atteints de crises épileptiques réelles, elles ont tendance à avoir un diagnostic psychiatrique associé et les symptômes des crises psychogènes non épileptiques sont parfois positifs, parfois négatifs, ils s’asseyent là-bas, dialeptiques et parfois Ont des symptômes sensoriels seulement. Maintenant, il existe encore un certain nombre de caractéristiques pour différencier les crises psychogènes non épileptiques et les crises épileptiques réelles. La précipitation est très fréquente dans les crises psychogènes non épileptiques, ce qui se produit généralement dans une période de stress, ils ont combattu avec leur mari, quoi qu’il en soit; C’est généralement dans ce contexte que l’attaque se produit. Une autre chose importante est que les patients atteints de crises psychogènes non épileptiques auront toujours une attaque devant un public. Ils ne le feront pas s’ils sont seuls dans la chambre, alors, chaque fois que vous le poserez, ils seront quelqu’un dans la salle. Ils surviennent rarement pendant le sommeil, par exemple, l’épilepsie des lobes frontaux est très fréquente dans deux convulsions épileptiques et d’autres facteurs. Et vous pouvez voir ici qu’il y a eu un certain nombre de variables qui ont été utilisées pour essayer de différencier les crises psychogènes des crises épileptiques réelles et qui sont utiles au clinicien. Un facteur de différenciation très important est l’éducation avec suggestion. Les patients atteints de crises psychogènes non épileptiques sont fortement suggérées. Vous pouvez facilement provoquer une attaque en suggérant que cela se produise ou lors d’une pré ventilation élevée ou par l’utilisation de celian sous-cutané.

Maintenant, une chose qui a été pensée pour différencier significativement entre les crises épileptiques psychogènes et réelles était la présence de blessures ou d’uriner chez soi. On pensait que les patients atteints de crises psychogènes non épileptiques ne se blesseraient pas; Ils n’auraient pas de sens urinaire alors que cette étude de Pegero a montré que vous pouvez avoir des blessures importantes chez les patients atteints de crises psychothérapeutiques non épileptiques et que vous avez également une présence urinaire aussi souvent que les patients atteints de convulsions épileptiques réelles. Une chose qui ne se produit pas chez les patients atteints de sorts psychogènes non épileptiques est une brûlure. Si vous avez un patient qui est accompagné d’une brûlure, il risque de subir de vraies crises d’épilepsie. Maintenant, en dépit de la disponibilité de tous ces facteurs de différenciation, le diagnostic de convulsions épileptiques non épileptiques et vraies est encore assez difficile. Les études ont montré qu’il n’existe pas de caractéristiques cliniques qui distinguent de manière fiable les sorts psychogènes non épileptiques des crises épileptiques. Il est intéressant de noter que les neurologues ont seulement un taux d’exactitude de 50% dans l’identification des crises psychogènes non épileptiques avant l’enregistrement de l’EEG de l’image d’impatience et la capacité de l’épileptologue à détecter si la présence de crises épileptiques était assez élevée, mais la capacité de différencier les maladies épileptiques et non épileptiques Les crises psychogènes étaient faibles avec une spécificité de 50%. Une spécificité de 50% est que vous connaissez une chance de 50%. Maintenant, la classification sémiologique des crises psychogènes non épileptiques est importante, car elle a une incidence importante en matière de traitement et de réponse au traitement. Et vous pouvez voir à partir d’ici qu’il existe un certain nombre de caractéristiques sémiologiques qui peuvent être observées chez les patients atteints de crises psychogènes non épileptiques. Vous avez l’événement dialeptique par lequel le patient reste là, ne réagit pas, mais vous ne voyez pas beaucoup de mouvements moteurs. Il y a l’événement de destruction, par lequel vous voyez beaucoup de mouvements violents. Les sorts psychogènes subjectifs non épileptiques par lesquels le patient sent que quelque chose se passe et il le décrira, le tremblement et ensuite l’automatisme qui sont des crises partielles complexes. Donc, regardons un peu quelques exemples ici, j’espère qu’ils vont travailler.

Fondamentalement, le patient est assis là, ne bouge pas et ne réagit pas. Nous demandons toujours au membre de la famille si le sort que le patient subit dans l'EG est en fait son sort habituel. Donc, c'est le type dialeptique, alors vous avez le malade à la corbeille. Nous parlons habituellement à un membre de la famille pour décrire l'épisode devant le patient. Vous pouvez voir que la poussée pelvienne est tout à fait évidente. Et lorsque vous prenez une histoire occasionnelle, qu'est-ce que les membres de la famille du patient vous diront? Ils vous diront qu'il est tombé sur le sol, il n'a pas répondu et il a secoué partout. Et c'est vrai. Je veux dire, si vous regardez cette description, c'est réel. Mais c'est pourquoi il est important d'examiner en détail la sémiologie de l'événement.

Ce sont donc les événements subjectifs. Ensuite, vous avez un patient représente principalement un tremblement. Vous voyez l'induction avec l'activité d'hyperventilation. Et encore une fois, vous pouvez voir comment un membre de la famille a décrit qu'il tremblait partout, et il ne répondait pas, ce qui implique que le patient a eu une crise, alors qu'il s'agit d'un événement psychogène non épileptique. Ensuite, vous avez celui où vous avez l'automatisme, qui imite souvent les crises partielles fréquentes. Ici, vous pouvez voir comment ces mouvements imitent l'automatisme et semblent s'ils étaient des crises partielles complexes.

Maintenant, pourquoi est-il important d'essayer de différencier les différentes classifications semi-logiques? Étant donné que les patients qui ont des sorts psychogènes non épileptiques diatéphiques ou catatoniques, ont tendance à avoir un pronostic significativement meilleur que ceux qui ont le sortilège hyper moteur avec le trashing. Vous pouvez constater que le pourcentage de sorts spontanés était de 53% dans le sous-type catatonique, comparativement à 21% chez les personnes à la corbeille et que 84% étaient hors médicament antiépileptique dans le sous-groupe catatonique, comparativement à 58% dans le sous-groupe. Maintenant, la chose la plus importante est d'induire une attaque afin de s'assurer que l'événement est un sortilège psychogène non épileptique même si la sémiologie est très suggestive. Vous vous sentez toujours mieux si le sortilège habituel est réellement capturé sur EEG, maintenant fréquemment; Ils auront leur attaque spontanément, sans que vous leur disiez quoi que ce soit lors d'un enregistrement EEG régulier. Lorsqu'ils n'éprouvent pas réellement leurs sorts habituels, nous commençons par l'hyperventilation, et si l'hyperventilation n'est pas suffisante, alors nous allons avec une injection cellulaire sous-cutanée, par laquelle nous disons la patience que nous allons injecter un médicament qui pourrait induire votre événement Et ici, vous allez voir le médecin actuellement en train d'injecter de la cellulose sous-cutanée chez le patient et le patient connaîtra par la suite son sortilège habituel, il est extrêmement important de vérifier si le diagnostic de l'événement est effectivement pris sur l'enregistrement EEG.

Maintenant, lorsque le patient arrive à votre clinique, ce qui vous permettra de penser à des sorts psychogènes non épileptiques sont des drapeaux rouges, c'est une fréquence élevée de convulsions non affectées par les anticonvulsivants, de sorte que les patients présentent 3 ou 4 épisodes par jour ou Un certain nombre d'épisodes par semaine et vous commencez, vous ne le faites pas, mais le médecin externe les commencera lors des première ou deuxième convulsions et pourtant il n'y aurait absolument aucune réponse au traitement. Et alors, vous savez dans quel contexte l'événement se produit-il? Habituellement, dans le but de se faire réagir est l'événement le plus courant. Vous pouvez induire un sort dans la clinique. Et si vous regardez les antécédents médicaux passés, et regardez la comorbidité, vous constaterez que ces patients auront un syndrome de douleur chronique et une fibromyalgie. Et si vous regardez l'examen floride du système, et ils viennent avec une liste de questions telles que celles, et dans le cadre clinique correct, que vous avez probablement affaire à des sorts psychogènes non épileptiques. Maintenant, bien qu'il y ait une prise de conscience croissante de ce diagnostic, la latence moy-

enne entre la manifestation initiale de la maladie et le diagnostic est encore de 7,2 ans. Donc, imaginez bien que vous avez des patients qui n’ont absolument aucune épilepsie et qui sont considérés comme épileptiques pendant une période de 7 ans, avant le bon diagnostic. La grande majorité, environ 77% des patients sont réellement sur les convulsions et 22% d’expérience toxicologique et 55% de ceux qui ont présenté à la salle d’urgence en pseudo statut ont réellement été incubés.

Maintenant, qu’en est-il du traitement? Si vous regardez Gowers en 1881, il a suggéré ce qui suit: «L’eau froide sur la tête est souvent réussie si elle est appliquée librement; Dans les attaques sévères, une quantité modérée ne fait qu’exciter une violence redoublée, alors que le second gallon est plus efficace que le premier. Donc, vous savez, il les traitait en mettant des gallons d’eau sur leur tête. Maintenant, nous ne le faisons plus, et ce sont les choses importantes concernant le traitement: tout d’abord, c’est le bon diagnostic par l’histoire et, surtout, en capturant l’événement sur l’enregistrement EEG vidéo, car une fois que vous avez un diagnostic précis dans votre esprit, Il est beaucoup plus facile de confronter le patient. La deuxième chose et je pense que c’est l’étape la plus essentielle est de savoir comment présenter le diagnostic au patient et à la famille? Je pense que si vous deviez aller et dire au patient « va t’en tu n’as rien », C’est la mauvaise approche. Et si vous leur dites qu’ils le font exprès, c’est une mauvaise approche. La meilleure approche est d’avoir une approche positive pour le patient. En expliquant à eux ce qu’est l’épilepsie et quels sont les épisodes psychogènes non épileptiques, et en l’amenant essentiellement à être positif: « Heureusement ce n’est que l’épilepsie. “Donc, vous l’amenez comme un élément positif et vous concentrez sur le patient et sa famille en raison d’un processus inconscient, qu’ils ne le font pas volontairement et qu’il y a 3 conditions: nous les classons généralement sur un SSRI parce que La plupart d’entre eux ont de l’anxiété ou de la dépression, et nous disons à la famille que, afin de minimiser les commentaires positifs, en ce sens que s’ils avaient ces attaques, les conduire dans la salle d’urgence ou s’occuper d’eux, cela Ne redoublez que ces attaques. Donc, pour ignorer totalement ces attaques est le deuxième remplissage important du traitement, et le troisième est de laisser le patient prendre la responsabilité d’essayer essentiellement de trouver un moyen de résoudre ou d’écraser ces lecteurs. Par la suite, pour les patients qui sont traités inutilement avec des anticonvulsivants, nous les mettons, nous réduisons leurs anticonvulsivants et nous les envoyons fréquemment pour la psychothérapie. La majorité de nos patients sont en fait envoyés au docteur Abbas Makke pour la psychothérapie. Nous leur donnons un SSRI, et le plus important est que ne pas exiler. En ce qui concerne les neurologues, il est très facile pour nous de s’asseoir, le patient n’a pas d’épilepsie, il n’a pas de maladie neurologique primaire, il suffit de les envoyer au psychiatre et de les laisser traiter avec le problème. Le patient a un attachement à son médecin, et il est très important de les voir fréquemment dans le suivi et je pense que cela contribuera grandement à optimiser les résultats. Maintenant, si vous regardez les données des États-Unis, l’issue à long terme des patients atteints de crises psychogènes non épileptiques n’est pas très bonne. Il a examiné l’heure depuis le diagnostic de 11 ans et ils ont suivi ces patients pour une moyenne de 4 ans. Le résultat a été médiocre dans 44% de ces patients, en dépit de la psychothérapie et des traitements avec SSRI, c’est-à-dire qu’ils avaient encore du sortilège et qu’ils étaient dépendants. 40% avaient un résultat intermédiaire, ils n’avaient pas de sorts, mais ils dépendaient encore ou n’étaient pas gratuits et indépendants. Et seulement 16% ont eu un bon résultat sans épellation et indépendants.

Quels sont les facteurs pronostiques? Habituellement, plus la durée des crises psychogènes non épileptiques est longue, plus le pronostic est défavorable, il y a une longue histoire de troubles psychiatriques, le chômage / l’invalidité, le patient somatisant persistant, l’incrédulité du diagnostic entraînera habituellement un diagnostic défavorable. Aller au médecin, au médecin, au médecin pour savoir qu’ils ont effec-

tivement de l'épilepsie et une structure familiale qui soutient la dépendance et la maladie. Cependant, si vous avez un âge plus jeune de diagnostic, si vous avez un style de vie indépendant, si vous avez une courte durée de crises psychogènes non épileptiques, moins de 2 ans, si vous avez une bonne éducation et une intelligence supérieure et moins Des crises épileptiques psychogènes et non épileptiques spectaculaires sans caractéristiques motrices positives et sans admission à l'unité de soins intensifs, généralement celles qui prétendent un meilleur pronostic.

Donc, en conclusion, j'espère que j'ai pu vous convaincre que les crises psychogènes non épileptiques sont un diagnostic assez courant, que la vidéo EG est l'étalon-or pour le diagnostic, que la présentation du diagnostic pour le patient et la famille est essentielle, C'est un trouble traitable dans un bon pourcentage de patients, et le suivi des soins par le neurologue est essentiel. Merci beaucoup.

Dr. Hussein Ismael

Merci docteur Beydoun pour cette présentation, puisqu'il nous manque un intervenant, nous allons répondre aux questions.

Dr. Abbas Makke

بروفيسور بيضون. لدينا القليل من الوقت. لذلك قلنا للأسئلة فوراً. سوف أتكلّم في العربيّة كي تسمع الجماهير هذه الإجابة. بروفيسور بيضون. على قاعدة الأشياء التي قلتها. وأنا أعرف أنّ حضرتك ترسل لي بعض الحالات. التي إمّا أجرت عملية جراحية للصرع لكن لديها استفادة ثانوية من الحالات أو يأتون سالمين ظنّاً أنه الصرع أو أيّ مرض صرعي ولديهم اصرار تام للبقاء في هذه الوضعية. اظنّ أنّه يمكن وضع هؤلاء في خانة الناحية والسلوك النفسي لإستفادة ثانوية من هذا الوضع. سؤاله هو التالي: ما أشرت له من شاركو إلى فرود والأرشيف تشير إلى تصنيفات الهيستيريا. hystérie feminine, hystérie masculine et hystérie épileptique. سؤاله محدد. التصنيفات التي دخلت في ال psychiatry DSM حتى 5 في وقت ت صاعدت الهيستيريا لا تصنيف لها. هل التصنيفات النورولوجي هي نفسها ال psychiatry ؟ وين أصبحت الهيستيريا إذا ذهبت ولم نصنفها كما شهدنا في الصور hys- un comportement hys-terique pour ne pas en dire plus. هذا التصرف كأنه يعلو وينزل وهو كأنه satisfait . يعني كي لا نلجّح عن الغيش فسؤاله عن التصنيفات. هل هناك مجال للحديث عن ال neurologie, epilepsy sur l'hystérie en tant que comportement ؟

[Traduit de l'arabe]

Professeur Baydoun, nous avons un peu de temps, c'est pour cela que nous sommes passés directement aux questions. Je vais parler en arabe pour que le public écoute la réponse. Professeur Baydoun, en nous basant sur ce que vous avez dit, je sais que vous m'envoyez quelques patients, qui ont soit subi une opération, soit qui sont sains mais qui pensent qu'ils souffrent d'épilepsie ou d'autres maladies épileptique et qui insistent à rester dans cet état. Je pense que nous pouvons les classer dans la catégorie de la psycho comportementale. Ma question est la suivante : selon Freud et les archives parlent des catégories de l'hystérie, l'hystérie féminine, l'hystérie masculine et l'hystérie épileptique. Ma question est

précise. Les catégories qui ont intégrées le DSM-5 ont augmenté, mais l’hystérie n’est pas classée. Est-ce que les classements en neurologie sont les mêmes qu’en psychiatrie ? Elle n’est pas classée, et nous avons vu dans les images un comportement hystérique pour ne pas en dire plus. C’est un comportement qui s’aggrave et s’adoucit comme s’il était satisfait. Est-il possible de parler de l’épilepsie sur l’hystérie en tant que comportement en neurologie, si elle n’est pas classée ?

Dr. Ahmad Beydoun

هذا also2al صعب بالنسبة لصراحة لأن عليك طرحه على psychiatrist

[Traduit de l’arabe]

C’est une question difficile pour moi honnêtement, il faut la poser à un psychiatre.

Dr.Makke

أنا أريد طرحه على neurologue .

[Traduit de l’arabe]

Je veux la poser au neurologue.

Dr. Ahmad Beydoun

لكن المشكلة انني لا الاحق ال DSM4 وأل DSM5.فأنا لست ضليع بهذا الموضوع. نحن عادةً لا نتكلم عن ال-hysterical and we label them under “disorder of the unconscious mind” non-epileptic psychogenic seizures. بل عن ال spells .

لكننا لا نستخدم مصطلح هيستريا ولا أدري إن كانوا يستخدمونها في ال psychiatry.

[Traduit de l’arabe]

Mais le problème est que je ne suis ni le DSM-4 ni le DSM-5. Donc je ne suis pas très bien informé sur ce sujet. En général nous ne parlons pas de crises hystériques mais plutôt de troubles de l’inconscient ou de sorts psychogéniques. Mais nous n’employons pas le terme d’hystérie, je ne sais pas s’ils l’utilisent en psychiatrie.

Question du public:

Je veux vous demander si selon votre expérience et connaissance, il existe des conditions mixtes ? Soit des crises épileptiques et non épileptiques à la fois.

Dr. Ahmad Beydoun

نعم. ٥ إلى ١٠٪ من المرضى هم مصابون بالحالتين. وهذه من أصعب الحالات. مثلاً أتت فتاة في ال-٦١ ربيعاً. و كان نوع ال attacks التي تصيبها على الأرجح. non-epileptic اخضعناها إلى الفيديو EEG وكالة أهلها أن هذه هي الحالة. كانت تأخذ ٣ أدوية لكننا أخفضناهم فجاء أهلها قائلين أن ال- attacks زادو وأعطوني semiology مختلفة قليلاً. لأخضعناها إلى ٤٢ ساعة فيديو GEE فأصابتها ٥ نوبات. ٤ منها كانت non-epileptic أمّا الخامسة فكانت epileptic. فجلست مع الاهل واطلعتهم على الفيديو وأريتهم أيّة كانت epileptic وأيّة كانت non epileptic. فنعم يمكنك التفريق فيما بينهم لكن الحمد لله أنّ فقط ٥ إلى ١٠٪ لديهم الحالتين معاً.

[Traduit de l'arabe]

Oui 5 à 10% des cas sont mixtes. Ce sont les conditions les plus difficiles. Une fille de 16 ans souffrant d'attaques probablement non-épileptiques s'est présentée. Nous l'avons soumise à l'EGG et avons avisé ses parents de sa situation. Elle prenait 3 médicaments mais nous les avons diminué et donc ces parents nous disent que les attaques sont plus fréquentes et nous donne une sémiologie complètement différent. Nous l'avons donc soumise à 24h d'EGG, elle a eu 5 crises, dont 4 non-épileptiques, mais la 5eme était épileptique. Donc oui il est possible d'avoir les deux cas à la fois.

Question inaudible du public.

Dr. Ahmad Beydoun

نن ال non-epileptic psychogenic seizures دائماً ال differential diagnosis of epilepsy and mimic--ker epilepsy نتكلم عنهم في أكثرية المؤتمرات التي نقوم بها. نحن. في الهيئة اللبنانية لمكافحة داء الصرع لدينا مؤتمر شهري مفتوح للجميع إذا احببتهم المشاركة يمكنكم إعطاء بريدكم الإلكتروني للدكتور نصرالدين. نركز مراراً على هذه الحالة عادةً ونتداولها في المؤتمرات التي تجرى في الشرق الأوسط. عادةً عليك البقاء مع المريض فترة. إذا الطبيب بقي مع المريض ٥ إلى ٦ دقائق ولم يكن ضليع في ال-subtleties للتفريق بينهما. فسيكون ذلك عمر صعب جداً على الطبيب. فمن الأسهل أن يعطي الدواء للمريض وأن لا يلقي اللوم عليه بدلاً من أن يقول اننا لم أعطيه دواءً وحكمته كريمة قوية وحكمه amotameh larudbus. فهذا الأمر يشكل مشكلة كبيرة. والتوعية موجودة لكن عليها أن تكون دائماً موجودة لا شك بذلك.

[Traduit de l'arabe]

Les crises psychogéniques non-épileptiques, le diagnostic différentiel de l'épilepsie et les imitateurs d'épilepsie sont des sujets que l'on traite très souvent durant les conférences. Nous, le comité libanais pour la lutte contre l'épilepsie, nous tenons des conférences mensuelles ouvertes à tous. Si cela vous intéresse, vous pouvez donner vos adresses email au Dr. Nasreddin. Nous nous concentrons souvent sur ces cas durant les conférences au Moyen-Orient. Souvent il faut que le médecin voie le patient pour un bon moment, s'il le voit pour 5 minutes et qu'il n'a pas un œil pour les subtilités, il lui serait vraiment dif-

facile de différencier entre les deux cas. Il est facile de donner des médicaments au patient et de ne pas se faire culpabiliser, que de dire « je lui ai donné un médicament et il lui est arrivé une crise intense ou un hématome sous-dural ». Ceci pose un grand problème. Il y a une sensibilisation à ce sujet, mais elle doit être constante, il n’y a aucun doute.

[Question du public]

أنا لدي مريضة هي hysterique ومنذ أن بلغت حتى أصبحت في ال-٥٣ من عمرها شخصها طبيبها بأل epilepsy وكانت تصاب بنوبات وتأخذ dopamine حتى أتت إلى عيادتي وعملنا فترة على الموضوع فتبين أنها ليست مصابة بأل epilepsy لكنها تعافت و هي بصحة جيدة و لا تكمن هنا المشكلة. انما لديها ولد يبلغ من العمر ٤١ سنة اصابته نوبة وشخصوه. على ما أظن بالصورة التي تكلمت عنها. وشخص الطبيب أنه مصاب بالقليل من ال-epilepsy. فلا أعرف كيف يمكنك مساعدتي بالموضوع . فما عادات مشكلتي المرأة المريضة انما ابنها. لا أعرف دقة هذا الشيء.

J’ai une patiente hystérique depuis qu’elle a atteint la puberté et jusqu’à l’âge de 35 ans. Un médecin l’a diagnostiquée épileptique, elle avait des crises et les traitaient par dopamine, jusqu’à ce qu’elle soit venue à ma clinique. Nous avons travaillé sur le sujet et il s’est avéré qu’elle n’est pas épileptique, mais elle est guérie et est en bonne santé, mais ce n’est pas le problème. Elle a un enfant de 14 ans qui a fait une crise et ils l’ont diagnostiqué selon ce qu’elle m’a dit, le médecin lui a dit que l’enfant est un peu épileptique. Je ne sais pas si vous pouvez m’aider, mais le problème n’est plus la femme malade mais son enfant.

Dr. Ahmad Baydoun

لا يوجد القليل من ال-epilepsy أو الكثير ن ال-epilepsy. كأنك تقولين هذه المرأة حامل قليلاً أو كثيراً. قد تون حامل أو غير حامل. لكن ما تتكلمين عنه مهم جداً. أن تأخذ دواء هذه المرأة لمدة أكثر من ٥٢ عام.

[Traduit de l’arabe]

Il n’y a pas un peu ou beaucoup d’épilepsie. Si comme si on disait qu’une femme est un peu enceinte, ou très enceinte. Mais ce que vous dites est très important. Que cette femme ait pris des médicaments pendant 25 ans...

Public

-الفكرة هي أنها منذ أن بلغت حتى أن أتت إلى عيادتي وهي تصيبها نوبات وتذهب إلى المستشفى.

[Traduit de l'arabe]

L'idée est que depuis qu'elle ait atteint sa puberté, jusqu'à ce que je l'aie rencontrée, elle avait des crises et allait à l'hôpital

Dr. Ahmad Baydoun

- لا شك في انها مشكلة كبيرة. ولدينا حوالي ال ٢٥٠ مريض بحسب ال Data base - التي نحفظ بها. ونلاحق كل حالات ال non-epileptic psychogenic spells جيّداً. لكن حين تكون المريضة تاخذ الأدوية لمدة ٥١ سنة. و بحسب ما قال الدكتور مكّي. ينمّون حالة من ال dependency فتصعب عليهم الإستقلالية. لأنّه من الصعب جداً بعد فترة ١٠-٥١ سنة من الإعتماد على الغير في الأعمال اليومية والقيادة ان يعتاد المريض على الإتكال على نفسه. فمرضى الصرع الكهربائي الذين يستعصي علاجهم بالأدوية يخضعون لعمليّة جراحية. بعد فترة ٢ الى ٥ سنوات تعطينه فرصة لتحسين نوعيّة حياته. ابقى ٢٠ عام قبل أن تجري الجراحة. فكانت كل حياته معتمدة على الدواء. إذا كلنا له أنه عليه أن يصبح مستقل سيفعل non-epileptic psychogenic seizures ليعود إلى الإعتماد. فمن المهم أن نقدر للفرق بين الحالين وإذا كانت حالة فعلاً مستعصية على الأدوية يجب النجري عملية بسرعة. أما الحالات ال non epi-leptic يجب أنا نسحب منها الأدوية ونشرح لها التشخيص.

[Traduit de l'arabe]

C'est un grand problème vraiment. Nous avons environ 250 malades, selon notre base de données. Nous suivons rigoureusement tous les cas de crises psychogéniques non-épileptiques. Mais quand une patiente prend des médicaments pendant 25 ans, comme l'a dit Dr. Makke, cela crée une dépendance, et c'est difficile d'être autonome. Il est très difficile, après 10 à 15 ans de dépendance pour effectuer des tâches quotidiennes, de devenir autonome. Les patients épileptiques difficiles à traiter par médicament ont recours à la chirurgie. Après 2 à 5 ans ils ont l'opportunité d'améliorer leur qualité de vie. S'il reste 20 ans à prendre des médicaments avant la chirurgie, toute son existence dépendait des médicaments. Donc on lui dit qu'il doit devenir indépendant, et donc il fait des crises psychogéniques non-épileptiques pour reprendre les médicaments. Il est important de valoriser la différence entre les deux cas, si le cas est vraiment sévère il faut rapidement passer à la chirurgie. Quant aux cas non-épileptiques, il vaut mieux retirer les médicaments et expliquer le diagnostic.

Dr. Marc Jaber

عفواً قبل إعطاء الكلام للدكتور نصرالدين. سؤال شخصي مني أنا. لاحظنا أن أغلب المصابين هن نساء. هل هناك علاقة وطيدة مع الهيستريا أو ليس أمر مؤكد؟

[Traduit de l'arabe]

Avant de donner la parole au Dr. Nasreddine, une question de ma part. Nous avons remarqué que la plupart des patients sont des femmes. Est-ce qu'il y a une relation avec l'hystérie ?

Dr. Ahmad Baydoun

لا شيء مؤكد في الموضوع. إذا نرى في أمريكا ٥٧٪ هم نساء، وأغلب الحالات في أمريكا نتيجة عن عنف جسدي أو جنسي. أما في أغلب الحالات أيضاً، إذا تم سؤال المريضة إذا تعرضت لا عنف سوف تنكر. فلا نعلم تحديداً حتى الآن. وفي لبنان تقريباً ٦٠ أو ٥٦ في المئة نساء و-٥٣٪ رجال. فلدينا رجال كثيرون يتعرضون لل- non-epileptic seizure

[Traduit de l'arabe]

Rien n'est sûr pour le moment. Aux Etats-Unis 75% sont femmes, et la plupart des cas aux EU proviennent d'un abus physique ou sexuel. Mais dans la plupart des cas également, la question a été posée à la patiente, si elle a souffert un abus, mais elle nie. Donc nous ne savons pas encore précisément. Au Liban, 60 à 65 % sont des femmes, et 35% sont hommes. Donc il y a un taux important d'hommes qui souffrent de crises non-épileptique

Dr. Hussein Ismael

Thank you Dr. Baydoun for this very informative session. I would like to introduce Dr. Nasreddin; he is the president of the Lebanese Society against Epilepsy. Dr. Wassim Nasreddin is a colleague at AUB; he is assistant professor of neurology. And we look forward to hearing your presentation.

[Traduit de l'anglais]

Merci Dr. Beydoun pour cette seance riche en information. J'aimerais introduire Dr. Nasreddin, président de la société libanaise de la lutte contre l'épilepsie. M. Nasreddine et un collègue de l'AUB, et professeur assistant en neurologie.

Dr. Wassim Nasreddin

Thank you, Dr. Hussein and Dr. Makke for inviting me to this wonderful meeting. My presentation will be a little more complicated than the one given by Dr. Baydoun, but at the end there is a very important conclusion. Before I reach the conclusion I must show you some data. This is a study, part of the Noel Trial that Dr. Baydoun introduced. We are getting patients from all over Lebanon that are being evaluated at AUB. They are over 2300 now. So we are able to do some analysis on the psychogenic non-epileptic spells.

Now if we look at some of the literature, it is expected that PNES and syncope are major mimickers of epileptic seizures. They look very similar superficially and the patient’s family can give you a history that may be confusing. Previous studies have found that psychiatric comorbidities are somewhat common in PNES. Most of these studies are long studies, meaning the patient that was being evaluated had PNES for many years, so it is unclear whether the depression occurred before the onset of PNES and therefore the cause of PNES, or whether the depression is a consequence. Is it because they’re having spells that they are depressed? We decided to compare PNES with syncope. Syncope is very common and is related to a system in the body where you have a drop in blood pressure. So I’m going to show you a video of a very dramatic syncope.

Our objective was to prospectively evaluate the frequency of anxiety and depression in a cohort of adult patients with newly diagnosed PNES or syncope, using validated questionnaires. Our hypothesis was that depression would be more prevalent amongst patients with PNES. The secondary aim was to evaluate whether specific items within the questionnaires could help differentiate between those two conditions. In addition, by studying a cohort of patients with new onset PNES, we attempt to establish the chronological relationship between the onset of non-epileptic seizures and psychopathology.

The methods are as follows, I told you about the Noel trials, and it’s a very large trial. About 35 neurologists refer their patients to us and we do EEG and MRI detailing history. Based on this we divide them into categories. Category 3 includes patients suspected of having epileptic seizures, but they end up being non-epileptic seizures. And usually, we stop their medication. All patients are 16 years and older. So we make sure not to include children because the questionnaire is only validated for adults. And these patients have PNES or syncope, based on certain criteria. In PNES we usually record the spell on EEG, but for syncope the history must be very detailed, including a witness and all characteristics of the syncope. And then these patients had to fill two different forms, the STAI and the Beck Depression Inventory. So the STAI is a questionnaire in Arabic and validated by the English version. There are 40 questions, and the patient will answer these questions by putting a number from one to four. In the Beck Depression Inventory, there are numbers that can tell us if the patient is depressed. There are a total of 13 questions that the patient answers. Again, this will give you a score, and depending on the score you can see whether the patient is depressed or not. You can also use it as a follow up to see if they’re getting better or not. This was validated in English in multiple countries and this version was validated at AUB.

We started with 1755 patients, and then, excluding patients with epilepsy, we had 184 with PNES, for 57 it was psychogenic and it was syncope for 53. Not all of them filled the form because sometimes they missed a question or didn’t finish it. So we ended up with 33 patients with PNES, and 31 with syncope. These are the results, what we call the demographic between PNES and syncope. What is important here is that patients with PNES tend to have lower socio-economical statuses. As you can see 44% were in economic status 1 which means their family income per month is less than 500 dollars. This is expected, it may cause depression and therefore, PNES. Also the number of spells before presentation was higher for PNES, while syncope is usually very rare. It is very rare to have recurring syncope except in cardiac cases. What about the Beck Depression. We found that the score for PNES was about 19, and for syncope it was around 10. So it’s almost twice higher in PNES, they are generally more depressed. And if you look at the depression, you have about 22% in syncope with depression and 60% in PNES. So it is a highly significant difference between the two. The anxiety score did not statistically differ, probably because all Lebanese have an anxiety as baseline. Now what is interesting is when we look at the Beck, we can predict whether the patient has PNES or syncope from questions one and three. Question one asks how sad is the person.

And question 3 is around their ability to feel success in life. If you use the sum of these two questions, and if it is high, you can predict that the patient has PNES when they present with paroxysmal spell. That means if the sum of the questions one to three are more is higher than three, then the probably of this patient having PNES is 80%. So instead of using the whole questionnaire, two questions are enough. Now, according to our data, patients with PNES have significantly more depression than patients with syncope. About 60% have depression.

What is very important is that our study is very new, our patients had very recent onset, and still they were depressed. So we are able to say that these patients are having the spells because of depression, or anxiety, although anxiety was not a strong factor. This tells us that depression is associated with lower quality of life. This means that if you want to treat these patients, it is better to treat them at the onset, because if you treat their depression or anxiety, they can stop having the spells and have a good quality of life.

Why this intervention? As physicians, we usually give antidepressants. But it has been proven that cognitive behavior therapy is probably superior to medication, or when combined with medication it is superior to just medication. So all of these patients want to have cognitive behavior therapy, which is structural therapy. This is some of the data. 66 of the patients with PNES were followed at 3 months at 12 months. Some patients underwent both. What we found was that patients that underwent cognitive behavior therapy did much better in spell frequency than patients who had standard medical care. Cognitive behavioral therapy is superior to medical treatment.

The idea is the following. Depression and anxiety are common in PNES, and are probably the cause of the onset of the spells, and not caused by the spell. And CBT with or without medication is efficacious for decreasing the frequency of spells. It should be initiated as soon as possible. Like many of you said before when it is not treated fast, patients go in and out of hospitals; it can cause injuries and a bad quality of life. So as soon as it is diagnosed, we must treat it fast.

And I know it was brief, but I will end it here.

Thank you.

[Traduit de l'arabe]

Notre objectif était d'évaluer prospectivement la fréquence de l'anxiété et de la dépression chez une cohorte de patients adultes ayant des nouveaux diagnostics PNES ou syncope, en utilisant un questionnaire validé. Notre hypothèse était que la dépression serait plus répandue chez les patients atteints de PNES. Le but secondaire était d'évaluer si des éléments spécifiques dans les questionnaires pouvaient aider à différencier ces deux conditions. De plus, en étudiant une cohorte de patients ayant un nouveau PNES de début, nous essayons d'établir la relation chronologique entre l'apparition de convulsions non épileptiques et la psychopathologie.

Les méthodes sont les suivantes, je vous ai parlé des essais de Noel, et c'est un essai très important. Une trentaine de neurologues nous renvoient leurs patients et nous faisons l'historique de l'EEG et de l'IRM. Sur cette base, nous les divisons en catégories. La catégorie 3 comprend les patients soupçonnés d'avoir des crises épileptiques, mais ils finissent par être des crises non épileptiques. Et généralement, nous arrêtons leurs médicaments. Tous les patients ont 16 ans et plus. Nous nous assurons donc

de ne pas inclure d'enfants parce que le questionnaire n'est validé que pour les adultes. Et ces patients ont PNES ou syncope, selon certains critères. Dans PNES, nous enregistrons généralement le sort sur EEG, mais pour la syncope, l'histoire doit être très détaillée, y compris un témoin et toutes les caractéristiques de la syncope. Ensuite, ces patients devaient remplir deux formes différentes, le STAI et l'Inventaire de dépression de Beck. Le STAI est donc un questionnaire en arabe et validé par la version anglaise. Il y a 40 questions, et le patient répondra à ces questions en mettant un numéro de un à quatre. Dans l'inventaire de dépression de Beck, il y a des chiffres qui peuvent nous indiquer si le patient est déprimé. Il y a 13 questions au total auxquelles le patient répond. Encore une fois, cela vous donnera un score, et selon le score, vous pouvez voir si le patient est déprimé ou non. Vous pouvez également l'utiliser comme suivi pour voir s'ils s'améliorent ou non. Ceci a été validé en anglais dans plusieurs pays et cette version a été validée à AUB.

Nous avons commencé avec 1755 patients, puis, à l'exception des patients atteints d'épilepsie, nous avons eu 184 avec NES, pour 57, c'était psychogène et c'était syncope pour 53. Tous ne remplissaient pas le formulaire car parfois ils manquaient une question ou ne l'avaient pas fini. Nous avons donc terminé avec 33 patients avec PNES et 31 avec syncope. Ce sont les résultats, ce que nous appelons la démographie entre PNES et la syncope. Ce qui importe ici, c'est que les patients atteints de PNES ont tendance à avoir un statut socioéconomique plus faible. Comme vous pouvez le constater, 44% étaient en situation économique 1, ce qui signifie que leur revenu familial par mois est inférieur à 500 dollars. Ceci est prévu, il peut provoquer une dépression et donc, PNES. En outre, le nombre de sorts avant présentation était plus élevé pour le PNES, alors que la syncope est généralement très rare. Il est très rare d'avoir une syncope récurrente, sauf dans les cas cardiaques. Qu'en est-il de la dépression de Beck. Nous avons constaté que le score de PNES était d'environ 19 ans, et pour la syncope, il était d'environ 10. Donc, il est presque deux fois plus élevé dans PNES, ils sont généralement plus déprimés. Et si vous regardez la dépression, vous avez environ 22% syncope avec la dépression et 60% chez les PNES. C'est donc une différence très importante entre les deux. Le score d'anxiété n'a pas été statistiquement différent, probablement parce que tous les Libanais ont une anxiété comme référence. Maintenant, ce qui est intéressant, c'est quand on regarde le Beck, on peut prédire si le patient a le PNES ou la syncope des questions un et trois. La première question demande à quel point la personne est triste. Et la question 3 porte sur leur capacité à réussir dans la vie. Si vous utilisez la somme de ces deux questions, et si elle est élevée, vous pouvez prédire que le patient a des PNES lorsqu'ils présentent un sort paroxystique. Cela signifie que si la somme des questions 1 à 3 est supérieure à plus de trois, alors le probabilité de ce patient ayant PNES est de 80%. Donc, au lieu d'utiliser l'ensemble du questionnaire, deux questions suffisent. Maintenant, selon nos données, les patients atteints de PNES ont beaucoup plus de dépression que les patients atteints de syncope. Environ 60% ont une dépression.

Ce qui est très important, c'est que notre étude est très nouvelle, nos patients ont eu un début très récent, et ils étaient encore déprimés. Nous pouvons donc dire que ces patients ont des sorts à cause de la dépression ou de l'anxiété, bien que l'anxiété ne soit pas un facteur fort. Cela nous dit que la dépression est associée à une qualité de vie inférieure. Cela signifie que si vous souhaitez traiter ces patients, il est préférable de les traiter dès le début, car si vous traitez leur dépression ou leur anxiété, ils peuvent cesser d'avoir les sorts et avoir une bonne qualité de vie.

Pourquoi cette intervention? En tant que médecins, nous administrons habituellement des antidépresseurs. Mais il a été prouvé que la thérapie cognitivo-comportementale est probablement supéri-

eure aux médicaments, ou lorsqu'elle est combinée avec un médicament, elle est supérieure aux médicaments. Donc, tous ces patients veulent avoir une thérapie comportementale cognitive, qui est une thérapie structurale. Voici certaines des données. 66 des patients atteints de PNES ont été suivis à 3 mois à 12 mois. Certains patients ont subi les deux. Ce que nous avons constaté, c'est que les patients qui ont subi une thérapie comportementale cognitive ont beaucoup amélioré la fréquence des sorts que les patients qui avaient des soins médicaux standards. La thérapie cognitivo-comportementale est supérieure au traitement médical.

L'idée est la suivante. La dépression et l'anxiété sont fréquentes chez les PNES et sont probablement la cause de l'apparition des sorts et non causées par le sortilège. Et la TCC avec ou sans médicament est efficace pour diminuer la fréquence des sorts. Il devrait être lancé dès que possible. Comme beaucoup d'entre vous l'ont dit auparavant lorsqu'ils ne sont pas traités rapidement, les patients entrent et sortent des hôpitaux; Cela peut causer des blessures et une mauvaise qualité de vie. Donc dès qu'il est diagnostiqué, nous devons le traiter rapidement.

Et je sais que c'était bref, mais je terminerai ici.

Je vous remercie

Question de Dr. Nadia Tamimi

Thank you Dr. Wassim, it was a very interesting topic. I wanted to ask about the Beck inventory and the two items that you said can predict PNES. How did you predict this? Is it through correlation of these two items with another, what was the variable that permits to predict only through these two items.

[Traduit de l'anglais]

Merci Dr. Wassim, c'est un thème vraiment intéressant. Je veux poser une question qui porte sur l'inventaire de Beck et des deux postes que vous avez dits pouvait prévenir le PNES. Comment est-il possible de le prédire ? Est-ce par une corrélation des deux postes, sinon quelle est la variable qui permet de faire cela.

Dr. Wassim Nasreddin

Very interesting question. We had two cohorts of patients with syncope or PNES. So first we looked at all the items of the Beck to see if they are different between these two groups, as a univariate. And what we found to be significant, we entered into a multivariate model to see if we predict syncope vs. PNES. So we used what we call a logistic regression model with a dependent variable, psychogenic or syncope. We

use this because; Dr. Baydoun suggested this in his presentation, when we have an adult with paroxysmal spells, usually it is a seizure, psychogenic spell or syncope. Rarely do we have other mimickers. That is why we ended up using our control as syncope.

[Traduit de l'anglais]

Question très intéressante. Nous avons deux cohortes de patients avec syncope ou PNES. Donc d'abord nous regardons tous les postes de l'inventaire de Beck afin de voir s'ils sont différents entre les deux groupes. Si nous trouvons quelque chose de signifiant, nous entrons en un modèle multivarié pour voir si on prévoit une syncope ou PNES. Nous utilisons un modèle de régression logistique avec une variable dépendante, psychogénique ou syncope. Nous utilisons cela parce que quand on a un adulte avec des sorts paroxysmiques, en général c'est une crise, psychogénique ou syncope. Nous avons rarement d'autres éléments, c'est pourquoi nous utilisons la syncope comme témoin.

Dr. Yamane Makki

[The Mutual Influence between the Neurological and the Psychological]

[...] It is about stress and depression as a risk factor for neurological disease.

Emotional stress according to the American Psychological Association is defined as a feeling of being overwhelmed, worried, or run down. It is an uncomfortable emotional experience accompanied by predicted biomedical, physiological, and behavioral changes. And it can be beneficial, actually, when it is moderate. But when it is excessive it can cause health consequences and adversely affect the immune system, the cardiovascular, the neuroendocrine, and the central nervous system. Now depression, very briefly, is a loss of pleasure or interest in daily activities for more than two weeks, or impaired social functions. There are specific symptoms, at least 5 of those, depressed mood, anhedonia, weight change, insomnia, psychomotor agitation or retardation, guilt, or suicidal thoughts.

Our first topic is going to be Alzheimer and depression. Meaning how depression could be a factor of Alzheimer's disease. So here is a picture, a painting of Utermohlen. He painted this before starting to have Alzheimer's, it's an auto portrait. And we see as the disease is progressing, how the auto portrait is changing as well as his view of himself. There are visual special changes in Alzheimer's, so this is a very important self-reflection to understand patients with Alzheimer's. So what is Alzheimer's disease? According to the DSM-5, mainly Alzheimer's is a type of dementia. But diagnosis can only be done through biopsy. But what we deal with every day is mainly based on clinical criteria. Here are the clinical criteria: evidence of cognitive decline in performance of learning and memory, language, executive function, complex attention, social cognition. We also have cognitive deficits that interfere with independence. Delirium and other metabolic problems should be excluded before diagnosis. In this paper about Alzheimer's in the Rotterdam Scan study, they followed patients between the ages of 60 to 90 over a period of 6 years. They were 503 patients without dementia originally and with a self-reported history of depression. Meaning there was a questionnaire, they were not diagnosed by a psychiatrist or a psychotherapist. They found that 134 reported a history of depression, and 88 of them, a majority, were under 60 years of age. 33 developed

Alzheimer’s disease. This is a brief table to show that a majority of patients were early onsets, and they assessed other comorbid conditions. They found that with early onsets there were less structural atrophies. They found that patients with early onset depression had a higher risk of developing Alzheimer’s or other dementia related diseases. The possible pathogenesis is a much unknown mechanism. Depression is said to activate hypothalamic pituitary adrenal hyperactivity, which will increase the cortisol, possibly hippocampal atrophy, possible risk for Alzheimer’s disease, we don’t know.

I am going to move to the second part of the topic, which is Parkinson’s disease and stress. This is from a study “oeuvre complete” by Charcot. So we can see that the handwriting becomes very small and shaky, we can also the posture becoming bent in Parkinson’s patient. Now what is Parkinson’s disease? It is a neurodegenerative disorder. It presents four cardinal signs: rest tremor, rigidity, bradykinesia, and gait disturbance. On the level of the brain, it’s actually a degeneration of the substantia nigra. It contains neurons and dopamine. Here we see in Parkinson’s that there is a loss of those neurons, and a loss of dopamine, and this is how the disease happens. According to Gowers, anxiety and emotional shock are the most common antecedents of Parkinson’s disease, and he advised his patients to refrain from all causes of mental strain and of physical exhaustion. Back in World War I they described Kreigszitterer Tremor or War tremblers, they also called in war neurosis, and as you can see the face here is very similar to that of patients with Parkinson’s, and it was correlated with emotional stress that occurred during WWI. Here we have a paper, with a woman’s. She was diagnosed with Parkinson’s disease at an early age and was being treated with L-dopa. So we see here the micrographia, it is like the classic signature of Parkinson’s disease. With further studies they found that this patient had chronic stress. After treating the chronic stress, without Parkinson’s treatment we can see how the handwriting is improving, between 1988 and 1990. So these are just case reports, they are not evidence-based.

Now, stress as a risk factor for Parkinson’s disease. Shen found an increased risk for PD in psychiatrist-diagnosed depression. Also, a long-term risk of developing Parkinson’s was greater in patients with depression. Age was higher in depression patients with PD than in depression patients without PD. The main point here is that age and difficult-to-treat depression are independent risk factors of PD.

So what is the possible pathogenesis for Parkinson’s disease? This is an observation from PTSD, is that there is a 50% decrease in regulatory T-lymphocytes; this observation was also found in PD. In animal models they found that a dysfunction in those cells might lead to a dopaminergic cell loss, which is the substantia nigra where those cells are mainly located. This is one possible mechanism. Also stress increases cytokines and chemokines, and again the hypothalamic pituitary adrenal axis, which generates dendritic remodeling and dysfunction of neurogenesis. Another possible mechanism is the catecholamine, is a sort of dopamine present inside neurons and released under stress, and can possibly cause neuron degeneration.

The third neurological condition is Ischemic stroke and stress. Very briefly, according to the American Heart Association and the American Stroke association, it is an obstruction within a blood vessel supplying blood to the brain, causing focal neurological deficits. Ischemic strokes are 87% of all strokes. We have small vessel disease, large vessel disease; I will not get into details. According to the Thales study, they followed 600 patients with acute ischemic stroke, aged between 18 and 69. They found an independent association between acute ischemic strokes and self-perceived psychological stress. This is valid from permanent not periodic stress. Independent association differed by ischemic stroke subtype, so they found that the etiology of each stroke has an independent association with stress. The stress should be of at

least one year to the last five years, association was found higher in these groups with ischemic stroke.

My favorite is epilepsy, so I will be talking now about Epilepsy and Depression.

Epilepsy is defined as unprovoked seizures, at least two seizures, occurring more than 24 hours apart. Or one unprovoked seizure and a probability of further seizures similar to the general recurrence risk, at least 60% after two unprovoked seizures occurring over the last 10 years. And this is back to Hippocrates, around 400 B.C, who said “Melancholics ordinarily become epileptics, and epileptics, melancholics: what determines the preference is the direction the malady takes; if it bears upon the body, epilepsy, if upon intelligence, melancholy”. This is to stress on the bidirectional association between depression and epilepsy. This study was made in 2006. 3 populations-based controls, they found that patients with history of depression have 4 to 7 fold higher risk of developing epilepsy. A history of suicidality causes a 5 folds increased risk of developing epilepsy rather than causality. There is possibly a common pathogenic mechanism and the presence of one disorder potentially facilitates the development of the other.

In this study of Hestroffer, also in 2006 says that a risk of unprovoked seizures is 13.3 times increased with attempted suicide in the absence of depression. It is 4.2 times increased with attempted suicide in the presence of depression and 1.5 times increased with major depression in the absence of attempted suicide. This association remained significant after adjusting for cumulative alcohol intake up to the time of the suicide attempt or episode of major depression. What are the possible pathogeneses? It's very hard, but Canner proved that the abnormal activity of several neurotransmitters such as serotonin GABA and glutamate. Stress was also a factor, causing alterations in GABA, a receptor subunit, and possibly decrease seizure susceptibility, it isn't proven yet. Structural changes, presenting atrophy of temporal and frontal-lobe structures in the amygdala, hippocampus, entorhinal cortex, temporal lateral neocortex, as well as in the prefrontal, orbitofrontal, and mesial-frontal cortex, and to a lesser degree, of the thalamic nuclei and basal ganglia. All of those may be found in epilepsy, any structural abnormality in the brain can cause epilepsy. Functional studies like PET scan found hypo activity in the temporal lobe of depressed patients, so these are all theories of the common pathogenesis.

In conclusion, this is a very broad topic; it is a very difficult topic that needs more extensive research to find the correlation between the psychological risk factor and neurological disorders. But generally, depression is a potential risk factor for Alzheimer's disease. Emotional stress is a potential risk factor for Parkinson's and ischemic strokes. There is a bidirectional relationship between depression and epilepsy. And finally, a healthy mental status means a healthier brain.

Thank you so much.

[Traduit de l'anglais]

[L'influence mutuelle entre le neurologique et le psychologique]

Il s'agit du stress et de la dépression comme facteur de risque de maladie neurologique.

Le stress émotionnel selon l'Association américaine de psychologie est défini comme un sentiment d'être submergé, inquiet ou épuisé. C'est une expérience émotionnelle inconfortable accompagnée de changements biomédicaux, physiologiques et comportementaux prévus. Et cela peut être bénéfique, en fait, lorsque c'est modéré. Mais quand c'est excessif, cela peut entraîner des conséquences pour la santé et affecter le système immunitaire, cardiovasculaire, neuroendocrinien et le système nerveux central. Maintenant, la dépression, très brièvement, est une perte de plaisir ou d'intérêt pour les activités quotidiennes pendant plus de deux semaines ou des fonctions sociales altérées. Il existe des symptômes spécifiques, au moins 5 d'entre eux, humeur dépressive, anhédonie, changement de poids, insomnie, agitation psychomotrice ou retard, culpabilité ou pensées suicidaires.

Notre premier sujet sera la maladie d'Alzheimer et la dépression. C'est-à-dire comment la dépression pourrait être un facteur de la maladie d'Alzheimer. Voici donc une image, une peinture d'Utermohlen. Il a peint cela avant de commencer à avoir la maladie d'Alzheimer, c'est un autoportrait. Et nous voyons que la maladie progresse, comment l'auto portrait change ainsi que sa vision de lui-même. Il existe des changements spéciaux visuels dans la maladie d'Alzheimer, donc c'est une réflexion très importante pour comprendre les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Alors, quelle est la maladie d'Alzheimer? Selon le DSM-5, principalement la maladie d'Alzheimer est un type de démence. Mais le diagnostic ne peut se faire que par biopsie. Mais ce dont nous traitons tous les jours repose principalement sur des critères cliniques. Voici les critères cliniques: évidence du déclin cognitif de la performance de l'apprentissage et de la mémoire, du langage, de la fonction exécutive, de l'attention complexe, de la cognition sociale. Nous avons également des déficits cognitifs qui entravent l'indépendance. Le délire et d'autres problèmes métaboliques devraient être exclus avant le diagnostic. Dans cet article sur l'Alzheimer dans l'étude de Rotterdam Scan, ils ont suivi des patients âgés de 60 à 90 ans sur une période de 6 ans. Ils étaient 503 patients sans démence à l'origine et avec une histoire de dépression auto-déclarée. Ce qui signifie qu'il y avait un questionnaire, ils n'ont pas été diagnostiqués par un psychiatre ou un psychothérapeute. Ils ont constaté que 134 ont signalé une histoire de dépression, et 88 d'entre eux, la majorité, avaient moins de 60 ans. 33 ont développé la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'un bref tableau montrant que la majorité des patients étaient débutants, et ils ont évalué d'autres affections comorbides. Ils ont constaté qu'avec les premiers, il y avait moins d'atrophies structurelles. Ils ont constaté que les patients présentant une dépression à début précoce avaient un risque plus élevé de développer une maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies liées à la démence. La pathogenèse possible est un mécanisme très inconnu. La dépression est censée activer l'hyperactivité surrénalienne de l'hypophyse hypothalamique, ce qui augmentera le cortisol, éventuellement l'atrophie de l'hippocampe, risque possible pour la maladie d'Alzheimer, nous ne le savons pas.

Je vais passer à la deuxième partie du sujet, qui est la maladie de Parkinson et le stress. Il s'agit d'une étude «oeuvre complète» de Charcot. Nous pouvons donc constater que l'écriture est très petite et fragile, mais la posture peut être courbée chez le malade de Parkinson. Maintenant, qu'est-ce que la maladie

de Parkinson? C'est un trouble neurodégénératif. Il présente quatre signes cardinaux: le tremblement de repos, la rigidité, la bradykinésie et la perturbation de la démarche. Sur le plan du cerveau, c'est en fait une dégénérescence de la substance noire. Il contient des neurones et de la dopamine. Ici, nous voyons dans la maladie de Parkinson qu'il y a une perte de ces neurones, et une perte de dopamine, et c'est ainsi que se produit la maladie. Selon Gowers, l'anxiété et le choc émotionnel sont les antécédents les plus fréquents de la maladie de Parkinson et il conseille à ses patients de s'abstenir de toutes les causes de tension mentale et d'épuisement physique. À la Première Guerre mondiale, ils ont décrit les tremblements de *Kreigszitterer Tremor* ou *War*, ils ont également appelé la névrose de guerre, et comme vous pouvez le voir ici, il est très semblable à celui des patients atteints de Parkinson, et il était corrélé au stress émotionnel qui s'est produit pendant la Première Guerre mondiale. Nous avons ici un document, avec une femme. Elle a été diagnostiquée avec une maladie de Parkinson à un âge précoce et a été traitée avec L-dopa. Nous voyons ici la micrographie, c'est comme la signature classique de la maladie de Parkinson. Avec d'autres études, ils ont constaté que ce patient avait un stress chronique. Après avoir soigné le stress chronique, sans traitement de Parkinson, on peut voir comment l'écriture manuscrite s'améliore, entre 1988 et 1990. Donc, ce ne sont que des rapports de cas, ils ne sont pas fondés sur des preuves.

Maintenant, le stress comme facteur de risque de la maladie de Parkinson. Shen a constaté un risque accru de Parkinson dans la dépression diagnostiquée par un psychiatre. En outre, un risque à long terme de développer une maladie de Parkinson était plus élevé chez les patients souffrant de dépression. L'âge était plus élevé chez les patients souffrant de dépression que chez les patients atteints de dépression sans Parkinson. Le point principal ici est que l'âge et la dépression difficile à traiter sont des facteurs de risque indépendants de la maladie de Parkinson.

Alors, quelle est la pathogenèse possible de la maladie de Parkinson? Il s'agit d'une observation du SSPT, c'est qu'il y a une diminution de 50% des lymphocytes T régulateurs; Cette observation a également été trouvée dans la PD. Dans les modèles animaux, ils ont constaté qu'un dysfonctionnement de ces cellules pourrait conduire à une perte de cellules dopaminergiques, dans la *substantia nigra* où ces cellules sont principalement situées. C'est un mécanisme possible. En outre, le stress augmente les cytokines et les chimiokines, et aussi l'axe surrénal hypophysaire de l'hypothalamie, qui génère un remodelage dendritique et un dysfonctionnement de la neurogenèse. Un autre mécanisme possible est la catécholamine, est une sorte de dopamine présente dans les neurones et relâchée sous le stress et peut provoquer une dégénérescence neuronale.

Le troisième état neurologique est l'accident vasculaire cérébral ischémique et le stress. Très brièvement, selon l'American Heart Association et l'American Stroke association, c'est une obstruction dans un vaisseau sanguin qui fournit du sang au cerveau, causant des déficits neurologiques focaux. Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques sont de 87% de tous les accidents vasculaires cérébraux. Nous avons une maladie des petits vaisseaux, une grande maladie des vaisseaux; Je n'entrerai pas dans les détails. Se-

Lon l'étude de Thales, ils ont suivi 600 patients atteints d'ACV ischémique aigu, âgés de 18 à 69 ans. Ils ont trouvé une association indépendante entre les accidents vasculaires cérébraux ischémiques aigus et le stress psychologique auto-declaré. Cela est valable à partir d'un stress permanent et non périodique. L'association indépendante diffère selon le sous-type d'AVC ischémique, de sorte qu'ils ont constaté que l'étiologie de chaque coup a une association indépendante avec le stress. Le stress devrait être d'au moins un an aux cinq dernières années, l'association a été plus élevée dans ces groupes avec accident vasculaire ischémique.

Mon sujet préféré est l'épilepsie, alors je parlerai maintenant de l'épilepsie et de la dépression.

Dans cette étude de Hestroffer, également en 2006, le risque de convulsions non provoquées est 13,3 fois augmenté avec une tentative de suicide en l'absence de dépression. Il a augmenté de 4,2 fois avec une tentative de suicide en présence de dépression et 1,5 fois augmenté avec une dépression majeure en l'absence de tentative de suicide. Cette association est demeurée significative après ajustement pour la consommation cumulée d'alcool jusqu'au moment de la tentative de suicide ou de l'épisode de dépression majeure. Quelles sont les pathogènes possibles? C'est très dur, mais Canner a prouvé que l'activité anormale de plusieurs neurotransmetteurs tels que la sérotonine GAVA et le glutamate. Le stress a également été un facteur, provoquant des altérations dans GABA, une sous-unité de récepteur, et peut-être diminuer la sensibilité aux crises, il n'est pas encore prouvé. Changements structurels, présentant une atrophie des structures temporelles et des lobes frontaux dans l'amygdale, l'hippocampe, le cortex entorhinal, le néocortex latéral temporel, ainsi que dans le cortex préfrontal, orbitofrontal et mésial-frontal, et dans une moindre mesure, des noyaux thalamiques Et les ganglions de base. Tous ceux qui se trouvent dans l'épilepsie, toute anomalie structurelle dans le cerveau peut provoquer une épilepsie. Des études fonctionnelles comme PET scan ont trouvé une hypoactivité dans le lobe temporal des patients déprimés, de sorte que ce sont toutes des théories de la pathogenèse commune.

En conclusion, il s'agit d'un sujet très large; c'est un sujet très difficile qui nécessite une recherche plus approfondie pour trouver la corrélation entre le facteur de risque psychologique et les troubles neurologiques. Mais en général, la dépression est un facteur de risque potentiel pour la maladie d'Alzheimer. Le stress émotionnel est un facteur de risque potentiel pour les AVC de Parkinson et ischémiques. Il existe une relation bidirectionnelle entre la dépression et l'épilepsie. Et enfin, un état mental sain signifie un cerveau plus sain.

Dr. Marc Jaber

Merci Dr. Yamane Makke pour cette présentation détaillée et complète, bien que ce soit un sujet assez complexe. Vous avez beaucoup simplifié les choses.

[Question du public]

شكراً على المحاضرة. أريد أن أسأل إذا كان الإكتئاب يؤثر على الـ Parkinson والـ Alzheimer. هل الـ antidepressant يفيد للحد من خطر هذين المرضين؟ هذا أول سؤال. والثاني. أن في لبنان يتم وصف الـ antidepressant على فترات طويلة. هل هذا يؤثر على الدماغ؟ وأيضاً في لبنان يتم وصف الـ aspirin للحد من خطورة الجلطة. هل هذا معتمد أيضاً في أمريكا؟

[Traduit de l'arabe]

Merci pour votre intervention. Je veux demander, si la dépression influe sur le Parkinsons et l'Alzheimer, est-ce l'antidépresseur peut limiter les risques de ces deux maladie ? C'est ma première question. La seconde est, au Liban on prescrit des antidépresseurs pour de longues périodes, est-ce que cela affecte le cerveau ? On prescrit aussi l'aspirine pour limiter le risque d'infarctus, est-ce que cela est aussi appliqué aux Etats-Unis ?

Dr. Yamane Makki

لا أعلم إذا كان الـ antidepressant يحد من الـ Alzheimer. ولا أعلم بأي دراسات تذهب في هذا النحو. وأكد أن الـ antidepressant آثار جانبية لكن ليس على الدماغ حديداً. أما الـ aspirin. في المركز الذي نعمل به نصفها كى وقاية ثانوية. يعني إذا مرة أحد المرضى في جلطة. نعطي الـ aspirin لتفادي جلطة أخرى.

[Traduit de l'arabe]

Je ne connais aucune étude qui démontre que les antidépresseurs peuvent limiter le risque le l'Alzheimer. Quant à l'aspirine, dans le centre ou je travaille nous la prescrivons en tant que prévention secondaire. C'est-à-dire que si le patient a déjà eu un infarctus, nous lui prescrivons l'aspirine pour éviter un second.

Dr. Hussein Ismael

شكراً د. مكّي على الدعوة. لماذا اصبحنا مهتمين وكيف وصلنا الهنا؟ السيد وندل باري أن نكون عقليين في وقت جنون هو جداً سيئ للعقل. وأسوأ للقلب. ابتدأت القصة تقريباً. عندما يأتي مريض إلى الطوارئ يشتكي من ألم في الصدر. أول مرة يأتي فيها. ليس لديه سكري. انما يعاني ضغط في القلب ويدخن. لا أحد في عائلته يعاني أمراض قلب لكن يأتي مثل العادة من وجع قلب. تاريخه الـ psychosocial ثقيل جداً وقد مر بفقدان مؤخراً وضغط عاطفي. نفع مثل عادتنا كأطباء قلب في الطوارئ. تجري تخطيط ونفحص انزيمات القلب إلخ. نطمئن ونقول له يمكن أن تعود إلى المنزل بعد ستة ساعات والحمد لله كل شيء ممتاز. ذهب وعاد بعد ثلاث اسابيع بنفس الشكوى. ألم في الصدر وعوارض أمراض

القلب والشرايين. واتخذنا الإجراء نفسه، ولم يتبين شيء. ولكن أصبحنا أمام حالة متكررة. نصبح محرجين وملزمين لإعطاء جواب للموضوع. لأن إذا حصل أي شيء لا سمح الله للمريض خارج الطوارئ، سوف يقال إنه أتى وإشتكى من تلك الأعراض ولم تتم الإستجابة إليها. أتى المريض مرة ثالثة وأجرينا تمييل. عادةً نقول للمرضى بعد هذا الإجراء أنه يجب عليهم البقاء ستة ساعات في السرير. وتبين في التمييل أنا شرايينه طبيعية. لم يحترم المريض الإرشادات للبقاء في السرير وواقفة ليذهب إلى المرحاض. وتمزق شريانه. أخذناه إلى غرفة العمليات. عالجتنا الشريان الممزق. انما فالتمزق تسبب بنزيف في الفخذ. ما تسبب أيضاً بإرتفاع حرارة جسم المريض لغاية ٤١ يوم. ولم نعلم إذا كان ذلك نتيجة جرثومة أو غيرها. فإضطر المريض على أخذ antibiotics. وذلك سبب إنتهاب. تقريباً ١٢ يوم عذاب لأنه إشتكى من ألم في الصدر ولا توجد مشكلة في الشرايين. فأمراض الشرايين والقلب هي فعلاً الأكثر شيوعاً. وهي من أكبر أسباب الوفيات سواء عند النساء أو الرجال. ولكن ليس كل من يشك من الأم في الصدر يعاني مشاكل في شرايين القلب. عوامل الخطر هي كما ذكرت سابقاً. الضغط أولاً. وفي لبنان قضية تاريخ العائلة مهمة جداً أيضاً. هنا لا نتكلم عن عمل وراثي. بل عن عمل بيئي. مثلاً إذا كان الأب والأم يأكلون كثيراً أو يدخنون الأريغيلة أيضاً. فالأولاد سيفعلون ذلك أيضاً. ما يكون عوامل مشاكل القلب. فالعامل الوراثي ليس جيني بحث بل بيئي أيضاً. ويزداد إلى ذلك عمل العمر والخلفية الانثوية. أما العوارض. ننسى أحياناً أن الألم في الصدر. واللذي هو عرض مرض شرايين. يمكن أن يأتي في أماكن عدة غير الصدر. يمكن أن يأتي في وسط الصدر. يمكن يشمل الرقبة. يمكن أن يكون في الكتف أو المعدة. يمكن أن يكون من أعلى الرقبة إلى أسفل المعدة. في الأكتاف مع الجوانب أو في الظهر.

الاجراءات الاساسية. ومثلما ذكرنا سابقاً. التشخيص الأساسي يأتي من التمييل. انما قبل النجري تمييل نتخذ اجراءات أخرى غير جراحية مثل التخطيط وفحص الجهد مع الصورة الصوتية أو فحص الجهد النووي.

في دراسة اجريت. نرى ال-٤١٪ من المرضى التي يجرى عليهم التمييل يتبين لهم مشاكل في الشرايين فقط. ذلك يعني أن ٦٠٪ من الأشخاص الذين يجرى عليهم تمييل. لا يعانون مشاكل في شرايين القلب. في لبنان. ذهب ٤٨٪ من المرضى إلى التمييل قبل أن يجرى أي فحص جهد سابق. وذلك دليل على حجم المشكلة في لبنان. وذلك له أسباب إقتصادية. ففحص الجهد يكلف قدر ما يكلف التمييل. أو حتى أغلى. ذلك لا ينفي أن المشاكل التي تنتج عن التمييل والقسطرة هي مشاكل نحن بغناء عنها.

لذلك حاولنا أن نعثر على حلول أخرى لتفادي القسطرة. لذا اتخذنا نماذج من الخارج مذ ال- Maurice Model وال- Diamond Forester Model. ودرسنا مدى إمكانية تطبيقهما في لبنان.

فالهدف من هذه الدراسة هي التحقق من فعاليات هذين النموذجين في لبنان. وننطلق منها. وهو الإهتمام بالبحث الخاص بي. وهو تطبيقات الذكاء الإصطناعي في أمراض القلب والشرايين.

Diamond Forester تعود إلى عام ٩٧٩١، حيث تم أخت مرضى في نيو يورك إلى التمييل ودراسة مشاكلهم السابقة. وتم توزيعهم حسب اعمارهم. فرأى أن إذا شعر أحد بالألم في الصدر وهو يمشي. ثم يختفي الألم. تزداد أرجحية مشاكل الشرايين. أما إذا ازدادت العوارض فتقل الأرجحية. حسب تدرج معين لن ندخل بتفاصيله الآن. حتى ال-typical angina. تعتمد على العمر. بين عمر ال-٥٣ وال-٥٦، إذا اشتكت امرأة من ال-typical angina تكون أرجحية مرض الشرايين ٦٢٪، بينما تكون ٦٧٪ إذا كان رجلاً. والهدف هو تحديد إحتمال مشاكل الشرايين سواء عند الرجال أو النساء. وبالتالي تحديد الخطوة المقبلة.

الفرق بين ال- Maurice وال- Forester هو أن ال- Maurice زاد عمل الوزن والعادة الشهرية لدى المرأة. لأن عمل العادة الشهرية يحمي المرأة. وزاد أيضاً قضية التاريخ العائلي.

أخذنا حوالي ال-٢٠٠٠ مريض. في الجمعة الأمريكية. ٣٥٠ كان قد عمل فحص الجهد النووي. ٣٥٠ تقريباً قد اجروا فحص الجهد مع الصورة الصوتية، و-٥٠٠ ذهبوا مباشرةً إلى التمييز. أخذنا المرضى فوق عمر ال-٩١، والذين لا يوجد لهم دليل عن ذبحة قلبية، لأن ذلك ليس هدفنا.

أخذنا في الاستبيان عوامل الخطر إضافةً إلى توزيع أماكن الألم. أما النتائج. من الأشخاص الذين مروا بفحص الجهد. معدل العمر هو ٧٥ عاماً، وكانوا أصغر من الأناس الذين ذهبوا إلى التمييز مباشرةً. أما في توزيع الجنس. لم يوجد فرق كبير. أما لل-agnia. ف-٥٦ بالمئة من الذين اشتاقوا منها ذهبوا إلى التمييز. بالمقابل ٥٣٪ فقط ذهبوا إلى فحص الجهد. أما التدخين فكان موجود لدى ٦٧ بالمئة من الأشخاص الذين ذهبوا سواء إلى التمييز أو فحص الجهد. وهذا أمر جداً سيئ. لأن مشكلة التدخين هامة جداً في لبنان. وهذا رقم لا نراه في الأبحاث الخارجة من أوروبا أو أمريكا. ١٢٪ قالوا أن مشاكل الشرايين موجودة في العائلة. ما يعني أن تقريباً ربع الشعب اللبناني يعاني مشاكل في الشرايين.

أما النتيجة المهمة هي التالية. من أصل ٧٨٠ شخص ثبته إلى فحص الجهد. فقط ٥٦ كان فحص الجهد لديهم إيجابياً. يعني أن فقط ٨,٥٪ يعانون مشاكل في الشرايين، والباقي إشتكو من الأم في الصدر غير محددة ومن غير مشاكل في الشرايين.

فيطرح السؤال. لماذا فقط ٨,٥٪ من المرضى الذي أجري عليهم فحص الجهد. والذي هو رقم مخيف. يعانون مشاكل في شرايين القلب؟ هناك أسباب عدة. وهي ما زالت مبدئية: over-referral

- الأسباب الأخرى. أي مشاكل في الصدر أو الربة موجودة. لكنها مستثناة قبل فحص الجهد. فالإحتمال صغير

- يبقى سبب وجودنا هنا اليوم. ال-psychosomatic.

٥٠ أو ٦٠ بالمئة من المرضى الذين يأتون ليفحص الجهد. يكون لهم مشكلة psychosomatic فعلياً.

في هذه Remit Study. تتم دراسة المشاكل القلبية المتأتية من ضغط ذهني، أو جهد ذهني. اخذوا مرضى لديهم مشاكل قلب وشرايين معروفة. واخضاعهم لسلسلة فحوصات. فيها جزئين. أول جزء هو فحص جهد مع صورة صوتية ثم يتم إجراء فحص الجهد الذهني. الفحص الذهني يجري كما يأتي: يدخل الطبيب أو المعالج النفسي ويطلب من المريض أن يفعل تمارين جداً مرهقة ذهنياً. مثل أن يتذكر حالة أو وضع كان جداً مؤلم وأن يتكلم عنه ويعيد تمثيله ليمدة ثلاث دقائق وبعد ذلك يذهب المريض إلى الصورة الصوتية لكي نرى إذا ذلك أثر على القلب. بعد ذلك يتم إجراء فحص ذهني آخر لمدة ثلاث دقائق أيضاً. وصورة من بعد ذلك. ثم ثلاث دقائق فحص ذهني أخير. وصورة من بعده أيضاً. وذلك هو ما نتبعه لفحص القلب والشرايين في فحص الجهد العادي.

تبين أن ٣٤٪ من المرضى الذين يعانون مشاكل قلب وشرايين. لديهم mental-induced ischemia. أي أن من بعد فحص الجهد الذهني. عضلة القلب توقفت عن العمل. وذلك يقول أن ٤٠٪ من الناس التي لها مشاكل في شرايين القلب. بعد فحص الجهد الذهني سوف تظهر لهم مشكلة في عضلات القلب. في التحليل. تبين أن أغلب الناس المعرضين هم الرجال غير المتزوجين، أو المرأة المتزوجة، أو الذين يسكنون وحدهم. في المرحلة الثانية. درسوا إذا تم معالجة ال-mental-induced is. مثل ال-cipralext. ماذا يحصل؟ فاحذوا ال-٤٣ الذين يعانون المشكلة. ووصفوا placebo جزء منهم و-escitalopram جزء آخر. فتبين بعد ستة اسابيع أن ٣٤٪ من الذين يعانون جهد ذهني يؤدي إلى أمراض قلب قد شفي. يقابلها ٧١٪ على ال-placebo. فلدينا شفاء مضاعف مرتين على ال-cipralext مقارنةً بال-placebo.

ثمة قرروا أن يدرسوا مفعول ال-cipralext لدى الأناس الذين يعانون exercise-induced ischemia. أي من الجهد البدني.

فلا تأثير له في هذه الحالة.

ذلك برهن أن ال-placebo كان مفيد للبعض أما مفعول ال-cipralex كان مفيد أكثر بمرتين. وينفي أن هذا التأثير من جهد بدني. فهو متعلق بالأعصاب. ثم انتقلوا ليروا إذا كان ذلك مرتبطاً بال-plaquettes أو بالشرايين ذاتها. اخذوا فحوصات دم ما قبل الجهد وما بعد الجهد. ودرسوا مدى تكتل ال-plaquettes قبل الجهد الذهني وبعده. وتبين الفحص الجهد الذهني يؤدي إلى إرتفاع التكتل في ال-plaquettes. يعني التجلط. وتبين أن هذا الأمر يخف عند أخذ ال-escitalopram. ذلك يدل على الترابط بين ال-mental stress والتجلط. وهذا الترابط يتم فكه عبر ال-escitalopram.

لنذهب إلى مثل آخر. هذه الصورة مأخوذة من American Heart Association. ويسألون. broken heart syndrome si real؟ هل انفطار القلب أمر حقيقي؟ الفكرة هي أن نعم. هذا الأمر الحقيقي. ويحصل بعض ضغط عاطفي قوي جداً. سوف أريك هنا ما يحصل. هنا نرى قلب طبيعي. نرى عضلة القلب اليسار واليمين. والاذين الأيسر والاذين الأيمن. ونرى كيف تتم الانقباضات الطبيعية.

تقبلها عضلة قلب لإمرأة قد انفطر قلبها. نرى أن الوظيفة مفقودة. نرى ذلك في ٢٪ من المرضى الذين يأتون إلى الطوارئ بشكوة ألم في الصدر مع ضيق نفس. ونرى في التخطيط ذبحة. ونرى الذبحة في فحص الدم. أما في التمييز لا يتبين شيء. هم تقريباً ٠.٦٪ نساء و-٠.٤٪ رجال. العمر يكون متقدم أكثر. وعادةً ذلك يأتي بعض mental stress شديد جداً. النقطة الإيجابية هي أنه يمكن معالجة ذلك خلال اسابيع. يعود القلب المنفطر إلى حالته الطبيعية.

في الخلاصة. الجهد الذهني الذي يؤدي إلى مشاكل في القلب هو حقيقة. يطال ٣٤٪ من المصابين من مشاكل في شرايين القلب. وذلك جعلني كطبيب أدقق أكثر عندما يكون المريض رجل غير متزوج. إمرأة متزوجة أو شخص يعيش بمفرده. لنا مؤشرات أن ال-platelet aggregation يساهم في ذلك. ولنا دليل اليوم أن ال-marpolaticse يخفف المشكل في ثلث الحالات. لكن للأسف الثلث الآخرين لا يستجيبان إلى ذلك.

[Traduit de l'arabe]

Merci Dr. Makke de m'avoir invité. Comment sommes-nous devenus intéressés et comment sommes-nous arrivés ici ? Mr. Wendel Barry dit qu'être sage en moment de folie est nuisible au cerveau, et pire pour le cœur. L'histoire commence lorsque nous recevons un malade aux urgences qui souffre de maux de poitrine. C'est la première fois qu'il vient. Il n'est pas diabétique, ne souffre pas d'hypertension, ne fume pas, personne de sa famille ne souffre de conditions cardiaques. Son histoire psychosociale est très lourde, et il se peut qu'il ait vécu une perte ou une pression émotionnelle. Donc naturellement, nous l'évaluons et évaluons ses enzymes cardiaques etc. Nous l'assurons et lui disons qu'il peut rentrer chez lui dans six heures et que tout va très bien. Il rentre chez lui, et revient dans 3 semaine avec la même plainte, mal à la poitrine et symptômes de maladies cardiovasculaires. Nous faisons le même processus, rien de nouveau. Mais nous sommes maintenant face un cas récurrent, donc il faut agir parce que s'il lui arrive quelque chose lorsqu'il sort, on dira qu'il s'est plaint et que personne n'a répondu a ses plaintes. Le malade se présente une troisième fois, nous faisons alors une évaluation par sonde. On voit alors que ses veines et artères sont normales. Le malade ne respecte pas les conseils de rester au lit, et se met debout pour aller aux toilettes seul. Sa veine se déchire. Nous le prenons à la salle d'opérations, nous traitons la veine déchi-

rée, mais elle induit une hémorragie à la cuisse, et ensuite une élévation de sa température corporelle pour 14 jours. Nous ne savions pas que cela résultait d'une bactérie, donc le patient a dû prendre des antibiotiques pour l'infection. Donc voilà 21 jours de souffrance parce qu'il s'est plaint d'un mal à la poitrine, alors qu'il n'a pas de problèmes vasculaires. Les maladies cardiovasculaires sont très communes, et sont la plus grande cause de décès, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

Les facteurs de risques sont tels que j'ai cité avant, la pression avant tout, l'histoire de la famille est très importante au Liban, je ne parle pas du facteur héréditaire mais plutôt environnemental. Si le père et la mère par exemple mangent beaucoup et fument beaucoup, leurs enfants feront de même, ce qui pourrait poser des risques de maladies cardiovasculaires. Le facteur héréditaire n'est pas strictement génétique, mais aussi environnemental. Pour ce qui est des symptômes, nous oublions souvent que le mal de poitrine, signe de problème vasculaire, pourrait survenir dans d'autres membres.

Les dispositions majeures, comme nous l'avons dit tout à l'heure, sont un diagnostic par sonde, mais avant d'avoir recours à la chirurgie, nous pouvons faire des tests d'efforts, des radiographies...

Au cours d'une étude menée, nous voyons que seulement 41% des personnes qui font l'évaluation à la sonde ont des problèmes vasculaires. Cela signifie que 60% des personnes sur lesquelles on fait ces opérations n'ont pas de problèmes cardiovasculaires.

C'est pour cela que nous avons essayé de trouver des solutions pour éviter le cathéter. Nous avons pris un modèle, le Modèle Maurice et le Modèle Diamond Forester, et nous avons étudié leur applicabilité au Liban. Le but de cette étude est de s'assurer de l'efficacité de ces deux modèles au Liban. La différence entre le Maurice et le Diamond Forester est que le Diamond Forester a ajouté le facteur du poids et des règles pour les femmes, parce que les règles protègent la femme. Le Diamond Forester ajoute également le facteur d'histoire de famille. Nous avons pris environ 2000 cas à l'AUB. Environ 350 ont fait le test d'effort avec radiographie, et 500 sont allés directement à la salle d'opération. Notre population était de plus de 19 ans et qui ne présentent pas de signes de crises cardiaques.

Le résultat qui nous importe est le suivant. De 780 patients ayant fait le test d'effort, seulement 65 ont eu un résultat positif. C'est-à-dire que seulement 8.5% souffrent de problèmes vasculaires, et les autres se sont plaints de mal de la poitrine non identifié. Donc la question se pose, pourquoi seulement 8.5% des patients ayant fait le test souffrent de problèmes vasculaires ? Les raisons peuvent être des problèmes de poitrine, l'asthme par exemple. Mais aussi la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui, la psychosomatique. 50 à 60% des patients ayant fait le test d'effort, souffrent en fait d'un problème psychosomatique. Cette étude se penche sur les problèmes cardiaques provenant de pression mentale, ou d'effort mental. Il y a donc deux groupes de patients avec des problèmes cardiovasculaires, et on a effectué un test d'effort mental. Le test est comme suit : on demande au patient de se rappeler une situation douloureuse et d'en parler pendant trois minutes, ensuite on fait une échographie pour en voir les effets sur le cœur. Ensuite on fait un autre test d'effort mental pendant trois minutes, et une autre échographie. Cela montre que 43% des patients souffrant de maladies cardiovasculaires ont une ischémie mentale induite. Dans l'analyse, on voit que les personnes les plus vulnérables à cela sont les hommes célibataires et les femmes mariées ou vivant seules. Ensuite on a vu le traitement de cela par Cipralex. On a pris les 43% souffrant du problème, et on a placé un groupe sous placebo et un autre sous escitalopram. Après 6 semaines, on voit que 34% ont été guéris et 17% ont été guéris par Placebo. Donc la guérison sous Cipralex est double.

Cela prouve que le placebo était efficace pour certains, mais pour d'autres le cipralex était doublement

efficace. Ensuite on est allé voir si cela est en relation avec les plaquettes. Et donc on a effectué des prises de sang avant l'effort et après l'effort. On a étudié l'état des plaquettes avant et après l'effort mental. Il s'est avéré que l'effort mental induit une agglomémentation des plaquettes, qui peut être soulagé sous escitalopram. Ceci prouve la relation entre le stress mental, les concentrations en plaquettes et le soulagement par escitalopram.

Dr. Angela Massouh

Theme : [Psychosomatic Heart Diseases]

N.B: Cette intervention fut uniformisée en anglais en raison du fort usage de termes anglais, ainsi que du fait qu'une grande partie de la présentation était en anglais.

My presentation comes very logically after Dr. Hussein's, because we discuss the same heart diseases. But I will be talking more about how these heart diseases could cause depression or anxiety.

Basically there is a high comorbidity between psychiatric disorders and cardiovascular diseases, and these have been receiving more attention in the recent scientific literature.

Just like Dr. Ismael said, before, the correlation between psychological disorders and cardiovascular diseases was not present, or we did not pay attention to it in our practice. Now we do, and we include it in the differential diagnosis.

Mood and anxiety disorders in particular have been linked to heart disease with research showing that people suffering from anxiety or depression are at a higher risk for cardiac morbidity or mortality. Those with a higher level of anxiety have as much as a 3 fold increased risk of fatal cardiovascular disease.

How to psychological and social factors influence medical illness?

From a nursing perspective, I try to look at the patient in a broader angle, as in look at the more psychosocial elements. Psychosocial factors like negative emotions, depression, anxiety, and stress disrupt the basic biological processes. Stress creates lack of control. And heart disease creates stress as well. So we see it is like a cycle. Also, if someone suffers depression for example, they would not be taking the medicine or setting lifestyle modifications that are recommended for them, which may also adversely affect the heart condition.

Stress has been linked to higher rates of morbidity and all-cause mortality and is recognized as a risk factor for numerous health conditions, including cardiovascular diseases.

During acute stress, a number of cardiovascular changes occur, including heart rate and blood pressure.

According to the reactivity hypothesis, the repeated activation of the stress response over time can result in weakened arteries, plaque build-up and other risk factors for cardiovascular diseases.

Biological theories of the Stress-Illness Link.

The Somatic Weakness Theory holds that a weak organ system may be susceptible to disruption by stress. And the Specific Reaction Theory suggests that people respond to stress in unique ways, some to

organ systems show greater reactivity than do other systems.

In my doctorate thesis I am actually focusing on allostatic load. It is a situation that occurs when stressors are acute or occur repeatedly, the biological responses to stress (cortisol secretion), can have an aversive impact on the body. Over time, stress response itself may overwhelm the system.

The allostatic load of a stressor or the total area under the curve in which cardiovascular levels are elevated, including not just the initial response but the elevation that lingers after stress has passed, is more influential in the development of the disease than the magnitude of the acute cardiovascular response. Consequently, it is important to examine not only the degree to which cardiovascular parameters are elevated above baseline, but the amount of time it takes to return to baseline levels.

The inability to return quickly to baseline following a cardiovascular activity, could therefore be an additional risk factor for cardiovascular disease. This is what we call autonomic inflexibility that we mostly find in people with generalized anxiety disorders. These people have lower heart rate variability.

In addition to being able to return to physiological baseline, it is also very important to return to the affective and cognitive baseline following stress. So the patient's condition doesn't end when healing it physiologically, because after he leaves the hospital, on a cognitive level he will still suffer stress from the condition. So, people who suffer cardiovascular condition have a prolonged cognitive activation, there is an emotional response and a cognitive response to perceived threats. There is a concept that is very present with these people, which is rumination, meaning that the person replays the events, worries about it, and tells the event to people with his emotional status. So it is best, for the patients that cannot adapt to the event or condition that they suffered, to be sent to psychologists or therapists, because they give them cognitive behavioral therapy and try to ease out the process of accepting the medical situation.

Depression and ischemic heart disease are the leading sources for burden worldwide. Persons with heart disease are more likely to experience depressive illness and comorbid depression is associated with a twofold greater increased risk for all-cause mortality cardiovascular mortality and new cardiovascular events. Depression is about 3 times more common in patients after an acute myocardial infarction (AMI) than in the general community. Assessments conducted in the hospital indicate that 15% to 20% of patients with MI meet DSM criteria for major depression (duration since admission, no assessment of functional impairment), and an even greater proportion show an elevated level of depressive symptoms. Prevalence estimates in patients hospitalized for unstable angina, bypass surgery and valve surgery are similar to those in patients with AMI, with slightly higher levels reported in patients with heart failure.

So where is the link between depression and heart disease?

Multiple comorbidity mechanisms, biological and behavioral, have been proposed to explain the association between depression and heart disease. Although the specific behavioral and biological processes remain unclear, the alteration of these processes is associated with depressive symptoms consistently in a direction that increases cardiovascular risk.

Although not always consistent, several studies in depressed patients with cardiovascular diseases have reported reduced heart rate variability, an evidence of the HPA axis dysfunction, and increased plasma platelet factor 4 (enhanced platelet activation, impaired vascular function and elevation in the param-

eters of inflammation. Moreover, chronic disease, such as cardiovascular diseases, leads to depression and anxiety through a restriction of activities, a fear of impending mortality and other consequences of debilitating disease. However depressive symptoms have also been found to predict CAD in cohorts not initially presenting with cardiac symptoms. So the behavioral link is also very important. Sometimes patients don't take their medication, because they're depressed or maybe bored due to the chronic condition. If we ask them to exercise or see a dietitian, they may not. So all of these elements are associated with depression and heart failure and coronary artery disease.

Most studies have examined the link between increasing depression severity and cardiac events, and have shown a dose-response relationship, with more severe depression associated with earlier and more severe cardiac events. Depression doubles the risk of having other coronary events.

This shows that we should work with psychologists and psychiatrists with cardiac patients, because this link is very severe.

The American Heart Association made mandatory in 2008 a routine screening for depression. Unfortunately, it is not being applied, but the guidelines are present, saying that the patients must be screened before hospitalization and before being released.

What I am specialized in and passionate about is weakness in heart muscles. It is a very severe case because the link between this condition and depression is the strongest. Depression and heart problems put together are very severe.

The cytokine model of heart failure suggests that inflammation is a factor for heart failure, and that inflammation is also a factor for depression, so it is a link that is already present between the two.

When a heart patient has elevated depression, their morbidity and mortality increases significantly.

If we treat the inflammation, we may treat the depression, but we will definitely treat the heart failure.

I am done, but I want to say a quote that means a lot to me as a nurse. “People take ownership of diseases by saying things like my high blood pressure, my diabetes, my heart disease, my depression. Don't own it, because it does not belong to you.” So we need to teach patients not to be defined by their conditions. I do not say heart failure patients, I say patients with heart failure. So if we teach the patient that the disease does not own them and that they can rid of it we will reach better achievement.

Thank you.

[Traduit de l'anglais]

Ma présentation vient très logiquement après celle du Dr Hussein, parce que nous discutons des mêmes maladies cardiaques. Mais je parlerai davantage de la façon dont ces maladies cardiaques pourraient provoquer une dépression ou une anxiété. Fondamentalement, il existe une forte comorbidité entre les troubles psychiatriques et les maladies cardiovasculaires, et ceux-ci ont reçu plus d'attention dans la littérature scientifique récente. Tout comme le Dr Ismael a dit, auparavant, la corrélation entre les troubles psychologiques et les maladies cardiovasculaires n'était pas présente, ou nous n'y avons pas prêté attention dans notre pratique. Maintenant, nous le faisons, et nous l'incluons dans le diagnostic différentiel.

Les troubles de l’humeur et de l’anxiété en particulier ont été liés à une maladie cardiaque avec des recherches montrant que les personnes souffrant d’anxiété ou de dépression présentent un risque plus élevé de morbidité ou de mortalité cardiaque. Ceux qui ont un niveau d’anxiété plus élevé présentent un risque accru de 3 fois plus de maladies cardiovasculaires mortelles.

Comment les facteurs psychologiques et sociaux influencent-ils la maladie?

D’un point de vue infirmier, j’essaie de regarder le patient d’un angle plus large, en regardant les éléments plus psychosociaux. Les facteurs psychosociaux comme les émotions négatives, la dépression, l’anxiété et le stress perturbent les processus biologiques de base. Le stress crée un manque de contrôle. Et les maladies cardiaques créent également du stress. Nous voyons donc que c’est comme un cycle. En outre, si quelqu’un souffre de dépression, par exemple, il ne prendrait pas son médicament ou ne ferait pas de changements de son mode de vie que l’on lui recommande, ce qui peut également être nuisible pour ce qui est de la maladie cardiaque. Le stress a été lié à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité et est reconnu comme un facteur de risque pour de nombreuses conditions de santé, y compris les maladies cardiovasculaires. En période de stress le stress aigu, un certain nombre de changements cardiovasculaires se produisent, y compris la fréquence cardiaque et la tension artérielle. Selon l’hypothèse de la réactivité, l’activation répétée de la réponse au stress au fil du temps peut entraîner un affaiblissement des artères, une accumulation de plaque et d’autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Théories biologiques du lien Stress/Maladie

La théorie de la faiblesse somatique démontre qu’un système organique faible peut être susceptible d’être perturbé par le stress. Et la théorie de la réaction spécifique suggère que les gens répondent au stress de manière unique, certains des systèmes d’organes présentent une plus grande réactivité que les autres systèmes. Dans ma thèse de doctorat, je me concentre réellement sur la charge allostatique. C’est une situation qui se produit lorsque les facteurs de stress sont aigus ou se produisent à plusieurs reprises, les réponses biologiques au stress (sécrétion de cortisol), peuvent avoir un impact aversif sur le corps. Au fil du temps, la réponse au stress lui-même peut accabler le système. La charge allostatique d’un facteur de stress ou de la surface totale sous la courbe où les niveaux cardiovasculaires sont élevés, y compris non seulement la réponse initiale, mais l’élévation qui persiste après le passage du stress, est plus influente dans le développement de la maladie que l’ampleur de la réponse cardiovasculaire aiguë. Par conséquent, il est important d’examiner non seulement le degré auquel les paramètres cardiovasculaires sont élevés au-dessus de la ligne de base, mais le temps nécessaire pour revenir aux niveaux de référence. L’incapacité de revenir rapidement à la ligne de base suite à une activité cardiovasculaire pourrait donc constituer un facteur de risque supplémentaire pour les maladies cardiovasculaires. C’est ce que nous appelons une inflexibilité autonome que l’on retrouve surtout chez les personnes atteintes de troubles anxieux généralisés. Ces personnes ont une plus faible variabilité du rythme cardiaque. En plus de pouvoir revenir à la base physiologique, il est également très important de revenir à la ligne de base affective et cognitive après le stress. Donc, l’état du patient ne se termine pas quand il le guérit physiologiquement, car après son départ de l’hôpital, il souffrira encore du stress à un niveau cognitif. Ainsi, les personnes souffrant d’un état cardiovasculaire ont une activation cognitive prolongée, une réponse émotionnelle et une réponse cognitive aux menaces perçues. Il y a un concept qui est très présent avec ces personnes, ce qui est une rumination, ce qui signifie que la personne reproduit les événements, les inquiète et raconte

l'événement à des personnes ayant son statut émotionnel. Il est donc préférable pour les patients qui ne peuvent pas s'adapter à l'événement ou à l'état qu'ils ont souffert, d'être envoyés chez des psychologues ou des thérapeutes, car ils leur donnent une thérapie cognitivo-comportementale et tentent de faciliter le processus d'acceptation de la situation médicale.

La dépression et la cardiopathie ischémique sont les principales sources de charge à l'échelle mondiale. Les personnes atteintes de maladies cardiaques sont plus susceptibles de connaître une maladie dépressive et la dépression comorbide est associée à un double risque plus élevé de mortalité tout-à-cause, mortalité cardiovasculaire et nouveaux événements cardiovasculaires. La dépression est environ 3 fois plus fréquente chez les patients après un infarctus aigu du myocarde (IAM) que dans la communauté générale. Les évaluations menées à l'hôpital indiquent que 15% à 20% des patients atteints d'un IM répondent aux critères de la DSM pour la dépression majeure (durée depuis l'admission, absence d'évaluation de l'insuffisance fonctionnelle) et une proportion encore plus grande montrent un taux élevé de symptômes dépressifs. Les estimations de prévalence chez les patients hospitalisés pour angine instable, la chirurgie de dérivation et la chirurgie valvulaire sont similaires à celles chez les patients atteints d'IAM, avec des niveaux légèrement plus élevés rapportés chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Alors, où est le lien entre la dépression et les maladies cardiaques?

Des mécanismes de comorbidité multiples, biologiques et comportementaux, ont été proposés pour expliquer l'association entre la dépression et les maladies cardiaques. Bien que les processus comportementaux et biologiques spécifiques restent incertains, l'altération de ces processus est associée à des symptômes dépressifs systématiquement dans une direction qui augmente le risque cardiovasculaire.

Même si elles ne sont pas toujours cohérentes, plusieurs études chez des patients déprimés souffrant de maladies cardiovasculaires ont signalé une variabilité réduite de la fréquence cardiaque, une preuve du dysfonctionnement de l'axe HPA et une augmentation du facteur plaquettaire plasmatique 4 (activation accrue des plaquettes, insuffisance de la fonction vasculaire et élévation des paramètres de l'inflammation. En outre, les maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, entraînent une dépression et une anxiété par une restriction des activités, une peur de la mortalité imminente et d'autres conséquences d'une maladie débilitante. Cependant, des symptômes dépressifs ont également été révélés pour prédire la CAO chez des cohortes qui ne présentent pas de symptômes cardiaques. Le lien comportemental est également très important. Parfois, les patients ne prennent pas leurs médicaments, car ils sont déprimés ou peut-être ennuyés en raison de leur état chronique. Si nous leur demandons d'exercer ou de voir un diététiste, ils ne le peuvent pas. Tous ces éléments sont donc associés à la dépression et à l'insuffisance cardiaque et à la maladie coronarienne. La plupart des études ont examiné le lien entre la sévérité croissante de la dépression et les événements cardiaques, et ont montré une relation dose-réponse, avec une dépression plus grave associée à des événements cardiaques antérieurs et plus graves. La dépression double le risque d'avoir d'autres événements coronariens. Cela montre que nous devrions travailler avec des psychologues et des psychiatres avec des patients cardiaques, car ce lien est très sévère.

L'American Heart Association a rendu obligatoire en 2008 un dépistage systématique de la dépression. Malheureusement, il n'est pas appliqué, mais les lignes directrices sont présentes, en disant que les patients doivent être dépistés avant l'hospitalisation et avant d'être libérés.

Ce dont je suis spécialisée et passionnée, c'est la faiblesse des muscles cardiaques. C'est un cas très

grave parce que le lien entre cette condition et la dépression est le plus fort. La dépression et les problèmes cardiaques posés sont très sévères. Le modèle de cytokine de l'insuffisance cardiaque suggère que l'inflammation est un facteur d'échec élevé et que l'inflammation est également un facteur d'inflammation, donc c'est un lien déjà présent entre les deux. Lorsqu'un patient cardiaque a une dépression élevée, sa morbidité et sa mortalité augmentent de manière significative. Si nous traitons l'inflammation, nous pouvons traiter la dépression, mais nous traiterons certainement l'insuffisance cardiaque.

J'ai fini, mais je veux dire une citation qui compte beaucoup pour moi en tant qu'infirmière. «Les gens prennent possession des maladies en disant des choses comme mon hypertension artérielle, mon diabète, mes maladies cardiaques, ma dépression. Ne le possédez pas, car cela ne vous appartient pas. » Nous devons donc enseigner aux patients à ne pas être définis par leurs conditions. Donc, si nous enseignons au patient que la maladie ne les possède pas et qu'ils peuvent s'en débarrasser, nous atteindrons une meilleure réussite. Je vous remercie.

[Question du public]

Dr. Kamal Raddaoui

Comorbidity problems are very important, even in psychiatric diseases. But my question is about the iatrogenic effects of psychotropics.

Dr. Angela

If we treat depression we only decrease the risk of heart failure, but we cannot eliminate it. Because it is a vascular disease. Now as we said both have inflammation as a common factor, but there is no study until now that shows that treating depression with antidepressants will decrease the risk of heart failure. But as a nurse, from my observations, people who take treatment for depression have better outcomes for heart failure.

Dr. Faysal El- Kaak

أريد أن أشكر د. مكّي على هذه الدعوة. سوف ننقلكم من مشاكل القلب إلى الأمراض النسائية. من القلب الأعلى إلى القلب الأسفل.

الرسالة التي أريد أن أقولها اليوم هي أن هناك أسباب كهترة غير عضوية وغير باثولوجية للأمراض النسائية. وبالتالي سنكون في المستقبل معنيين أكثر في علاجها ما بين الأطباء النسائيين والأطباء النفسيين.

سوف أتكلّم عن الpsychosomatic pain in gynecology.

سنرى كيف الأسباب الفيسيولوجية والنفسية والإجتماعية تؤثر على المرأة. وهذا ما علمنا الpsychosomatic. وبالتالي نحكي عن حالة حياتية ويومية نعيشها مع بعضنا. وليست حالة مرضية.

في ممارستنا. هي عوارض موجودة تنعكس على أعضاء الجسم. وبالتالي هي عوارض تتعلق بالدورة الشهرية أو الجهاز التناسلي لدى المرأة.

يمكن أن يتخذ ثلاث مراحل. المرحلة الأولى هي معاناة المريضة، وبالتالي، معاناة غير طبيعية للألم قد يكون موجود ومعبّر عنه. المرحلة الثانية هي أن المريضة تحاول التريبط بين الوجد وبين حالة مرضية. أما المرحلة الثالثة، عدم إمكان الحكيم من الرابطة بين العوارض ومرض ملموس بالفحوصات الكلاسيكية.

أما بعلاقة ال-somatization في الألم، تتأثر بالعوامل الجسمانية، والنفسية ول إجتماعية.

أحياناً تكون المرأة مدركة بكل التأثيرات إنما فتختار ألا تتكلم عنها. لأنها تخشى إستهزاء الحكيم من حالتها. وتخشى أيضاً أن تزيط هذه الأمور بغير الصحة النسائية.

ونحاول رابطة هذه العالم أيضاً بال-victimization. في إحدى الدراسات نرى أن ليس هناك علاقة أو زيادة في العوارض الطبية بين الأناس الذين قالوا أن هناك تاريخ من الألم واللذين لم يقولون ذلك.

الأمر الثاني هو ال-cross-organ sensitization. وذلك يبين أن تكرار الألم أو الالتهابات في الدورة الشهرية، يزيد احتمال تحسس أعضاء قريبة لهذا الألم. وذلك لا ينطبق فقط في الطب النسائي.

بالتالي، يمكن أن تحصل ال-somatization في مراحل محددة من حياته المرأة، يمكن أن يكون نتيجة psych endocrine disorders. أو يكون له علاقة بالتهاب في الأعضاء التناسلية.

ثلاث أمثال لحالات يمكن أن يسببها ال-psychosomatic. أول ال-chronic pelvic pain. وهو غير مرتبط بالدورة الشهرية. يمكن أن يدوم ٦ أشهر من غير تفسير واضح. يصيب ٤٪ من النساء، يكلف ٤٠٠ ألف عمليات ناضور. و ٩٠٠ مليون دولار من مصاريف عيادية. كى زيارات للأطباء، من غير أي فائدة. تواجدها نسبة أعلى للإكتئاب أو الضغط. وتبين أن ال-somatization وال-psychological disorders هما عنصراً أساسياً في ال-non-cyclic pelvic disorders.

في أكثر من دراسة تبين أن وجود الإكتئاب أو الضغط النفسي، somatization، العنف الجسدي أو الجنسي، الإدمان على المخدرات، المشاكل العائلية ومشاكل الزواج والمشاكل الجنسية، كلها تزيد من حدة ال-pelvic disorders. تأكيداً على هذا الكلام، هناك ما يسمى ال-idiopathic pelvic pain، يعني أن ليس له أي تفسير واضح وملموس. كما كلنا ٤٠٪ من النساء يتعرضن لل-chronic pelvic pain و-٥٠٪ من هذه المجموعة هم ال-idiopathic.

وبالتالي، نحاول أي نعثر على mood disorder problems أو minor depression. لأن بينت الدراسات أن هناك إزدياد ب-٣ مرات في تلك الحالات. وهنا من المهم الإحالة الكاملة للمعالج النفسي.

المثل الثاني هو ال-penetration disorder. في ال-MSD لم يعد هناك ما نسمح ال-vaginism، أصبح اسمها -genito-pelvic penetration disorder.

هذه الحالة هي reflex action تحصل على عضلات الأعضاء التناسلية الخارجية والداخلية. يمكن أن تكون العوارض تشدد في عضلات المهبل، ألم، شعور بالحرق، يمكن أن تكون أيضاً تدني في الرغبة الجنسية، يمكن أن تكون رفض للعمل الجنسي، أو أيضاً رعب من الألم. يمكن أن يكون ناتج من ال-psychosomatic. من عوامل التروما، العنف، الخوف أو عمل ثقافي. يمكن أن يتسبب ذلك في الخجل، التألم النفسي، الإكتئاب... أما الوسائل التي تعتمد للعلاج، كما ترون هناك دور كبير جداً للعلاج النفسي، إلى جانب العلاج الطبي والعلاج التمريني، أما الجراحي فقليلاً ما نلجأ له.

أما ال-vulvodinia، هي حالة أصعب بعد من التي تكلمنا عنها سابقاً، كل امرأة من أصل ٤ سوف تعانيتها. وهو شعور بالحرق في المشفرين، في الأعضاء التناسلية الخارجية، من غير سبب واضح، يتم تشخيص فقط ٢٪ بطريقة صحيحة. هو عبارة عن ألم يصيب ال-vulva وشعور في الحرق بغياب أي أمر واضح في التشخيص الطبي، ومن غير أي إضطراب

في الجهاز العصبي أو غيره.

الشيء الذي يفسر هو ال- wind-up syndrome أي إزدیاد في نشاط ال dorsal horn في الدماغ. يثير الياف الالم بطريقة غير ضرورية. بحسب ISSV يمكن أن يكون ذلك anatomical أو situational. يعني أن ألم يأتي عند اللمس أو حتى في التخيل. ويتبين عند النساء اللواتي تعاني هذه الحالة. ضغط شديد. somatization disorder. الإكتئاب و- hypochondriac symptoms.

في العلاج. تبين أن ال- psychosomatic treatment. عندما يطبق بطريقة صحيحة. ولدى ٥٣ نساء. علاج نفسي و- physiotherapy على مدة ١٠ اسابيع. النتائج كانت مشجعة جداً. أولاً أصبح هناك ألم أقل. اصبحنا يأخذن الدواء أقل. أصبح هناك إستعمال أكبر للخدمات الصحية. وأصبح هناك قدرة أكبر على العمل. خيراً أريد أن أقول أن أصبح هناك فهم أكبر وتعاطي أجود مع ال- psychosomatization. يجب أن يطبق comprehen- sive clinical interview. أي أن نرى المرأة من كل النواحي. ويجب أن تشرك المرأة في العلاج. ومقاربة تشرك كافة الاختصاصيين. شكراً.

[Traduit de l'arabe]

Je veux remercier D. Makke de m'avoir invité. Je vais parler des maladies féminines. Nous passons du cœur supérieur au cœur inférieur. Le message que je veux faire parvenir aujourd'hui est qu'il y a des causes non organiques et non biologiques des maladies féminines, et donc dans le futur nous allons nous pencher plus sur leur traitement entre gynécologues et psychothérapeutes. Je vais parler de la douleur psychosomatique en gynécologie.

Nous allons voir comment les facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux affectent la femme. Dans notre pratique, ce sont des symptômes présents dans les membres, donc des symptômes liés aux règles et à l'organe génital féminin. Ceci peut se présenter en trois stades. Le premier stade est une douleur pathologique. La deuxième phase est que la patiente essaie de faire le lien entre sa douleur et une pathologie, et la dernière phase est que le médecin échoue à faire le lien entre les symptômes et une pathologie selon les tests traditionnels. Pour ce qui est de la somatisation de la douleur, les facteurs organiques, psychologiques et sociaux sont touchés. Parfois la femme est consciente de tout cela mais préfère ne rien dire, parce qu'elle craint de se faire moquer par le médecin, mais elle a aussi peur que ces choses soient liées à d'autres choses non-féminines. Nous essayons aussi de lier cela à la victimisation. Le deuxième élément et la sensibilisation organique, qui montre que la récurrence des douleurs ou infections des règles rend les organes voisins plus vulnérables à la douleur. Ceci n'est pas valable qu'en gynécologie. Donc la somatisation peut survenir à différents moments de la vie de la femme, et peut être le résultat de troubles endocrino-psychologiques.

Trois exemples de cas résultant du psychosomatique. Le premier est la douleur pelvienne chronique. Elle n'est pas liée aux règles, et peut durer 6 mois sans explication claire. 40% des femmes sont atteintes, et cela forme 900 millions de dollars en dépenses cliniques, en vain. Ceci est accompagné d'un haut taux de dépression ou de stress. Il s'avère que la somatisation et les troubles psychologiques sont des facteurs principaux des troubles pelviens non-cycliques. Plus d'une étude montre que la dépression, la somatisation, l'abus physique ou sexuel, la toxicomanie et les problèmes de famille et de couple augmentent la sévérité des troubles pelviens. Donc nous essayons de trouver les problèmes d'humeur et de dépression

mineure parce que selon les études le taux est triplé dans ces cas-là. Il est donc important de renvoyer la patiente au psychothérapeute.

Le deuxième exemple est le trouble de pénétration. Dans le DSM il n’y a plus ce que l’on appelait le vaginisme, c’est désormais le trouble de pénétration genito-pelvien. Ceci est un cas d’action de reflex qui survient dans les muscles internes et externes de l’organe génital. Les symptômes peuvent être des contractions des muscles vaginaux, la douleur, l’irritation, manque de désir sexuel ou peur de la douleur. Ceci peut résulter du psychosomatique et du trauma, de la violence, ou d’un fait culturel. Ceci peut induire la honte, la douleur psychique, la dépression... Quant aux moyens de traitement, comme vous voyez une grande partie se base sur la psychothérapie, ensuite nous avons le recours médical, physiothérapie, et rarement la chirurgie.

Quand a la vulvodynie, elle est la condition la plus difficile. Une femme sur 4 souffre de cette condition. C’est un sentiment de brûlure entre les lèvres dans l’organe génital externe, et sans raisons claires. Seule 2% des femmes sont correctement diagnostiquées. C’est une douleur qui touche la vulve sans aucune justification médicale ou trouble du système nerveux. Ce qui peut expliquer cela est une augmentation de l’activité de la corne dorsale dans le cerveau, qui stimule les tissus de la douleur de manière inutile. Selon ISSV, cela peut être anatomique ou situationnel, c’est-à-dire lors du toucher ou même de l’imagination. Les femmes qui souffrent de cette condition présentent une forte pression, trouble de somatisation et symptômes hypochondriaques.

Le traitement psychosomatique, appliqué correctement sur 53 femmes pendant 10 jours, accompagné d’une physiothérapie et psychothérapie, montre des résultats très satisfaisants. D’abord la douleur diminuait, ensuite elles prenaient moins de médicaments, et recouraient plus aux services médicaux.

Dernièrement, je veux dire qu’aujourd’hui il existe une meilleure interaction avec la psycho somatisation, et cela doit s’appliquer par des entrevues cliniques compréhensives, c’est-à-dire qu’il faut voir la femme de tous ces angles et l’engager dans le traitement, et il faut une approche qui inclut toutes les spécialisations.

Merci.

Dr. Sleiman Jari

[Thème: La problématique de l’anorgasmie de la femme].

N.B: cette intervention fut uniformisée en français.

Avant de commencer, je vais demander combien de types d’orgasmes existent chez la femme ? Combien vous pensez ? En effet, c’est un sujet très difficile et controversé. Nous parlons beaucoup aujourd’hui d’orgasme clitoridien, dans la région du clitoris chez la femme. Toutefois, il y a eu beaucoup de débats à ce sujet, depuis Masters et Tordjman, chacun avait sa propre idée sur ce sujet. Certains pensent que l’orgasme est clitoridien, d’autres pensent qu’il est vaginal, et d’autres encore disent qu’il est mixte. Toute cette confusion provient d’une autre, relative à l’anatomie fonctionnelle des organes génitaux féminins. On ne connaissait pas bien les organes qui fonctionnaient lors de l’orgasme chez la femme. Ceci a pour cause le tabou. Il était fort difficile d’entreprendre des évaluations sur les femmes, de plus qu’il est tout autant difficile de poser certaines questions aux femmes en raison de l’intimité que cela implique. La confusion va plus loin même, au point de se poser la question autour de l’existence de l’éjaculation chez la

femme. Qu'en pensez-vous ? Ça existe, c'est très bien. Mais vous allez être surpris, car l'éjaculation provient d'une région que l'on appelle la prostate de la femme. Tout cela nous amena à ne pas savoir comment fonctionne l'orgasme chez la femme. Mais avec les études récentes et actuelles, nous commençons à en savoir plus.

L'anorgasmie est une condition chez la femme, où la femme est incapable d'atteindre l'orgasme durant un rapport complet. Par rapport complet on entend la pénétration, il ne s'agit pas de masturbation externe. Nous avons plusieurs classifications de l'anorgasmie. Elle peut être totale, c'est-à-dire qu'elle touche le clitoris et le vagin. Elle peut être partielle, touchant l'un des deux. Elle peut être primaire ou secondaire, organique ou psychogène.

Si nous parlons de la physiologie de l'anorgasmie, il y a deux déterminants. La source est soit un problème organique, soit un problème psychogène. C'est pour cela qu'on affirme que ce sujet entre dans la psychosomatique. La multiplicité des éléments physiologiques et physiopathologiques qui entourent l'anorgasmie implique des problématiques complexes. La plus importante est la problématique de la fonction sexuelle de la femme, ensuite la problématique orgasmique, la problématique de la pathogénie, la problématique clinique et enfin la problématique thérapeutique.

Commençons par la problématique de la fonction sexuelle, comment elle doit être. Il faut que la femme connaisse sa fonction sexuelle. Il faut aussi que l'homme sache la sienne, pour qu'il y ait une harmonie dans le couple, donc la fonction sexuelle conjugale. Si nous nous penchons sur la femme, et sa fonction sexuelle. Selon notre société machiste, nous voyons la femme telle une machine fertile pour procréer, ou bien tel un jouet érotique pour faire plaisir à l'homme. Ces deux éléments que la femme vit, et la fonction qu'elle vit, lui enlève toute son aptitude sexuelle. Afin de réussir sa vie sexuelle, toute femme doit connaître sa fonction sexuelle, et la prendre comme point de départ. Ceci est essentiel. Chez l'homme, la fonction sexuelle comporte deux éléments. D'assurer son orgasme, et d'aider la femme pour arriver à son orgasme. Ceci lui donne la responsabilité d'avoir un comportement affectif sécurisant pour la femme, ainsi que de savoir faire les mouvements coïtaux internes efficaces à l'excitation des zones érogènes vaginales. Il doit donc y avoir une coopération entre les deux.

Quant à l'harmonie sexuelle dans le couple, elle se fonde sur l'amour mutuel, l'attraction sexuelle, l'admiration, le bon échange affectif ainsi que la complicité sexuelle.

Poutine n'est pas seul à avoir des fusées, les femmes aussi en a. Ici nous voyons la fusée sexuelle. Elle est composée de trois niveaux, comme vous voyez ici. Quelle est sa fonction ? Si nous ne stimulons pas tous les niveaux de cette fusée, on ne peut pas atteindre un orgasme satisfaisant, un vrai orgasme. On va voir qu'il y a des faux orgasmes. Nous voyons, sur le niveau inférieur, les niveaux sympathiques et parasympathiques. Ce niveau-là créer une congestion de sang lors du besoin, et provoque aussi la lubrification chez la femme. Le deuxième niveau est très important, il est ce qu'on appelle le cerveau archaïque. Il est responsable des fantasmes, de l'imaginaire, qui peuvent donner des fonctions dans cette région, et ainsi sécréter des neurotransmetteurs qui augmentent le plaisir sexuel et le désir. Quant au niveau supérieur, il est très important. Il se nomme le néo-encéphale, il comporte les mémoires de l'enfance, qui peuvent être négatives ou positive. Et selon la qualité de ces mémoires, la personne pourrait avoir une fiabilité aux autres, ou une crainte des autres dans le cas contraire. Si une femme a souffert un abus sexuel à un moment donné par exemple, et plus tard devient anorgasmique. L'abus sexuel provoque une mémorisation négative et donc une insécurité et peur envers les hommes.

Par exemple si nous effectuons un attouchement au niveau du clitoris, il se peut qu’il y ait congestion, et certaines femmes vont sentir un picotement, mais sans éducation sexuelle et avec la présence de trouble sexuel, elles penseront que c’est un orgasme, sans savoir si elles sont anorgasmiques ou non. Pour atteindre un vrai orgasme il faut qu’il y ait d’autres facteurs, dont le fantasme et l’imagination. Si ces deux éléments ne se trouvent pas, le cerveau archaïque ne peut être stimulé, et donc sécréter les hormones et neurotransmetteurs responsables du plaisir.

La deuxième problématique, la problématique orgasmique. Il y a beaucoup de controverses sur l’orgasme, de part ses types et sa localisation. Nous pouvons dire qu’on a un orgasme clitoridien, externe au niveau du clitoris, et un orgasme vaginal, interne ou profond. Les différences entre les deux orgasmes incluent le lieu, donc l’accès, la sensibilité et la reproductibilité de l’orgasme. De plus, les différences se trouvent aussi dans la personnalité, c’est-à-dire l’érotisation, le fantasme, la satisfaction et la consolidation de l’identité.

Dans l’externe, l’accès est plus facile, la focalisation sur le clitoris est plus facile et prend moins de temps à atteindre. Quant à l’orgasme interne, il est moins facile à accéder, demande plus de temps, et a plus de nécessités. C’est-à-dire qu’il faut qu’il y ait l’abandon de la femme, qu’elle entre dans un état d’acceptation. La plaque tournante de tout orgasme chez la femme c’est de lâcher prise. Les mouvements coïtaux sont également très importants de point de vue technique.

Les expressions de l’orgasme externe sont des contractions régulières involontaires au niveau de la plate-forme vaginale, l’orgasme est rapide et ponctuel. Dans l’interne, les contractions utérines sont plus profondes, il est plus tardif. L’éjaculation ne peut avoir lieu que suite à un orgasme vaginal interne. Il est accompagné par une très bonne satisfaction mais ne peut s’accomplir que par le lâcher-prise.

Pour ce qui est de la reproductibilité, dans l’externe la sensation est déplaisante et agaçante et douloureuse, et provoque un état réfractaire. Quant à l’interne, ceci se produit par la stimulation du fascia de Hablan.

Même Freud parla de ce sujet, mais le lia à la personnalité de la femme. Selon lui, les femmes clitoridiennes ont une personnalité féminine plutôt affective, proche de l’infantile, et pas encore mure sexuellement. Quant aux femmes à orgasme vaginal, selon lui, elles ont une personnalité féminine mure d’un point de vue sexuel et relationnel.

L’érotisation est très importante. Les femmes clitoridiennes craignent le plaisir et l’agressivité de l’homme et ne font pas le lâcher-prise. Quant à l’orgasme interne, elles érotisent l’agressivité de l’homme, et ont un grand intérêt au phallus et lâchent prise. Pour la consolidation de l’identification, chez la femme clitoridienne c’est une consolidation de l’identification personnelle, alors que pour la femme vaginale c’est une consolidation de l’identification féminine.

La satisfaction dans l’orgasme externe est une satisfaction affective est superficielle, elle est aussi affective pour l’orgasme interne mais est beaucoup plus sexuelle aussi.

La pathogénie de l’anorgasmie est divisée sur trois plans. Le premier, celui de l’enfance, est affecté par l’éducation, le rôle du père, le rôle de la mère, et les abus sexuels s’il y en a eu. Il y a également les facteurs socio-culturels en deuxième plan, et le climat conjugal en troisième lieu. Les composantes psychogènes de l’anorgasmie incluent des troubles de la maturité sexuelle, un problème de la gestion affective, un problème de l’image corporelle, un manque de fantasmes, ou des fantasmes perturbés.

Nous avons un problème au niveau clinique, beaucoup de femmes ne savent pas qu’elles sont anorgasmiques. Pourtant l’anorgasmie est très fréquente, nous avons vu 80 cas en 2014 seulement. Ceci est dû à un manque d’éducation sexuelle, d’une volonté de négliger, et les controverses du milieu médical et de la société sur l’orgasme. Selon les statistiques, seulement 30% des femmes anorgasmiques consultent, et 60% sont découvertes lors de consultations pour d’autres motifs.

De plus, le couple, lors des 3 premières années d’actes sexuels conjugaux, seulement 10% des femmes atteignent l’orgasme vaginal. Mais, plus tard, le pourcentage augmente. Parmi les femmes diagnostiquées anorgasmiques, seulement 50-60% acceptent d’être traitées. Il y aussi une grande problématiques autour du traitement. Il y a beaucoup de méthodes de traitements, mais elles sont subjectives. Si la femme ne coopère pas, il est difficile de modifier la situation, c’est ainsi aussi si le mari de la femme n’est pas éduqué, et ne coopère pas. Les femmes doivent être d’un certain niveau intellectuel et d’avoir la bonne volonté lors du traitement pour pouvoir accepter cette subjectivité.

En conclusion, un conseil à toutes les femmes, si la caresse est un acte, se laisser caresser est un art. Le plus important c’est l’abandon, ne pas être vigilante et lâcher le control, être disponible aux fantasmes et au désir. Et surtout, le visa du fantasme vaginal c’est le lâcher-prise.

[Question du public]

Docteur si vous pouvez donner un aperçu bref du traitement

Dr. Jari

Nous avons parlé de la problématique psychosomatique de l’anorgasmie, et non pas du traitement. Le traitement est très vaste, et comprend beaucoup d’éléments importants selon les causes. Sur la série de nos 80 patientes, nous avons trouvé 75% de réussite. Le pourcentage restant ne répondait pas bien au traitement vu leurs contextes culturels et niveaux d’éducatons. Mais il faut apprendre à la femme à atteindre son orgasme, qu’elle soit consciente de sa physiologie, ainsi que la suivre en sexothérapie.

Dr. Mazen Kurban

في الحقيقة أنا قررت الأتكلّم عن الجزء التجميلي من طب الجلد. سوف أتكلّم عن الناحية الأخلاقية.

فما هي الأخلاق أولاً، يجب أولاً التفرقة بين الأخلاق والقانون. عادةً تستمد الأشخاص الصح من الخطأ من مرجعيات روحية أو دينية. أو حضارية أو بيئية أو حتى شخصية. يجب دمج الأخلاقيات والقانون في الأمور الطبية. يمكن أن تكون أمور أخلاقية طبيّاً وغير قانونية، أو يمكن أن يحدد قانون أخلاق لأمر معين قد لا يتناسب مع الحالة ذاتها.

مثلاً، القانون لا يمنعي كحكيم جلد أن أجري تجميل أو قسطرة على شخص. أما أخلاقياً فذلك لا يجوز. فهناك الكثير من الحكمة يطبقون إجراءات تجميلية ويرتكبون أخطاء كثيرة ومضرة. لماذا اخترنا الطب التجميلي؟ أولاً لأنه الطب الأسرع نمواً والأكثر إنتشاراً اليوم. كما أن الاجراءت غير الجراحية تتطور جداً اليوم. في أمريكا في ٢٠١٠, صرف ١٠,٧ مليار دولار على الاجراءت التجميلية. أي ثلث دين لبنان. والأمر الهام الأخر هو أن ٧٠٪ من أطباء الجلد هم أطباء تجميل. بصورة كلية. يعني لا يتعاملون مع الأمور الطبية. وذلك شيء خطير جداً.

هل يمكن لطبيب الجلد أن يختار من يعالج؟ ال-AAD حدد أن يمكن لطبيب الجلد أن يختار من يعالج وما يعالج. يمكن أن يرفض بعد الحالات. أما هل هذا أمر أخلاقي؟ فماذا نفعل إذا في المستقبل لا يعالج أحد الأمور الطبية ولا ينحني أحد إلا على الأمور التجميلية؟

فعندما نرى القيم. نرى ال-autonomy أي حق المريض لرفض أو إختيار العلاج. نرى أيضاً ال-beneficence. أي خدمة المريض أولاً. ثم ال-nonmaleficience. أي عدم إلحاق الضرر.

في ال-autonomy. يجب أن يكون المريض مدرك بما يطلبه من الحكيم أو على الحكيم أيضاً شرح كل الإحتمالات وتفسير كافة الأمور للمريض. اليوم نرى أشخاص تذهب إلى الأطباء لكي تغير شكلها لتشبه مشاهير. لأن هذه هي صورة الجمال التي يبيعها الإعلام. واليوم نرى أيضاً مصارف تعطي تسليفات للأشخاص الذين يبغوا إجراء عمليات تجميل. في معظم الأحيان لا تتجانس التوقعات مع الأمور الحقيقية.

ال-beneficence كما قلنا. يجب على طبيب العمل لمصلحة المريض وليس بغاية المال. يمكن أن يقترح الطبيب اجراءت أخرى مثلاً قد تكون مفيدة أكثر للمريض. أحياناً يصر المريض على ما يبغيه. في هذا الوضع يمكن احالته إلى طبيب آخر. لذلك نذكر أن لا يجب أن يضر الطبيب المريض. وأن يضع اصلاحات الطبيب قبل كل شيء.

هناك أشخاص مثلاً لا يعلمون أن البوتوكس لا يحسن شيء لدى الأشخاص التي اعمارهم فوق ال-٥٦, لأن عضلات الوجه مختلفة في هذا العمر. أنا أكيد أن الكثير من هؤلاء الأشخاص يفعلونها. مع انها ليست FDA- Approved.

فيجب التعامل مع المريض بشفافية. ويجب أيضاً التعامل معه كمريض ككل. أي يجب أن نستفسر حول سبابا لجوء هذا الشخص إلى التجميل. امرار يخرج شخص من علاقة عاطفية. أو من مشاكل عمل. ويظنون أن هذه العمليات ستحقق لهم التقدير الذاتي. وهذا شيء سيئ لأن في معظم الأوقات لا تنتج هذه العمليات أي تغيير على هذا الصعيد. وهنا نفكر في الأشخاص التي تعاني body dysmorphic disorder. وهي أشخاص ترى الأشياء الخفيفة أو البسيطة لديهم أشياء كبيرة أو ضخمة مثلاً. وهذه مشكلة مهمة. ٢٪ من الشعب يعاني ذلك. وهم حوالي ١٥٪ من الأشخاص الذين يلجؤون إلى الإجراءات التجميلية. في هذا الحل. من الأفضل إحليتهم إلى معالج نفسي. لأن هذا المشكل ليس خارجي بل داخلي. إحدى الحالات الهامة جداً لنا. هي الميلانوما وهي من أسوأ السرطانات التي يمكن أن تصيب ال-nasni. هي ربع أكثر مرض خبيث ميت. مع أن يمكن رؤيته على الجلد وقت نموه. في ال-٢٠١٠, أصبح خطره ١/٢٥ شخص. بينما من ثمانون عام كان الخطر ١/١٥٠٠. ذلك يعني أنه إزداد ثلاثون أضعف. وذلك لأن اصبحنا نبيع أمور غير صحية للإنسان بغاية الجمال. مثل ال-solarium للإسمرار وغيرها من الأمور. فهذه المسؤولية تترتب على المريض والطبيب. فيجب على المريض أن يتوق

في الشمس. ويجب على الشباب أن يتنبه لهذه الأمور وألا يأخذها بإستخفاف.

الأهم هو تطبيق القوانين مع الأخلاقيات. وألا نطبق إجراءات نحن لا نعملها بالعادة. وإحالة المريض إلى طبيب آخر في هذه الحالة.

وشكراً

[Traduit de l'arabe]

J'ai voulu parler de la partie esthétique de la dermatologie. Je vais parler d'un point de vue éthique.

Tout d'abord, qu'est-ce que l'éthique ? Il est nécessaire de séparer éthique et loi. En général, les gens apprennent le bien du mal des autorités religieuses, spirituelles, culturelles ou environnementales. Il faut intégrer l'éthique et la loi dans les affaires médicales. Une chose peut être éthique en médecine, sans pour autant être légale, tout comme la loi peut définir certaines règles éthiques pour un sujet, qui peuvent ne pas être convenables. Par exemple, la loi ne m'interdit pas en tant que médecin de faire une opération de cathéter sur un patient. Mais éthiquement c'est inadmissible. Il y a beaucoup de médecins qui font des opérations esthétiques et qui commettent des erreurs graves. Pourquoi avons-nous choisi la médecine esthétique ? D'abord parce que c'est la branche de la médecine qui progresse le plus rapidement et qui se propage le plus dans le monde. Par ailleurs, les opérations non-invasives connaissent un énorme développement. Aux Etats-Unis en 2010, 10.7 milliards de dollars ont été dépensés sur les opérations esthétiques, soit le tiers de la dette du Liban. L'autre idée importante est que 70% des dermatologues sont totalement chirurgiens esthétiques, c'est-à-dire qu'ils ne traitent pas des cas médicaux. Ceci est vraiment dangereux.

Est-ce que le dermatologue peut choisir qui traiter ? Selon la AAD, oui, le dermatologue peut choisir qui traiter et quels cas traiter. Il peut refuser certains cas. Est-ce éthique ? Qu'allons-nous faire dans le futur quand personne traite les cas médicaux et qu'on ne se penche que sur les cas esthétiques ?

Quand nous regardons les valeurs, nous voyons d'abord l'autonomie, soit le droit du patient à choisir son traitement, nous voyons aussi la bienfaisance, soit que le service du patient est prioritaire, ensuite nous avons la non-malfaisance, soit de ne pas nuire.

Pour ce qui est de l'autonomie, il faut que le patient soit conscient de ce qu'il demande du médecin, et le médecin aussi doit expliquer au patient les différentes options et tout ce qui s'ensuit. Aujourd'hui on voit des personnes aller chez le médecin pour se transformer complètement et ressembler aux personnes célèbres. Parce que c'est ça l'image de la beauté que vendent les medias. On voit aussi des banques qui octroient des prêts pour les personnes désirants de faire des opérations esthétiques. Très souvent, les résultats ne correspondent pas aux attentes.

Pour la bienfaisance, il faut que le médecin agisse dans le meilleur intérêt du patient et non pas pour ses propres intérêts matériels. Le médecin peut proposer des alternatives qui seraient plus bénéfiques au patient. Parfois le patient insiste sur ce qu’il veut, dans ce cas-là on peut le renvoyer à un autre médecin.

Par exemple il y a des personnes qui ne savent pas que le botox n’a pas d’effet sur les personnes âgées de plus de 65 ans, parce que les muscles du visage diffèrent à cet âge. Et je suis sûre que beaucoup de personnes le font quand même, bien que ce ne soit pas certifié par la FDA.

Il faut traiter le patient avec transparence, et de le traiter en tant que patient. C’est-à-dire qu’il faut se renseigner sur toutes les raisons pour lesquelles cette personne veut avoir recours à l’esthétique. Parfois, la personne sort d’une relation ou de problèmes au travail, et pense que les chirurgies esthétiques vont lui donner de la confiance en soi. Et c’est vraiment mauvais, parce que la plupart du temps, ces opérations ne font aucun changement à ce niveau. Ici nous pensons aux personnes souffrant de trouble de dysmorphie du corps, ce sont les personnes qui voient leurs petits et simples défauts comme étant graves et horribles. 2% de la population souffre de cela, et 15% d’entre eux environs ont recours aux opérations esthétiques. Dans ce cas-là, il vaut mieux renvoyer la personne vers à un psychothérapeute, parce que le problème n’est pas externe mais interne. L’un des cas vraiment importants est le mélanome, et c’est l’un des pires cancers qui peuvent affliger l’être humain. C’est la quatrième maladie la plus maligne et la plus morbide, et il est possible de voir sa progression sur la peau. En 2010, le risque est devenu 1 personne sur 52, alors qu’il y a quatre-vingt ans le risque était de 1 sur 1500. Cela signifie que le risque a été multiplié par trente. Cela est le résultat des produits de beauté malsains vendus à l’humain, comme le solarium et d’autres. C’est une responsabilité qui se rapporte au médecin comme au patient, le patient doit se protéger du soleil, et les jeunes doivent faire attention à ces choses-là et ne pas les prendre à la légère.

Le plus important est d’appliquer les lois avec les règles éthiques, et nous, médecins, ne devons pas faire de procédures que nous ne faisons pas d’habitude, mais plutôt renvoyer le patient à un autre médecin.

Merci.

Dr. Abbas Makke

Mot de clôture.

أريد أن أقول أولاً أن الأهداف التي وضعناها للمؤتمر. وهذه لحظة التحقق. ووضعنا أهداف ومحاوِر. وأرى أن مع مداخلة الدكتور قريان قد حققنا نسبة كبيرة من الأهداف كبدائية. ومثلما يقول بعض الساسة. إلى أين؟ أريد أن أشير أن المؤتمر عقد في رحاب المجلس العالمي للعلاج النفسي. ومذمة دولية عديدة. شكرتها ببداية المؤتمر. وأريد أن أقول في وجود صديقي العزيز د. كمال رضوي. مثل المغرب العربي. وأنا بصفتي مثل المشرق العربي. أن الأهداف القديمة ستكون. إذا تكلفونني. هو تأسيس لجنة تعنى بمتابعة هذه الأهداف التي شاركتكم فيها في محاضرتكم أو في حضوركم. في إطار تبين أو غيره. لجنة المتابعة ستكون متابعة لتحقيق أكبر للأهداف. لنصل في شكل من الأشكال لبحث وليس فقط تنفيذ مؤتمرات. وسنتابع الإتصالات مباشرةً بعض المؤتمر. ليكون هذا المؤتمر بداية لمؤتمرات أخرى.

والنقطة الثالثة التي أريد أن أقولها هي أن أعمال هذا المؤتمر سوف تتحول إلى مكتبة إلكترونية. وإلى مكتبة ورقية. وكان المؤتمر في مدخلاته وفي الأذان التي كانت تستمع وتساءل. شكل مجال ولجنة علمية متنقلة.

كانت محاولة ناجحة. على أن ال-psychotherapeute أو الذين يتدربون ليصبحون psychotherapeutes. اصبحوا معالجين حقيقيين وليس منتحلي صفة. على أساس أن ال-therapeute بحاجة إلى إنضباط وتدقيق في الملاحظة والتشخيص. ولا يمكن إجراء تشخيص من غير أن نعلم في ال-psychopathologie. وكما رأينا في المؤتمر. كان كله حول ال-psychopathologie. ولا يمكن أن نكون معالجين نفسيين من غير النعمل ال-memoire في الجامعة والتدريب من حيث المعلومة. ومن غير التدريب مع منظمة. في لبنان وفرنسا لا يسمح لنا ب-ordre بل فقط ب-syndicat. لأن لا نصغي ولا نشخص بحسب ما التفكير. وعلينا النبرهن ذلك. د. الكعك ود. سليمان ود. قريان عمل مجهود كبير جداً للتقريب ما بيننا وشرح لنا كيف يشخصوا. نحن مجبرين أن نقرب نحوهم. وأن نستحي أن نقول أن نحن therapeute إذا لم نكون مؤمنين بإنتمأتنة أول بالإستماع والتشخيص. وضبط النفس. ولا يمكن أن تكون ال-psychotherapie إذا ما كان اصحابها يعلمون بالابحث العلمية المعاصرة. لذلك كان في هذا المؤتمر حشاد هائل من الأطباء عمل مداخلات على قدر ٠٦ مداخلة. وذلك مكسب كبير جداً.

وأقول. واسمح أن أوجه كلامي لتبيين. سواء متدربين أو متخرجين. أشكركم. وأشكر كل ال-psychotherapeutes في هذا المؤتمر. أطباء كانوا أو لا. لأنهم أغنونا. أنا شخصياً تعلمت الخثير في هذه الأيام. وأشكر المنظمات التي اعطتنا ال-logo وتعاونت معني. وأشكر بشكل خاص أبعاد لأنهم ساعدونا فعلياً. مساهمة فعلياً. وال-IMC التي ساعدتنا أيضاً مساهمة فعلية. والمجلس الوطني للبحوث العلمية الذي ساعد قدر الإمكان وحسب قناعته بمساهمة متواضعة. شركة من شركات الأدوية التي ساعدتنا بشكل خجول.

اشكر الذين كانوا في Infomed. كهيئة تنظيمية وعلى رأسها السيدة ماري معلوف. والذي كانوا معني في ساعة المحنة.

اشكر كل من وقف على ال-stand وساعدنا بشكل أو بآخر في هذا المؤتمر.

أريد أن أقول في الأخير. أن نحن. سيدتي سادتي. نعمل في إطار النموذج. analytico-systemique ال-analytique- قريب من الطب. وال-sytemique مليء بالأطباء. فهذه اللغة التي نعتمدها. أي لغة ال-psychologie مع لغة ال-medicine.

أشكركم جميعاً واطلب منكن. إذا شئتم. اعطائي تفويض في الإتصالات مع زملائي. للجنة المتابعة. وامننى لهذا البلد أن ينعم بالهدوء. لأن برغم كل ما يحصل. تمكنا من إستقبال ضيوف كرام من مشارق الأرض ومغاربها.

وشكراً.

[Traduit de l'arabe]

Je veux dire tout d'abord que les objectifs de ce congrès furent atteints largement. Et comme certains politiciens le disent « où allons-nous ? » ? Je veux souligner que ce congrès eut lieu sous les auspices du conseil mondial de la psychothérapie. Et en la présence de mon ami Dr. Kamal Raddaoui, représentant le Maghreb, et moi représentant du Levant, je veux dire que les anciens objectifs seront constitutifs de d'un comité de suivi des objectifs dont vous avez fait part avec vos interventions et présence. Le comité de suivi aura pour but d'accomplir un plus grand nombre d'objectifs.

Ensuite, je veux dire que les travaux de ce congrès seront transformés en bibliothèque électronique. Et ce congrès était un comité et un espace scientifique par les interventions et les oreilles qui écoutaient.

Ce fut une tentative réussie, à savoir que le psychothérapeute, pour être psychothérapeute, doit faire preuve de discipline et de précision lors du diagnostic. Et nous ne pouvons pas diagnostiquer sans connaître la psychopathologie. Comme nous avons vu, ce congrès portait complètement sur la psychopathologie. On ne peut être psychothérapeute sans faire de mémoire à l'université et des formations d'informations, autres les formations auprès d'organisation. Ni au Liban ni en France sommes-nous capables d'établir un ordre, seulement un syndicat. Parce qu'on n'écoute pas l'autre selon la conception générale, et il faut prouver le contraire. Dr. Kaak et Dr. Suleiman ont fait un énorme effort pour venir vers nous et pour nous expliquer comment ils diagnostiquent. Nous sommes obligés d'aller vers eux. Si nous ne croyons pas à l'importance de l'écoute et du diagnostic et de la discipline, nous ne pouvons pas nous nommer psychothérapeutes. Et la psychothérapie ne peut être sans que les thérapeutes mènent des recherches scientifiques et nouvelles. Et ce congrès était riche et abondant en médecins, 60 interventions de médecins en tout, c'est une énorme valeur ajoutée.

Je me permets de m'adresser aux étudiants de Tabyeen, en cours de formation ou diplômés, et de remercier tous les psychothérapeutes de ce congrès, médecins soient-ils ou non, parce qu'ils ont enrichi nos connaissances. J'ai personnellement beaucoup appris durant ces derniers jours. Je remercie les organisations qui nous ont prêté leur logo et qui se sont collaborées avec nous. Je remercie spécialement ABAAD dont l'aide était véritable, l'IMC qui a également beaucoup contribué, le conseil national des recherches scientifiques, et une entreprise pharmacologique.

Je remercie Infomed, en tant que comité d'organisation et à sa tête madame Marie Maalouf, et qui étaient vraiment à nos côtés en temps de détresse. Je remercie tous ceux qui ont géré les kiosques et nous ont aidé.

Je dis finalement, que nous, messieurs et mesdames, travaillons le cadre du modèle analytico-système et analytique, voisin de la médecine qui est systémique. C'est la langue que nous parlons, la langue de la psychologie et celle de la médecine.

Je vous remercie tous et je vous demande, si vous le voulez, de me donner votre autorisation à contacter mes collègues afin d'établir le comité de suivi. Je souhaite à ce pays la paix et la sérénité, parce que malgré tout ce qui se passe, nous avons pu recevoir nos chers invités des quatre coins du monde. Merci.

Interventions manquées:

Intervention d’Imane Chahine

Pour l’étude complète, voir Annexe 1.

ازدواجية الشكل والوظيفة، والرمزية الاجتماعية: تحليل المفاهيم الرياضية المتجسدة في التكنولوجيات المحلية في ثقافة الزولو الافريقية

Iman Chahine

ichahine@gsu.edu

Georgia State University

30 Pryor Street

Atlanta, GA

Abstract:

والغرض من هذه الورقة هو تسليط الضوء على دور ethnomathematics كنموذج لترجمة الهياكل الرياضية الكامنة في التكنولوجيات المحلية الحالية المستخدمة من قبل السكان الأصليين في جنوب أفريقيا كوسيلة للبقاء على قيد الحياة والتكيف في مجموعة متنوعة من البيئات. وتركز هذه الدراسة على ثروات اثنين من التكنولوجيات الأصلية كوسائل لنقل المعرفة الرياضية المتخصصة التي تنتجها وتنشرها ثقافة الزولو الافريقية. وهي الزخرفة الخرزية وصناعة السلال. نحن نرى أن تحليل المفاهيم الرياضية الكامنة والمتجسدة في التكنولوجيات المحلية التي تنتجها الثقافات الاصلية من شأنه ان يسלט الضوء على اختراقات كبرى في مجال المعارف الرياضية الأصلية.

The purpose of this paper is to highlight the role of ethnomathematics as a model for translating and interpreting mathematical structures inherent in existing indigenous technologies used by South African indigenous people as means of survival and adaptation in a variety of environments. The present study focuses on the riches of two indigenous technologies as media for transmitting specialized mathematical knowledge produced and disseminated by the Zulu culture, namely beadwork and basketry. We argue that prospective work that investigates other indigenous technologies with underlying ethnomathematical ideas can be highly enlightening and reflect major breakthroughs in the field of indigenous mathematical knowledges.

Closing remarks

In this article, we address the ethnomathematical structure underlying two indigenous technologies that undergird the daily practices of Zulu culture. Measuring, counting, timing, devising and structuring patterns, bending and folding according to afforded dimensions, and decision making are all examples of activity-situated ethnomathematical ideas that thrive in the design and execution of indigenous technologies prevalent among crafts people in the Zululand. We contend hitherto that such technologies embody an intensification of subjective and highly specialized indigenous knowledges and skills that are methodically systematized yet orally-based. The patterned beadwork designs and the 3-dimensional basketwork structures reflect geometric expressiveness endlessly synchronized with symmetrical forms and

colors that attest not only to the proficiency of the Zulu communities but also to the riches of their ancestral heritage and collective cultural persona.

At the present and as most of oral traditions are at risk of being fungible by a thirst for material novelty and enthusiasm for the new, exploring the wealth of existing indigenous technologies as well as preserving their edifices would be a worthwhile endeavor for indigenous cultures sustainable local and global wellbeing.

Intervention de Mahmoud Chahine

الحاله المعماريه واشكاليه الاستجابه لاحتياجات الافراد داخل المجتمع.

ان علم و فن العماره عبر العصور لم يكن فقط مجرد مدرسه فنّيّه تتجاوزها اشكاليّه العلاقه بين الشكل والوظيفه و جدليّه الشخصيّة المعماريّه و الانتماء, بل صورته حيّه و تجسيد لحاله مرتبطه و متفاعله بحركه الانسان الدائمه و المتغيره داخل المجتمع مع محيطه البيئي والطبيعي ضمن زمان و مكان محددين. متماشيه مع تجارب و محاولات الانسان الدؤوبه لتحديد احتياجاته و استيعاب مصادر البيئه المحيطه والعمل على استغلالها معتمدا على الاساليب و المفاهيم والادوات التي ابتكرها للتعبير عن اجازاته وطموحاته الفكرية والحضاريه, ومن هنا يمكن القول بان العماره بدأت بالتعبير عن انها حاجه ماديه للانسان

صحيح ان العماره لم تشكل يوما اي عائق بوجه التطورات و التقلبات الحضاريه وقد ساعدت على ابتكار طرق و مفاهيم و التكيّف مع هذا التطور والنمو. انما لم تعد العماره فقط حاجه نفعيه انما اصبحت حاجه استهلاكيه اسقطت في معالمتها المعماريه حاجات الانسان. وادت في معظم الحالات الى نشوء جماعات سكنيه - احزمه بؤس - حول المدن لغياب السياسات السكانيه الواقعيه و المخططات التوجيهيه الواضحه

فالخاله المعماريه في الغرب قد عكست بوضوح التغيرات و التطورات الاجتماعيه و السياسيه و الفكرية و الاقتصاديه داخل هذه المجتمعات و صولا الى الثوره الصناعيه و تاثيرها المباشر على ايجاد فرز لشرائح و طبقات اجتماعيه متفاوتة و مختلفه و التي طبعت نمط السلوك الانساني و علاقته بمحيطه العام دون الاخذ بعين الاعتبار الحيز المعاش للانسان. و صولا الى المدارس المعماريه الحديثه و تحييدها البعد الانساني حيث تم التركيز على البعد التسويقي و ظهور الجدليه حول العوده الى العماره كحاجه انسانيه مرتبطه بمحيطها البيئي و تحاكي الاحتياجات و الرغبات الروحيه و العاطفيه الدفينه للافراد

اما في المشرق فقد سادت حضارات كانت لها اسقاطات هامه على الخاله المعماريه. و صولا الى الاتجاهات المعماريه المعاصره في المشرق العربي مع سياده نفوذ ايرادات النفط و سيطره استيراد نماذج لطرز العماره العالميه التي تعكس صورته نمطيه مجرد اشكال هندسيه و بعض الاحيان فلكلوريه مجردة من ايه انعكاسات لاحتياجات الانسان الداخليه المرثيه و المكبوتة في اطار اللاوعي. هذه الصوره تزداد غموضا و تشويها مع تسارع التحولات داخل المجتمعات الاستهلاكيه حيث تسود سيطره الشركات التسويقيه و ينتهي المطاف بعمارته ذات اشكال هندسيه هي عبارته عن احجام و «صناديق» تاوي اجسادا مفصوله عن احتياجاتها الداخليه. وهذا الانفصام سيؤدي حكما الى قلق و ضغط اجتماعي ينتهي بسلوكيات خارج المسار الطبيعي الصحيح

وما لا شك فيه ان الاتجاهات المعماريه و المدارس الفكرية و الفلسفيّه و مدارس علم الاجتماع, ما زالت على مفترق طرق, حيث كُُلّ يعمل في عالمه دون محاكاه جديّه فيما بينها. و المطلوب ايجاد مساحه مشتركه للعمل على ايجاد و تطوير معايير يمكن من خلالها اختبار و تعريف الحيز المعاش المراد توافره لتحسين سلوكيات الافراد ضمن بيئته مبنية صحيحه

محمود شاهين

مهندس معمار

[Traduit de l'arabe]

La condition architecturale et la problématique de réponse aux besoins des individus au sein de la société.

La science et l'art de l'architecture n'est pas simplement une école artistique qui traite la relation entre forme et fonction, ou la problématique de la personnalité architecturale et de l'appartenance. Mais elle est une image vivante et une personnification d'une condition liée et interagissant avec le mouvement humain constant et changeant au sein de la société, avec son environnement naturel et culturel, inscrit dans un lieu et un temps définis, allant de pair avec les tentatives de l'humain à définir ces besoins et de comprendre les ressources de son environnement, et de travailler à les employer par des méthodes, concepts et outils qu'il a conçu pour exprimer ses accomplissement et ses aspirations intellectuelles et culturelles. Ainsi, nous pouvons dire que l'architecture a commencé à se manifester comme étant un besoin matériel de l'être humain. Il est vrai que l'architecture ne fut jamais un obstacle face au progrès et changements culturels, et elle a contribué à l'invention de méthodes et de concepts d'adaptation à ce progrès, mais elle n'est désormais plus un besoin d'utilité, mais un besoin de consommation qui a fait déchoir les besoins humains dans son traitement de l'architecture, et a mené à l'établissement de groupements résidentiels, ceintures de honte autour des villes pour le manque de politiques résidentielles réalistes et de plans directeurs clairs. La condition architecturale en Occident reflète clairement les changement et progrès sociaux, politiques, intellectuels et économiques au sein de ces sociétés, arrivant à la révolution industrielle et son impact direct sur le classement des tranches sociales dans leur différences et diversités, et qui a influer sur le mode de vie humain et sa relation avec son environnement général, arrivant ensuite aux écoles d'architecture modernes, et de leur exclusion de la dimension humaine, et de leur concentration sur la dimension commerciale. D'ici provient la problématique autour du besoin humain de l'architecture liée a son environnement et répondant aux besoins sentimentaux et émotionnels de l'humain. Alors que dans le Machreque, de multiples civilisations ont régné, ayant des influences importantes sur la condition architecturale, arrivant aux directions architecturales modernes dans le Levant arabe, avec le règne du pétrole et l'importation de modèles architecturaux internationaux qui ne reflète que des formes, parfois folkloriques, démunies de tout reflet des besoins humains internes, visibles ou inscrits dans l'inconscient. Cette image est de plus en plus mystérieuse et de plus en plus déformée avec la rapidité des changements au sein des sociétés consuméristes où les entreprises commerciales gouvernent, et on se retrouve

avec une architecture qui reflète des formes et des boîtes qui abritent des corps séparés de leurs besoins profonds, et ce schisme mènera sûrement à l’anxiété et à la pression sociale, et aboutira à des comportements anormaux. Sans doute les orientations architecturales, les écoles de pensée et de philosophie et les écoles de sociologies sont encore en divergence, soit chacune d’elles travaille dans son propre monde sans discussion sérieuse entre elles. Il est nécessaire de trouver un espace commun pour œuvrer à développer des standards afin d’évaluer et de définir le vécu et le voulu pour améliorer les comportements individuels au sein d’un environnement correctement bâti.

Mahmoud Chahine.

Intervention de Dr. Frem

By Dr. Frem - Dentist

Mesdames et messieurs du comité d'organisation des journées psychologiques

Je tiens à vous remercier pour vos efforts fournis pour la réussite des journées psychologiques et aussi pour l'occasion que vous m'avez donnée de communiquer dans cet événement, et que malheureusement je n'ai pas eu la chance de vous joindre parceque, par force majeure, j'ai dû voyager durant la période où se déroulent ces journées

Messieurs

je mets entre vos mains un résumé de ma communication intitulée «La santé bucco-dentaire et la psychologie

-La santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines, elle fait partie intégrante de la santé générale qui a été défini par l'OMS tout en étant le sentiment de bien-être physique, social et mental, d'où les maladies bucco-dentaires peuvent être qualifiées de problèmes de santé publique majeure en raison de leur incidence et leur prévalence élevées dans toutes les régions du monde, la carie dentaire a été classée par l'OMS comme le 3ème fléau mondial après le cancer et les maladies cardiovasculaires

-Les maladies bucco-dentaires restreignent les activités scolaires professionnelles et personnelles, entraînant la perte de millions d'heures d'études et de travail chaque année dans le monde. De plus, l'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie

-la cavité buccale assure plusieurs fonctions et nous donne accès au monde extérieur. La bouche est très investie sur le plan psychologique. Les bébés découvrent le monde en goûtant à tout, Le premier contact avec la vie se fait par la bouche: première respiration, premier cri. le premier plaisir vient de la bouche: la succion du sein maternel. La première satisfaction d'un besoin, la faim, vient de la bouche. La première expression d'un déplaisir se fait par les cris qui sortent de la bouche. La première douleur vient de la bouche avec la percée des dents..et elle sert aussi à manger, mastiquer, parler, sourire, avaler, embrasser et même pleurer sans éprouver de douleur. La bouche est le lien vital qui relie la mère à l'enfant et le restera toute la vie. Elle est le carrefour de la vie: respiration, alimentation, et expression vocale.

-La cavité buccale est primordiale dans la communication en nous permettant de parler, de discuter et aussi d'exprimer nos émotions par les mimiques du visage, sans oublier bien sûr le sourire, ce

charme humain et cette expression de détente et de plaisir.

La cavité buccale est essentielle pour la survie et dans la vie affective

-La respiration désigne à la fois les échanges gazeux, rejet du CO₂ et absorption de l'oxygène O₂. La respiration cellulaire permet, grâce à cet oxygène d'obtenir de l'énergie. Dès la naissance les nourrissons respirent essentiellement par le nez, mais l'enfant se met rapidement à respirer par la bouche et aura une respiration combinée. Et certains respirent essentiellement par la bouche et ce fait est appelé respiration buccale qui touche près de 55% de la population. Elle se repère notamment par les lèvres (souvent) entrouvertes, desséchées et une bouche sèche le matin. Quand la personne respire par la bouche, les germes et particules ne sont pas filtrés et pénètrent directement dans son organisme. Il en découle des risques d'infection des voies aériennes. La respiration buccale favorise aussi les caries et la mauvaise haleine. Et par suite altère le confort et le psychisme de l'individu.



-**La mastication** est l'action de broyer les aliments avec les dents, de manière à en favoriser la déglutition et la digestion. Les dents sont des outils qui, de par leurs formes, transforment les aliments.

les dents cariées et branlantes sont la cause essentielle de mastication douloureuse aussi que la perte des dents est un handicap d'une bonne mastication saine bilatérale où la personne jouit du plaisir de gustation, cet handicap altère la qualité de vie.

-**La phonation** est la production des sons produits par le passage de l'air des poumons au travers les cordes vocales puis par la caisse phonétique où la cavité buccale joue un rôle primordial. Toute



déformation de la cavité buccale peut être à la base des troubles de phonation qui peuvent parfois altérer le psychisme de l'individu.

-**La déglutition** est la fonction d'avaler la salive ou le bol alimentaire qui sera poussé, par l'action de la langue et des muscles pharyngés vers le fond de la bouche pour être avalé. De plus, c'est grâce à la langue (avec ses papilles du goût) et la salive que nous pouvons goûter, apprécier les différentes

saveurs des aliments. On déglutit automatiquement (réflexe) en moyenne entre 1500 et 2000 fois par jour. Les différents types de déglutition:

***Déglutition primaire** ou infantile est normale chez le nourrisson et le très jeune enfant et sera considérée atypique au delà. Elle se caractérise par une poussée ou interposition de la langue entre les arcades dentaires et contraction des lèvres et des joues.



***déglutition mature:** les lèvres jointes mais non contractées et les dents en occlusion et la langue à l'intérieur des arcades cette déglutition concerne plus de 75 % de la population adulte.

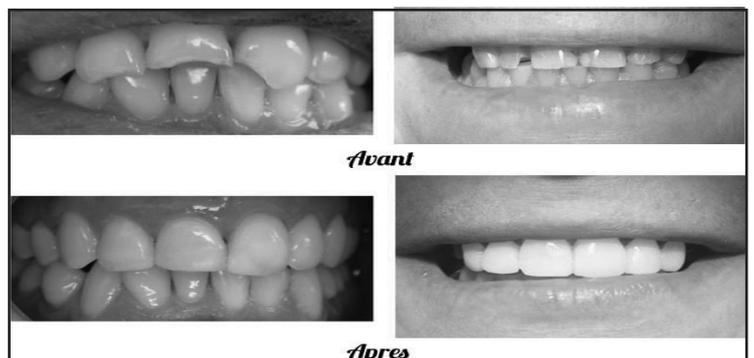


***La déglutition atypique** chez l'adulte touche presque le quart de cette population et consiste à avaler en interposant la langue entre les dents antérieures et rappelle la déglutition primaire. On parle de persistance de la déglutition infantile (les adultes déglutit comme s'ils sont entrain de téter le sein maternel ou un biberon) qui va altérer les deux dentures de lait et permanente et va troubler la phonation, la respiration et l'esthétique.

-Le **sourire** est un autre langage, un moyen de traduire notre plaisir, notre joie, notre satisfaction et notre sympathie..... Les dents, en les dévoilant, sont les éléments essentiels du sourire. Et avec des dents extraites, cariées ou en malposition les gens qui sourient mettent la main devant la bouche pour cacher une laideur qui gâche leur plaisir. Et en avec cette main ils censurent leur sourire et cache une partie de leur image.



-La **succion du pouce** est l'une des premières para-fonctions. C'est bien sûr un substitut du sein maternel. Tout le monde sait les malformations dento-maxillaires que cela peut entraîner. Et tous les substituts à la succion du pouce: le tabagisme, la succion d'objets divers (stylo), la succion des lèvres, la succion de la langue...etc...



Généralement, la succion du pouce prend fin vers l'âge de 6 ans ou au plus tard à l'adolescence. La plupart des enfants arrêtent d'eux-mêmes de sucer leur pouce, une tétine ou d'autres objets entre l'âge de deux ans et de quatre ans. Leur dentition et leur mâchoire n'en sont pas affectées tant que les dents permanentes n'ont pas commencé à pousser. Les soucis surviennent entre les âges de 6 et 8 ans, à ces âges, la succion peut altérer la forme de la cavité buccale.



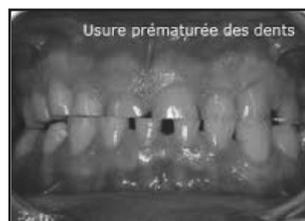
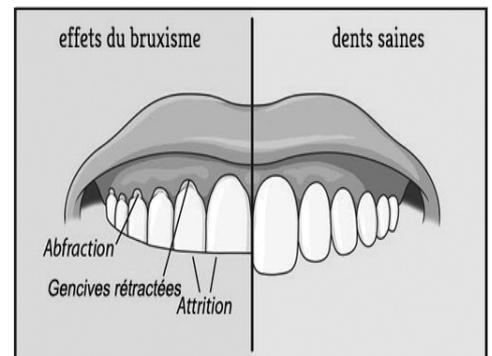
D'autres types de **parafonctions** comme le serrement des mâchoires et le grincement des dents, ce fameux **bruxisme** nocturne dont une grande majorité de la population est victime. Le bruxisme se manifeste le plus souvent durant le sommeil, il est inconscient et ne réveille pas le bruxomane. Un autre type est le bruxisme statique qui est la contraction des muscles élévateurs de la mandibule dents serrées.



onychophagie, ou rongement des ongles aussi bien que les morsures de la joue ou de la lèvre... et...les mordillements de stylo-bille...sont le symbole de l'agressivité et sont des manies dévastatrices pour la cavité buccale. Tous ces parafonctions représentent l'agressivité contre soi-même, et la destruction symbolique de tous ses propres moyens de défense.

Tout traitement bucco-dentaire doit être accompagné de rééducation comportementale des parafonctions, sinon, les mêmes causes continueront à produire les mêmes effets. Il faudra, patiemment, avec beaucoup de tact et de persévérance, amener les patients à se passer de leurs mauvaises habitudes. On a souvent recours à l'orthophonie pour le traitement des troubles de la phonation et la rééducation de la déglutition infantile. Et pourquoi pas avec l'aide d'un psychothérapeute?

Evidemment il y en a certains qu'il faut sérieusement les inciter à consulter le psychothérapeute. D'où la nécessité de la **collaboration dentiste-psychothérapeute** qui sera un facteur efficace pour la santé et le confort et l'amélioration de la qualité de vie du patient.



Presentation de Dr Abbas Makke

Retour à Pierre Fedida

Régresser pour construire le changement.

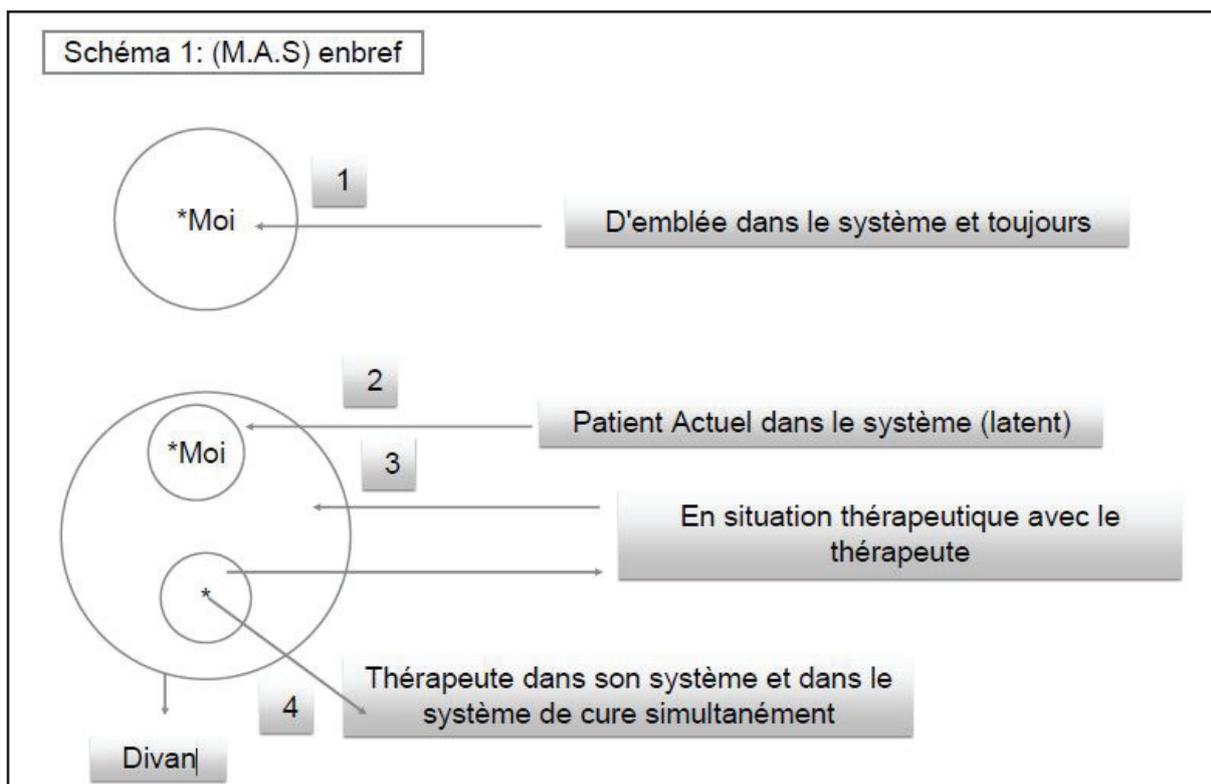
Voir loin, c'est voir vieux.

Chers Collègues,

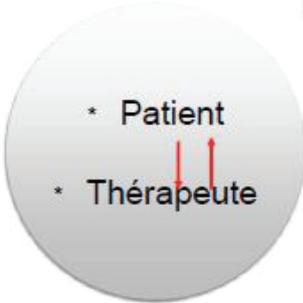
Mon objectif est:

- Tracer la trajectoire de mon modèle analytico-systémique.
- Schématiser le modèle en chaînes et séries mathématiques à multiples entrées, dimensions, inter-relations et actions micro et macroscopiques.
- Présenter mes techniques psychotérapeutiques comme unités complémentaires au service de mes stratégies cliniques.

Mécanisme de formation du symptôme



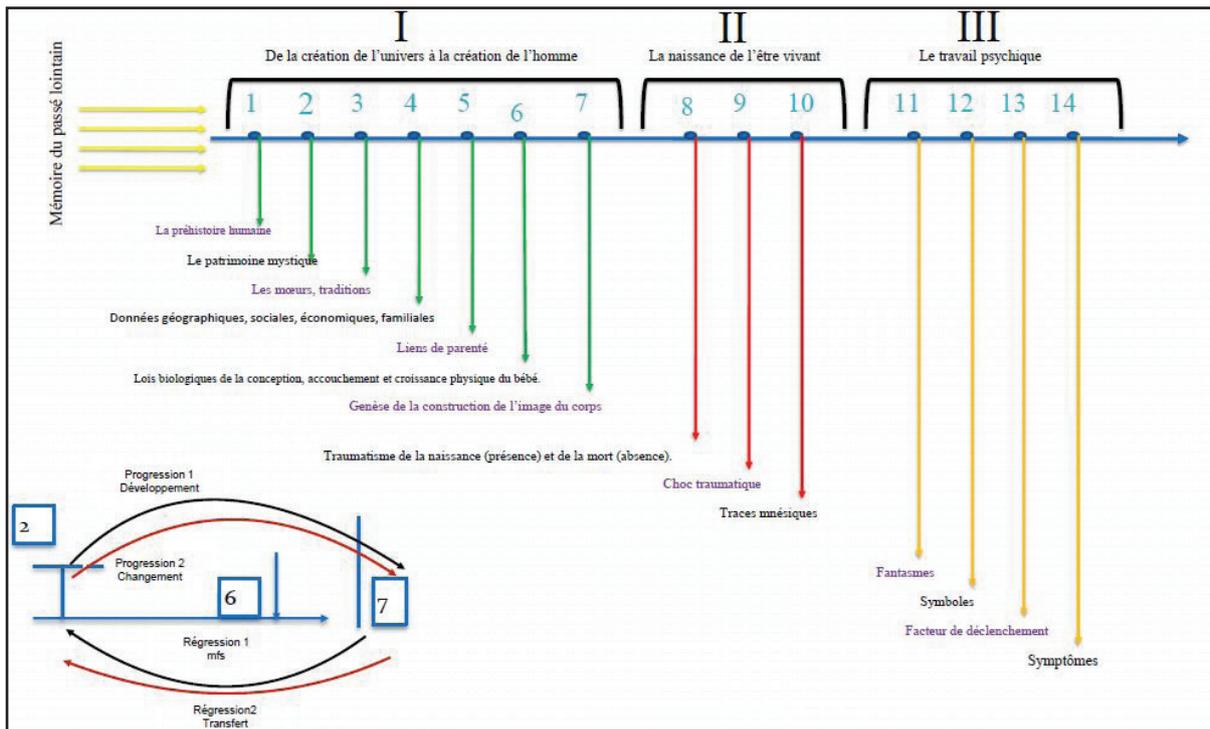
5



Monnaies d'échange: Paradoxe, Transfert, résonance, et contre-Transfert, régressions mutuelles et répétées en chaînes et séries.

Tâches thérapeutiques: Assemblage, rassemble, et construction de lieux et de liens comme pont pour synchroniser le rythme de la "danse" thérapeutique "encadrée"

Trajectoire globale du mécanisme de formation du symptôme.



II- "Retour" à Pierre Fedida:

1. 28 ans de formation à son approche théorique, technique et humaine (1968-1996)

2. Première rencontre: Mai 68, après la Sorbonne, l'université Paris 7 (S.H.C)

3. Dernière rencontre: à Beyrouthen mission officielle de coordination entre Paris 7 et l'université Libanaise 1996.

4. Dernier contrat (Email) : Avril 2002 (quelques mois avant sa disparition):

Abbas: Tu es toujours ma boussole scientifique et clinique. Quelles sont tes nouvelles activités et publications?

Pierre: La théorisation de la technique psychothérapique dans le cadre de la psychopathologie fondamnetale. on se rencontre comme prévu à Emirates pour notre projet en psychocriminologie!

Abbas: Inchallah!

on s'est pas rencontré à cause de son départ.

- J'ai continué vu la boussole continue à orienter!

- J'ai élaboré mon M.A.S en hommage à Pierre Fedida.

5- Arrière fond du (M.A.S)

5.1- Longue expérience en psychothérapie de groupe et d'analyse institutuinnelle dans la plupart des pays arabe du Machreque et surtout dans la gestion des crises qui m'a préparé à la gestion du transfert et du contre transfert en situation analytique (un des fondements de M.A.S)

5.2- Ma formation à la logique mathématique des théories des ensembles à l'initiative de Paul FRAISSE pour mettre ces théories aux services des sciences humaines (année 60) dans les domaines de la psychologie expérimentale (Traité avec J. Piaget) et la psychologie de l'intelligence, Marc BARBUT fut mon maitre dans ce domaine.

5.3- Mon intérêt pour les recherches en physique fondamentale et les lois de la relativité, de la série, des chaînes et du chaos. (Profondes lectures et observations dans ce domaine, pensant que le phénomène psychique est lié en métaphore et même en existence, aux phénomène de la nature.

5.4- Claude Revault D'Allones, qui fut ma conscience de rigueur méthodologique et qui a supervisé l'élaboration de ma pensée doctorale sans le moindre compromis nuisible à la scientificité du texte.

C'est avec elle que j'ai contrôlé ma technique: «d'analyse du discours juridique sur la femme libanaise, préalable à toute clinique.»

Ce fut un fondement de base à ma pensée analytico-systémique, Claude, tu es latente dans mon oeuvre!

5.5- La pensée clinique et systémique de Mony Elkaïm et sa théorie sur la résonance et

l'assemblage des données psychiques au sein du système afin de comprendre le pont qui fait joindre les programmes officiels aux constructions du monde des patients.

Voilà la transmission culturelle de la technique psychothérapeutique.

III- L'essence du M.A.S:

Transfert, contre-transfert, gestion du transfert. Matériel_Matériau:

«Le baquet de la régression transérentielle»

1- La Planche dit à Fedida en 1979 «les travaux ne se laissent aisément cerner, enclure» parcequ'ils sont comme «un monde de pensées qui progresse comme en vagues successives» et Fedida m'a transmis ce processus de «vagues de pensées (M.A.S)

2- Fedida «ouvre la parole» dans l'espace de séance du corps du vide» des patients. son objectif est l'EPOS et non seulement le LOGOS (ouvrir la parole Pierre Fedida. Fédida 2014)

3- Fedida souligne Freud qui parle de la situation analytique:

- 2 pièces entièrement distinctes se jouent sur,

- 2 scènes séparées et concernant

- 2 personnages dont chacun est chargé d'un rôle différent. Fedida- ouvrir la parole 1981 nouvelle revue de psychanalyse 23.

- J'ai estimé nécessaire de créer un modèle pour lire ce théâtre compliqué. c'est le M.A.S. qui cherche à restituer le temps et l'espace des liens des 3 couples à deux (qui sont le thérapeute et son patient) le M.A.S est chargé de «gérer» le processus du changement qui déplace le patient de sa souffrance à son apaisement psychique conformément à l'esprit du contrat thérapeutique formulé lors de la première séance.

4- Le M.A.S se situe dans le cadre de la psychopathologie fondamentale et clinique qui a la fonction de connaissance de soi, de savoir faire (qui relèvent du LOGOS) mais surtout d'une théorie sur l'intentionnalité et l'inconscient et d'un dépistage de l'intersubjectivité et de l'implication réciproque de la communication et la métacommunication entre le thérapeute et le patient en situation de transfert et résonance. Freud émet qu'on repart toujours de l'observation psychopathologique du symptôme. C'est à cette condition que peut se percevoir l'étrangeté de l'autre (autre différent d'autrui) et la formation à la sensibilité clinique passe par la Transmission de l'expérience de l'autre à travers cette connaissance de soi. (Précise Fedida)

5- Le congrès suit et transmet les travaux d'Avicenne et d'Averoes en matière d'observations et d'intercommunication. Le M.A.S est l'élaboration d'une réflexion sur l'analytique, le systémique et la transmission culturelle dans le domaine des interactions de plusieurs dimensions concernant

l'objectif et le subjectif, l'individuel et le collectif, le contrôlable et l'incontrôlable.

6- L'opposition entre psychanalyse et psychothérapie n'est pas rigoureuse. dit P.Fedida.

«Ce qu'on appelle psychothérapie analytique» est une psychanalyse compliquée... en raison des difficultés intrinsèques des cas... et de la nécessité d'ajuster des paramètres du cadre de telle sorte que les conditions d'une régression transférentielle rende possible la mobilité psychique de l'analyste tout en garantissant l'intégrité de son identité... ce qui sollicite une créativité psychique pour avoir accès aux formations archaïques et aux paradoxes des modes de communication du patient ce qui rappelle que la formation à la clinique ne saurait se transmettre autrement que par la pratique des supervisions individuelles et de groupe.

7- L'épure des idéaux techniques précise Fedida- d'une pratique psychanalytique (et pour moi analytico-systémique) se profile... à chaque instant... L'idéalité du modèle et l'échec à pouvoir le satisfaire sont nécessaires aux progrès d'une pratique et de sa capacité de théorisation. La psychothérapie, (continue Fedida) correspond aux «zones aveugles» de l'analyse personnelle.

8- La transmission d'une pratique suppose que la formation soit une transformation toujours en oeuvre de la vie psychique du praticien en échange avec son patient.

9- Voilà le M.A.S transcrit et «décode» le travail psychothérapeutique compliqué (et complexe en terminologie mathématique) Cette complexité est due à la complexité paradoxale et inconsciente de l'interférence et de l'intersection entre les deux identités (du patient et du thérapeute) en vagues et turbulence provoqués par le «chantier» du travail psychothérapeutique.

19- L'objectif psychothérapeutique conçu par le M.A.S est de refaire les pièces des Puzzles (du thérapeute et du patient) combinées d'une façon archaïque, «au laboratoire» de la situation analytique. (Ref à Freud dans technique psychanalytique)

IV- Concepts clés du M.A.S

1. La théorie des ensembles et ses lois et formules.
2. La Gestalt: des parties au tout.
3. Les théories de la série, de la chaîne et de la corde (résonance)
4. La théorie physique du transfert et de la résistance.
5. La théorie de la gestion dans les institutions- analyse institutionnelle.
6. La philosophie de la LOGOS et de l'EPOS.
7. Le transfert et le transfert sauvage.
8. Le circuit de la communication: Emetteur- Message- Recepteur, processus linéaire et circulaire.

9. L'infiniment petit et proche.
10. L'infiniment petit grand et lointain.
11. Le microscopique.
12. Le macroscopique.
13. Affect et mobile.
14. Intellect et logique.
15. Complexes relationnels.
16. Adaptation et travail psychique.
17. Cumulation, assemblage et rassemblement.
18. Seuil de tolérance à la frustration.
19. Explosion (Référence: les travaux de Freud: Malaise, totem et Tabou, vie et mort, pourquoi la guerre avec Einstein: guerre intérieure et extérieure)
20. Explosion anticipée.
21. Explosion Rétroactive.
22. Limite de l'abîme.
23. Classification, Construction et interprétation
24. temps, espace, lieux, liens et équilibre relatif et précaire.
25. Stratégie et tactique.
26. Observation, écoute et récapitulation.
27. Hypothèses et Intervention.
28. Concepts systémiques de base.
29. Concepts psychanalytiques de base.
30. Combinaison, permutation et intégration: le multidimensionnel et l'unidimensionnel.

V- Les techniques d'intervention du M.A.S:

- 1- L'art d'écouter et d'observer.
- 2- L'art de présenter par des schémas.
- 3- Exemple de schémas: le mécanisme de formation du symptôme. (et annexes)

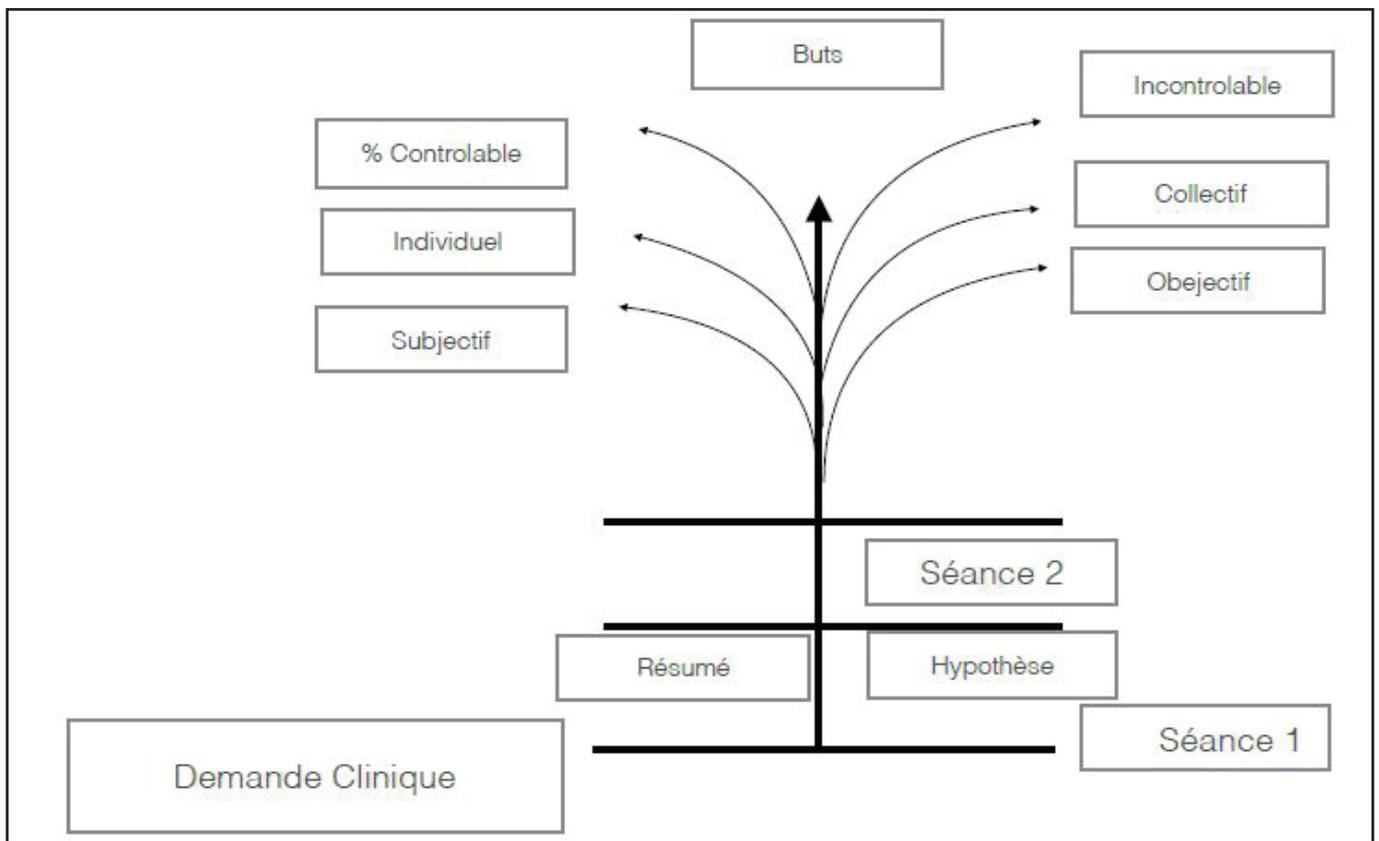
4- La grille d'observation des crises des traumas remémorés:

Age	Évènements/Lieu	Personnes	Emotions

5- La remise en séries et chaînes de la grille.

6- Palmier de "Tabyeen" ou grille de classification et de gestion de l'intervention psychotérapique:(Objectifs et orientations du changement)

7- Génogramme des familles d'origine et dessin des maisons des grand parents: des aieux aux



descendants, dates, dettes, foute et douleur! Aie mes aieux ou la douleur nostalgique)

8- Transfert et transfert sauvage:

9 - Grille de la prise de décision

A. Décisions sûre et certaine

B. Décisions risquée

C. Décisions d’aventure

D. Décisions / loto et addiction

10 - Guide l’entretiens psychothérapique

1. La gestion de la demande clinique (contrat de thérapie)

2. grille d’observations du langage du corps

3. dossier social systémique

4. dossier medical

5. dossier psychologique et gestion des seances

6. point focal intégratif et classification diagnostic → pronostic

7. recapitulations et théorisation

8. passage de la technique au stratégique

9. traduction en direct - des faits aux concepts (MAS) et des concepts aux faits.

10. aboutissement au “thérapeute -chercheur”

VI - En Bref

1- Le thérapeute a à voir la demande clinique du patient. Il vont en écoutant pour pouvoir “ouvrir la parole” de la thérapie.

2- Le voir loin du thérapeute, c’est l’art d’encaisser les “points d’appui” de la douleur (ce sont des points lointains) en un point focal centripète.

3- Pour pouvoir voir loin dans l’avenir du changement thérapeutique il doit pouvoir voir vieux dans le passé remémore du patient on est alors dans le point centripète et pour faire, il n’a que suivre sa regression en accompagnement à celle du patient dans le processus du transfert et du contre transfert.

4- Le thérapeute risque de devenir le patient de son patient dans ce processus de voir loin. Pour en sortir il a à “gérer” ce processus.

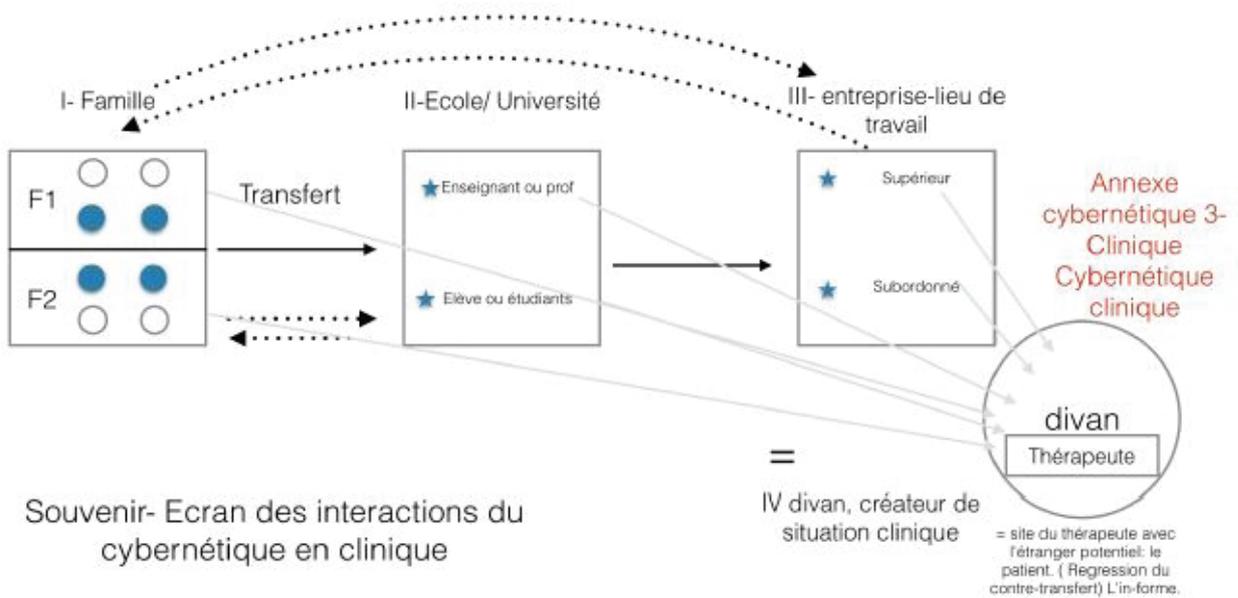
5- Le (M.A.S) “recadre” le thérapeute et la situation thérapeutique vers la meilleure gestion de la situation de soutiens et de cure psychothérapique.

**Trajectoire
compensatoire
du réel dure au virtuel
compensatoire**

**Resultante
Schéma 4**

**Lieu et chantier
d'observation
le divan**

*Interaction/Interférence entre la cybernétique
systémique informatique et la cybernétique
systémique humaine.
En milieu clinique: Transfert et transfert sauvage.*



Annexes



Annexes

Annexe 1 :

ازدواجية الشكل والوظيفة. والرمزية الاجتماعية: تحليل المفاهيم الرياضية المتجسدة في التكنولوجيات المحلية في ثقافة الزولو الافريقية

Iman Chahine

ichahine@gsu.edu

Georgia State University

30 Pryor Street

Atlanta, GA

Abstract:

والغرض من هذه الورقة هو تسليط الضوء على دور ethnomathematics كنموذج لترجمة الهياكل الرياضية الكامنة في التكنولوجيات المحلية الحالية المستخدمة من قبل السكان الأصليين في جنوب أفريقيا كوسيلة للبقاء على قيد الحياة والتكيف في مجموعة متنوعة من البيئات. وتركز هذه الدراسة على ثروات اثنين من التكنولوجيات الأصلية كوسائل لنقل المعرفة الرياضية المتخصصة التي تنتجها وتنشرها ثقافة الزولو الافريقية. وهي الزخرفة الخرزية وصناعة السلال. نحن نرى أن تحليل المفاهيم الرياضية الكامنة والمتجسدة في التكنولوجيات المحلية التي تنتجها الثقافات الأصلية من شأنه ان يسليط الضوء على اختراقات كبرى في مجال المعارف الرياضية الأصلية.

The purpose of this paper is to highlight the role of ethnomathematics as a model for translating and interpreting mathematical structures inherent in existing indigenous technologies used by South African indigenous people as means of survival and adaptation in a variety of environments. The present study focuses on the riches of two indigenous technologies as media for transmitting specialized mathematical knowledge produced and disseminated by the Zulu culture, namely beadwork and basketry. We argue that prospective work that investigates other indigenous technologies with underlying ethnomathematical ideas can be highly enlightening and reflect major breakthroughs in the field of indigenous mathematical knowledges.

Ethnomathematics and indigenous knowledge systems

As a new conceptual field and an emerging research program, ethnomathematics evolved from a rhetoric networking the interplay among mathematics, cultural anthropology, education, and politics. While too many definitions and associated perspectives prevail in the literature attempting to delineate ethnomathematics, two dominant conceptualizations are in use. D'Ambrosio (1985), who coined the term, insists on ethnomathematics as a rather broad conceptualization of mathematics and defines it as embracing “all culturally identifiable groups with their jargons, codes, symbols, myths, and even specific

ways of reasoning and inferring” (p. 17). Furthermore, D’Ambrosio (2001) explains, “Ethnomathematics is the mathematics practiced by cultural groups, such as urban and rural communities, groups of workers, professional classes, children in a given age group, indigenous societies, and so many other groups that are identified by the objectives and traditions common to these groups” (p. 1). In this perspective, ethnomathematics exists at the connection between mathematics, history, and cultural anthropology. Additionally, D’Ambrosio (1999) describes ethnomathematics as “a program in history and epistemology with an intrinsic pedagogical action. . . . [It] responds to a broader conception of mathematics, taking into account the cultural differences that have determined the cultural evolution of human mankind and political dimensions of mathematics” (p. 150). In this respect, ethnomathematics draws on the belief that humans, from prehistoric ages, have been accumulating knowledge to respond to their drives and needs. Such knowledge varies from region to region and from culture to culture and is transmitted through generations in serendipitous, informal ways.

In contrast, Ascher (1991) focuses more on the mathematics of indigenous societies and defines ethnomathematics as “the study of the mathematical ideas of non-literate people” (p. 125). Ascher (2002) indicates that there are 6000 cultures that have existed within the past 500 years and capitalizes on the riches that can be cultivated from studying cultural practices and heritage. Moreover, Ascher (2002) proposes that diverse cultures, such as the Inuit, Iroquois, and Navajo of North America; the Incas of South America; the Bushoong, Kpelle, and Tshokwe of Africa; and the Caroline Islanders, Malekula, Maori, Warlpiri, and Trobriand Islanders of Oceania, contribute to a laudable corpus of mathematical knowledge that evolved as a result of human praxis. Likewise, Nettle and Romaine (2000) discern that indigenous peoples comprise 4% of the world’s population and speak 4,000 to 5,000 of the world’s more than 6,000 languages.

One critical paradigm promoted by proponents of ethnomathematics is the belief that all peoples are capable of doing mathematics in their own unique and personal perspectives. Concomitant with such a framework is the view that ethnomathematics emerges from within individuals while interacting with their cultural and physical environments. Nunes, Schliemann and Carraher (1993) argue that ethnomathematics develops when there is a discrepancy between people’s need for problem solving and the level of mathematics they have learned in school, that is, when people become involved in tasks requiring problem solving skills that are not learned in school. In this argument, ethnomathematics is believed to be closely tied to issues of access and equity (Anderson, 1997). In a similar vein, Mosimege and Onwu (2004) argue that ethnomathematics is an inherent component of indigenous knowledge systems, which the authors define as “an all-inclusive knowledge that covers technologies and practices that have been and are still used by indigenous and local people for existence, survival and adaptation in a variety of environments” (p. 2).

Indigenous Knowledge Systems (IKS) has been recently established by international world organizations as a top global priority for empowering indigenous and local communities in their quest for survival and development. Nonetheless, although these organizations recognize the strength of IKS in strengthening indigenous communities by preserving their cultural practices, little research to date has illuminated the contributions that IKS can have to mainstream knowledge and epistemologies.

An overarching goal of this paper is to epitomize the role that indigenous knowledges play in unearthing the contributions of non-Western indigenous cultures in the development of scientific and mathematical thinking. More specifically, our purpose is to examine mathematical ideas that thrive in existing indige-

nous technologies, which are still used by South African indigenous and local people to adapt and survive amidst social, economic, and contextual challenges. In this respect, we attempt an ethnomathematical analysis of indigenous technologies adopting Eglash, Bennett, O’Donnell, Jennings, and Cintorino’s (2006) notion of translation as an inherent analysis technique to “describe the process of modeling indigenous systems with a ‘Western’ (i.e., mainstream, academic) mathematical representation” (p. 348) .

A major focus of this study was to investigate and translate the content and structure as well as mode of expression and dissemination of ethnomathematical ideas prevalent in two indigenous technologies which are designed and appropriated by the Zulu culture: beadwork and basketry. We conclude with a brief discussion of the importance of future research prospects in the area of indigenous knowledges and technologies.

Early research on ethnomathematics

Considering the wide consensus regarding the universality of mathematics, research on ethnomathematics and the cultural origin of mathematics emerged later than other ethnosciences (Prediger, 2002). In examining the link between ethnosciences and ethnomathematics, D’Ambrosio (2000) explains, “By ethnosciences I mean the corpora of knowledge established as systems of explanations and ways of doing accumulated through generations in distinct cultural environments. Particularly important for us is ethnomathematics-- knowledge derived from quantitative and qualitative practices such as counting, weighing and measuring, sorting and classifying” (p. 80). Furthermore, Rist and Dahdouh-Guebas (2006) define ethnosciences as “a scientific realm which aims to understand how humans—in spite of their fragmented and limited interactions with the world—are developing different forms of knowledge and beliefs” (p. 472). Likewise, ethnomathematics calls for systematically taking into account the flux of mathematical ideas that emerge as humans interact and make sense of their environment. To this end, studies on ethnomathematics challenge the evolutionist view that “indigenous societies had only simplistic technologies” (Eglash et al., 2006, p. 347).

The gist of early studies on ethnomathematics, which have been launched in the cause of justifying ethnomathematics as an internationally legitimate field of research, has been invoked in response to early writings on the nature of “primitive” thought. In his publication, *How Natives Think*, Lévy-Bruhl (1911) mistakenly suggests a divided world of thought between literates and “non-literates,” where he describes non-literate people as “pre-logical,” primitive and mystical, thus incapable of analytic reasoning. He further explains that the minds of primitives do not function as those of the literate people. In explaining Lévy-Bruhl’s views on pre-logical thinking, Radford (2008) highlights major defects in Levy-Bruhl’s theory as manifested in inconsistent characterizations as he attempted to draw explicit comparison between “primitive” and “non-primitive” mentalities. In a similar vein, Throop (2003) pinpoints internal tension in Lévy-Bruhl’s writings particularly as he spoke of “individual” and “collective representations,” as it was often difficult to differentiate between the two. According to Evans-Pritchard, Lévy-Bruhl (1952) attempted to distance himself from some of his earlier positions with regard to differences between “primitive” and “modern” mentalities as he states: “I admit that in my work (and it is here that ‘I plead guilty’) the savage is presented as more mystical and the civilized man as more rational than they in fact are. . . . Once this difference is recognized I have no objection to all that you say; that the savage is not so exclusively mystical, that the civilized man is not so consistently rational. Perhaps I have been wrong in insisting so strongly on these differences. I thought that the anthropological school had done enough to make the similarities evident” (p. 191).

An alternate proponent of Lévy-Brühl's thought are the views of Tylor (1958) in his book *Primitive Culture*, where he erroneously likened primitive cultures to “children” which can only progress and evolve through proper education. Another term ascribed to Tylor is his theory of “survivals.” Tylor asserts that survivals are “processes, customs, and opinions, and so forth, which have been carried on by force of habit into a new state of society different from that in which they had their original home, and they thus remain as proofs and examples of an older condition of culture out of which a newer has been evolved” (p. 16).

Counter views to Tylor's and Lévy-Brühl's ideas fiercely challenge the traditional, linear path that stereotyped the evolution of human thought from “primitiveness” to civilization and propose rival views that acknowledge ‘natural rationality’ and ‘organic reasoning’ skills thriving in indigenous practices. In his book, *Mathematics as a Cultural System*, Wilder (1981) asserts that each culture has its own mathematics, which evolves and decays with that culture, and he further capitalizes on the role of cultural practices in appropriating human cognition. Wilder (1965) explains: “Mathematics, like other cultural entities, is what it is as a result of collective human effort directed along evolutionary and diffusionary lines. And what it becomes will not be determined by the discovery of “mathematical truth” now hidden from us, but by what mankind, via cultural paths makes it” (p. 298). Wilder (1981) further accentuates the role that cultural environment plays in inspiring creative mathematical thinking: «The individual mathematician cannot do otherwise than preserve his contact with the mathematical culture stream; he is not only limited by the state of its development and the tools which it has devised, but he must accommodate to those concepts which have reached a state where they are ready for synthesis» (p. 145).

By the same token, and in his seminal publication *The Oral Style* in 1925, French anthropologist Marcel Jousse (1886-1961) rejects the associated connotations of labeling ‘oral’ as primitive and ‘literate’ as complex and logical (as cited in Sienaert, 1990). Jousse states, “It is for this reason that all people who have not lost their natural spontaneity, who are not, as we literates are, disassociated - and that does not mean primitive, which is a term that must vanish from the vocabulary of every scientist” (p. 40). Jousse further insists on using the term “spontaneous” in lieu of primitive and explains that, within indigenous communities, thinking is rather spontaneous and rhythmic, marked by memorization as the primary manifestation of the human brain, that is rooted deeply in organic life. In a similar vein, and in his early works, Gerdes (1988) wrote of a “spontaneous, natural, informal, indigenous, folk, implicit, non-standard, and/or hidden (ethno) mathematics” (p. 138). Equivalently, D'Ambrosio (1982) spoke of spontaneous mathematics when he explains that each human being and each cultural group develops various mathematical ideas spontaneously. Ascher (1991) elaborates on the rich mathematical structures underlying indigenous knowledges and practices and asserts that “mathematical ideas are cultural expressions . . . and, moving beyond our own Western mathematics, a broader global history must acknowledge and include ideas of other cultures” (p. 196).

Extensive research that emphasizes the role of indigenous cultures in shaping mathematical thinking has been inspired from ethnographic literature (e.g., Carraher, Carraher, & Schliemann, 1985; Eglash, 1999; Gay & Cole, 1967; Gerdes, 1994, 1995, 2007; Harris, 1987; Jurdak & Shahin, 1999, 2001; Kyselka, 1987; Masingila, 1992; Millroy, 1992; Saxe, 1988; Zaslavsky, 1973). Such studies, and many others, reinforce the belief that mathematical thinking is rather culturally motivated, inherently bound by human experiences and, thereby, expressed in multiple and broadly diverse ways.

Ethnomathematics and orality

At its inception, the evolution of ethnomathematics as an epistemology can be perceived as a testimony demystifying the discrete divide between literacy and orality that tacitly underlies discourses in modern alphabetic cultures. In examining the historiography of the Andean knotted khipu, Brokaw (2003) explains: “An understanding of the khipu requires a deconstruction of this writing-(mnemonics)-orality opposition. Whether or not the khipu constitutes writing is not the issue I have pursued here. That is ultimately a semantic and, hence, political problem that may be solved by expanding—or not—the definition of writing.” (p. 141)

While literacy requires the competency to assimilate information presented in written script, Ong (1982) defines orality, or orally-transmitted information systems, as signifying collective expressions of specialized knowledges that belong to a particular community of people. Ong further explains that extended thought in oral cultures is stored and retrieved from memory through mnemonic patterns called ‘oral formulas.’ The formulas organize information in carefully wrought clusters stored deep in the unconscious and preserved by oral cultures. Likewise, Devantine (2009) defines orality as “the restitution of memory transmitted through diverse expressions of voice or words of a culture” (p. 10).

Analogously, Nogueira (2008) defines “oral” tradition as a mode of expression that congregates knowledge, memories, values, and symbols generally configured in linguistic objects of non-literary or aesthetic-literary nature, objects with or without consignment in written testimonies, accomplished vocally and recognizable collectively and during consecutive generations in an anatomy built by the laws of traditionality (anonymity, persistence, variation). (p. 164)

As such, a vital function of oral tradition is its thrust of creating communal identity and a sense of amity by virtue of sharing the same past experiences. From an ethnomathematical standpoint, the vehicles by which a body of knowledge is preserved and transmitted are inextricably determined by formats fashioned and enacted solely by the community itself. As D’Ambrosio (2000) states,

Mathematics, as a human endeavor, is the same. This is one focal point of the research program known as ethnomathematics, which deals with the generation, the intellectual and social organization and the diffusion of different ways, styles and modes (tics) of explanation, understanding, learning, coping with and probing beyond (mathema) the immediate natural and socio-cultural environment (ethno). (p. 90)

Ethnomathematics and indigenous technologies

As a mediator of people’s existential experiences (Cuthbertson, Socha, & Potter, 2004), technology is a significant part of everyday life in any society as it plays a key role in the development and maintenance of cultures. Rogers (2003) defines technology as “a design for instrumental action that reduces the uncertainty in the cause-effect relationship involved in achieving a desired outcome. Technology often has two components: the tool that embodies the technology and the information base for the tool” (p. 13). The idea of technology is to make life easier for its users, and, in whichever form technology is manifested, it is inherently free in its development and in how it is operated. While there are all sorts of technological developments that continue to shape society and how we live (Cuthbertson et al., 2004), technology acts as a tool of humanity that influences social values and practices and thus becomes a part of the culture.

Research on the ethnomathematics of different cultures has unearthed numerous indigenous technologies that inherently embody mathematical structures, such as number systems, folk games and puzzles,

kinship relations, divination systems, and symmetric strip decorations (Chahine, 2011). Bogoshi, Naidoo, and Webb (1987) cite one of the earliest indigenous technologies that is assumed to represent a manifestation of human mathematical activity: “a small piece of the fibula of a baboon, marked with 29 clearly defined notches discovered in the early 1970s during an excavation of Border Cave in the Lebombo Mountains between South Africa and Swaziland and initially dated to approximately 35,000 BC” (p. 294). It is believed that the bone closely mimics the calendar sticks that are used up to the present day by many cultural tribes in Namibia and Botswana (Gerdes, 2000). Amara (1987) defines indigenous technology as the use of traditional methods and locally available materials to produce essential goods for sale or domestic consumption. In many cases, such endeavour requires the design and construction of devices to facilitate the production process. Amara also provides a variety of examples of indigenous technologies that include production; processing and preservation of local food stuffs; production of chemicals, such as salt; metal work; charcoal production; preparation of herbal medicines; production of local brews; trap making; and arts and crafts (e.g., weaving, carving, tie dying, pottery).

In this paper, we define indigenous technologies as embodiments comprising information codes that reflect potential sources of implicit and explicit narratives and modes of strategic thought most valued by the culture and which are communally accepted as emulations of the people’s cultural heritage and social identity. The significance of examining those indigenous technologies from an ethnomathematical perspective stems from their inherent ability to unfold the cultural and sociopersonal identity of the South African cultures. Of major interest are two vital indigenous technologies that thrive in South African context and that provide information about the cultural heritage and social norms of the culture: beadwork and basketry.

Rogers (2003) asks why indigenous knowledge systems are often ignored or denigrated by change agents who introduce innovations. Furthermore, Rogers believes that this attitude often leads to fallacies and views that the old and new are not compatible. While to dichotomize traditional and modern technologies is less relevant for our purposes in this paper, we argue that indigenous technologies are in fact off-scale vis-à-vis the old/new dichotomy in that such technologies have different attributes in design and in purpose. In addition, we emphasize that the motivation behind exploring those indigenous technologies is not to present such technologies as pedagogical illustrations of activities that can be incorporated in the classroom. Therefore, we exercised caution to avoid falling in the trap of reducing the argument to a mere exposition of “microscopic” dissection of these technologies in isolation of the sociocultural and political circumstances that instigated its emergence (Pais, 2011). In this article, we argue that beadwork and basketry are quintessential illustrations of existing indigenous technologies that thrive in the Zululand and which represent an intimate disclosure of highly specialized knowledges that are owned and appropriated by its practitioners.

Methodology

Context: Durban, South Africa

We conducted our investigation in Durban, the largest city in the South African province of KwaZulu-Natal (KZN) and the third largest city in the country. Durban is a coastal city located on Natal Bay of the Indian Ocean, with warm climate and sandy beaches (around 97 km of coastline). eThekweni Municipality is the local government body responsible for governing and managing Durban. The eThekweni Municipal

Area (EMA) is 2297 km in size (1.4% of the province of KZN). Durban has a population of around 3.5 million people of whom 68% are Black African; 20% Asian; 9% White; and 3% Colored. Being the busiest port in South Africa, Durban attracts tourists from different parts of the world and is famous for the traditional crafts and art work that is perfected by the indigenous communities and exhibited by the street sellers along the coastline (Ethekewini Municipality: online reference).

In the Zulu culture of South Africa, orally-transmitted and tactile-based indigenous technologies play a major role in the production, dissemination, and preservation of a rich body of information that is concealed and estranged from a foreign viewer and which is inextricably linked to everyday life of the people. D’Ambrosio (2000) explained that cultural ethos encloses mechanisms generated by the culture to guard against violations and breaching of codes from outsiders. The only way to decode the syntax of this information system and retrieve meaning is to penetrate the Zulu culture’s systems of social organization, symbolism, belief, and ideology. Furthermore, Eglash et al. (2006) touched upon ethical issues concerning the “ownership” and accessibility concerns with IKS and stated that “for the moment, we can only say that we maintain it is possible to make respectful, ethical use of those materials, given a dialogue with community representatives” (p. 360).

Procedure

The first author visited Durban in South Africa to learn about the culture and to examine firsthand the intrinsic cultural artifacts, including beadwork and basketry, that thrive on the streets of the coast of Port Natal in Durban. We used 3 methods for collecting data: (a) informal interviews with bead workers and basket makers; (b) collection of artifacts including beadwork items, baskets, and pictures; and (c) researcher’s introspection during field observations. Some of the sites visited while in Durban included the William Campbell Museum of African Art and Furniture; the Phansi Museum; the Shakaland Cultural Village; and the beachfront bead and basket street sellers.

While walking on the beachfront in Durban, the researcher had the opportunity to converse with some Zulu women and men, who exhibited their beadwork and basket ware on the pavement under the shaded huts. The women, who were so proud of their artistic work, were keen on explaining the variety of formats and techniques they used in the bead-woven bracelets, necklaces, picture frames, belts, bookmarkers, and head bands. The myriad techniques such as netting, wrapping, fringing, braiding, and weaving introduced with many vivid designs and bright colors embody artistic expressions of social narratives and cultural discourses. Geometric structures and concepts prevalent in the beadwork designs, such as symmetries and transformations, unraveled cultural codes (i.e., conventions or patterns) that convey expressions of thought from the Zulu ancient traditions and that hold the key to intrinsic knowledge systems.

Method and analysis

An ethnographic approach using participant observation and artifact collection was employed over a period of one week. The researcher, posing as a customer, collected artifacts from street sellers on the coast of Durban. The researcher also asked permission to take photographs of collectible pieces of bead ornaments and baskets when visiting museums and art collections. A total of 54 pictures was collected, 18 of which were examined and analyzed for further reflection.

We employed the object- and photo-voice (Wang, 2006) method in our analysis of indigenous technologies inherent in the artifacts collected. We used object- and photo-voice technique as an action research strategy, where objects and their photos were read as narratives through which experiences of indigenous Zulu communities are textualized and translated using an ethnomathematical perspective. As Burnett (1995) emphasizes in relation to photography, “photographs encourage the viewer to displace the conventional parameters of language use in order to create a new context for the articulation of meaning. A radically different conceptual framework may be initiated that does not, in and of itself, permit the easy use of either the verbal or the written for descriptive or interpretive purposes” (p. 44).

In analyzing the photos and objects, we performed a feat of reconstruction, calling upon the sensory experiences of the designers and the contextual and social narratives evoked by multiple layers of textures and designs. In some cases, we used photographs as a kind of artefactual notation to elicit and stand for the original object.

Ethnomathematical Analysis of Indigenous Technologies

Beadwork technologies: Semantics and syntax

In the realm of oral traditions, the technology of bead working represents a form of an intercultural visual language that textualizes geometric patterns into ideas which are communicated and exchanged vividly and meaningfully (see Figure 1). For the Zulu people, this orally-based, naturalistic system of visual representations emblemize a mode of information dissemination, an embodiment of thought and belief system drawn from lived experiences of ancestors across many generations. Barta and Silverman (1997) argue that: “Mathematical application and thinking are embedded holistically in the beading process” (online reference).



Figure 1. The earliest beadwork example in the Killie Campbell Africana Collection dates from about 1927.

Concomitantly, our field work observations and informal discussions with the Zulu natives revealed the primacy of these indigenous technology systems in the sociocultural fabric of the community. Imbued with metaphoric connotations in the meaningful portrayal, preservation, and transmittal of complex and insightful solutions, such technologies are created and appropriated by the Zulu culture in response to a spectrum of emerging quotidian problems. Narra-



tives associated with various bead ornamentation and designs can range from everyday endeavors, such as making embroidered and beaded covers for dishes to keep the flies away, to more complex issues that address fertility (e.g. fertility dolls), individual identity, and the struggle for survival (Sienaert, Cowper-Lewis, & Bell, 1994).

Narratives attached to beadwork: zThe Zulu bead messages

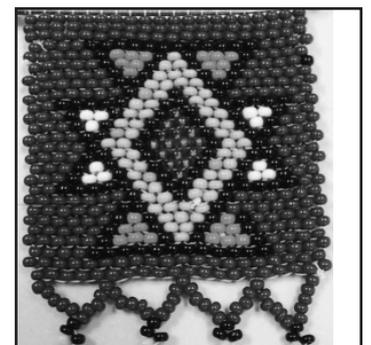
The most vivid illustration of an indigenous technology created by the Zulu culture for the purpose of communication and dissemination of information is the widespread practice of *Ibheqe* or Zulu bead letters (see Figure 2). As an ingenious medium of information expression and exchange that is neither oral nor written per se, the Zulu bead messaging technology attaches narratives to an assortment of color coded geometric patterns.

There are varied and interesting associations of narratives and bead patterns that flourish in South Africa. Zulu bead geometric bricolage mimics in different ways personal messages and narratives and captures metaphors that transcend time and embody information in a visuo-perceptual form. As such, Zulu bead patterns act as a concretized information system with inherent algorithmic and geometric processes that create and transmit pieces of information in a more specialized and highly contextualized way. Nonetheless, the dominant view that prevails concerning traditional bead ornament is their intrinsic association with tribal courtship and marriage (Schoeman, 1968). “The object—[Zulu bead message]—is more than a mnemonic. It seems to present itself as a puzzle and a challenge: why is it there? What explanation can be given for its presence” (Barber, 2005, p. 269). Interpreting and decoding bead messages for meaning are complicated by the wealth of proverbs rich in linguistic logic and metaphors. The different structural analyses of a single motif in a beadwork pattern reveals a complex hybrid of intertwined multidimensional layering of information which, if appropriately decoded, makes explicit the meaning embedded in the motif. The first layer embodies the physical and material texture of the pattern as different materials might be incorporated in the design. In addition to glass beads which are most commonly used in South Africa today, other kinds of beads are also used. These are locally made from wood, shells, animal teeth, seeds, metal rings, and clay (see Figure 2).



Figure 2. A magician’s headrest.

The choice of the material is deliberate, as it signifies the tone, depth, and hierarchy in power relations and social statuses. The second layer consists of an assortment of discursive visual patterns or structural units, such as dots, lines, triangles, symmetries, dimensions, scales, angles, and proportions, adding vivid rhythmic texture to the meaning. The third layer comprises the colors, which act as signifiers of visual metaphors such that each color evinces dichotomous positive and negative connotations related to cultural posi-



tion and personal and social accomplishments. For example, Figure 3 shows an iNcwadi Zulu love letter that represents a message woven in beads by Zulu maidens to be given to their lovers as a symbol of love and affection.

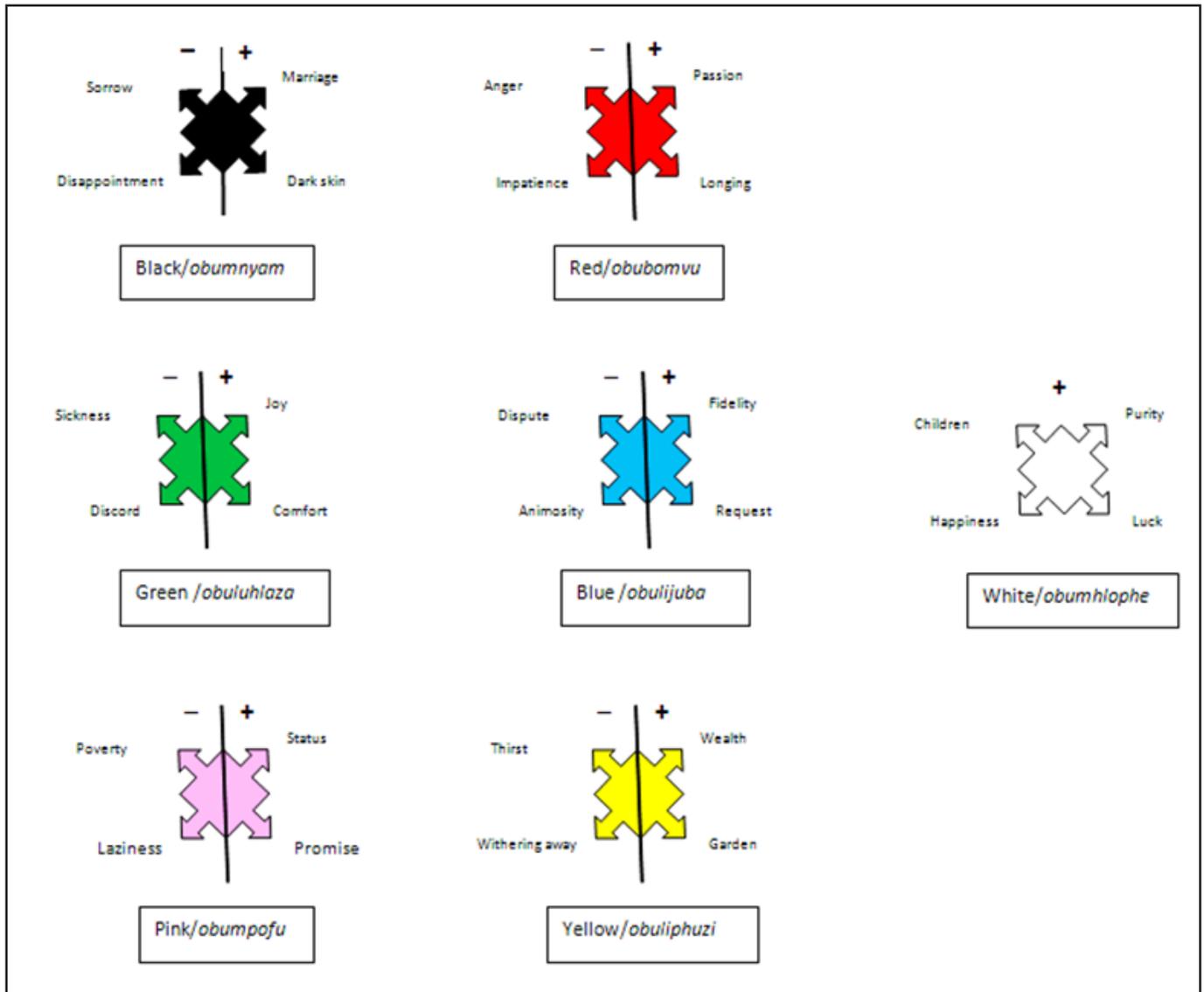


Figure 3. A Zulu love letter.

Women bead makers we informally interviewed indicated the importance of color combinations and coding techniques in conveying messages and narratives. For example, a linear grouping of blue, white, and black is a favorable combination and subsequently signifies a positive message (see Figure 4).

Figure 4. The association of meaning to basic color codes (The figure is produced by the first author).

On the other hand, a grouping of red, pink, and yellow is not favorable and thus carries a negative connotation. In addition to color codes, the order and sequence of the color combinations is primal. For example, in interpreting the symmetrical arrangement of colors, Schoeman (1968) explains that a vertically symmetrical arrangement of red; yellow; blue (at the center) then yellow; and red may convey the message shown in Figure 5.

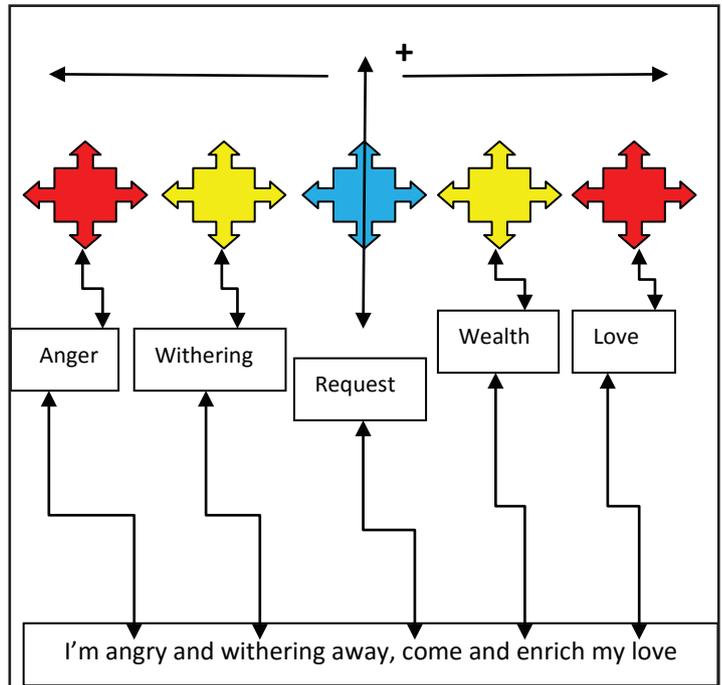


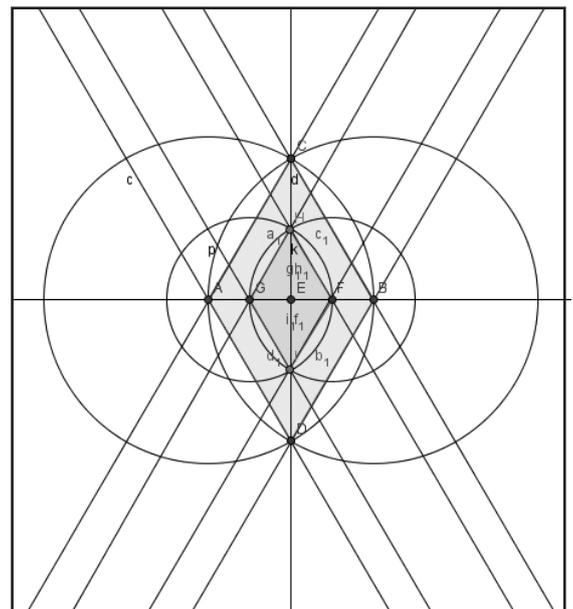
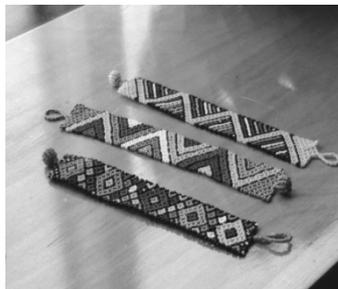
Figure 5. Decoding bead messages from a combination of color codes and symmetrical structures (The figure is produced by the first author).

Thus, the synergy of texture, geometric patterns, and color combinations provides information which is visually synchronized and transmitted to the viewer. The recurrence and nesting of motifs constitute a fluid visual narrative that represents momentous disclosures communicating a story, a social encounter, or a religious event.

In terms of functionality, this visually-based information system is inherently diverse and serves many purposes. Be it as an ornament, a jewelry piece (see Figure 6), a textual diction (e.g., a Zulu letter), or a commemorative object, such functionalities provide various venues for exploring different narratives by virtue of its association with the context.

Figure 6. Beadwork designs on bracelets and head bands.

In terms of patterns, a common geometrically tractable motif that thrives in most of the Zulu beadwork designs is



the ‘stepped diamond.’ Constructed from the triangle as a “basic Zulu design unit,” the diamond represents a signature image template whereby bead workers experiment and play with symmetrical patterns.

Papini (1994) argues that the stepped diamond shape emanates from a common divinity design known as vesica piscis. The vesica, which literally means “fish bladder,” is created by the intersection of 2 circles of equal diameters with the perimeter of each passing through the center point of the other (see Figure 7).

Figure 7. Geometric construction of the vesica piscis underlying the structure of a stepped diamond.

Thus the triangular shape of a stepped diamond structure as enunciated by Papini (1999) is iconographic of reproductive fertility emblemized in “geometric expression of two enacting entities reconciling relationship, being the third factor symbolizing the principle of harmony” (p. 165).

Basketry

As one of the most ancient handicrafts, baskets have acquired a special dimension of meaning in the social fabric of the Zulu culture. In major rural areas on the outskirts of the city, basket makers at work are a familiar sight. With intricate designs and maximized functionality, hand-woven baskets from the KwaZulu Natal area continually illuminate the struggle between the artisanship and machine production (see Figure 8).



Figure 8. Displays of traditional South African baskets at the Phansi Museum in Durban. As with bead work, structural analysis of the motifs accentuated in basketwork reveals a complex array of parameters that determine collectively the characteristics of the final product. Different basket designs reflect various constructional solutions synchronized to meet certain criteria, such as the material used in making the basket, specialty and purpose of the basket, and the size of the person who will be carrying the basket (i.e., adult or child.).

For the Zulu culture, basketry technology requires thinking in terms of form, functionality, and the process of handling the vegetal materials. The materials, which are confined to the local vegetation of the Zululand, determine the kind of construction and consequently influence the shape of the baskets. To avoid trial-and-error while the design, which may wear down the quality of the materials used, the weaver performs basketry techniques with extreme deliberation and decisiveness. While in the act of weaving, the basket maker falls in a state of relentless contemplation and placid communication with

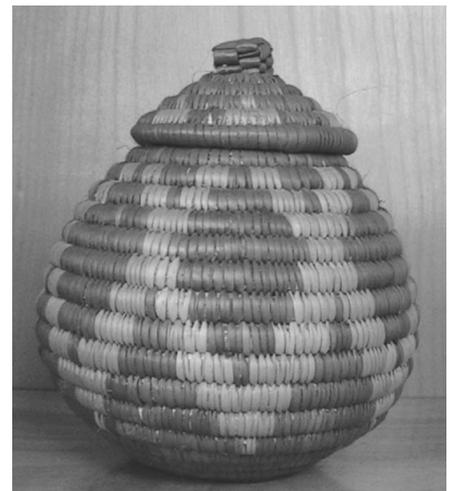
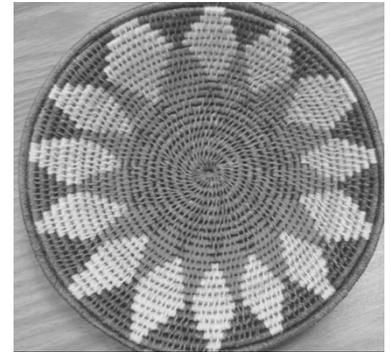
the materials. Most basketry materials are kept the maximum length that they occur naturally in order to avoid starting of new materials which, in turn, takes time, interrupts the rhythm of the design, interferes with the uniformity of the repeated units, and weakens the structure. In response to the delicate nature of the elements, the process of bending and folding gently but firmly follows a methodical configuration that adheres to certain specifications in the dimensions of the piece, to the flexibility of the design, and to the strength of the structure. The basket is composed of systematically repeated modular units or repeated sequences of units (see Figure 9).

Figure 9. A small round flat bowl with rotational order.

From a stacking of these units and through arrangement of colors and textures infinite patterns can be produced. The question of manipulating the dimensions and forming space is intrinsically meaningful to the nature of this technology. The basket begins its existence as a flat surface and progressively takes a three dimensional shape, a kind of hemisphere in many variations. To get the desired dimensions, the basket maker resorts to successive subtractions, reducing the size of the materials used without interrupting the iterative patterns and the structural organization of the elements. Within the changing number of units, the geometric pattern is constructed in synchrony with the changing number of modular units, which is more complex than incorporating geometric patterns where the number of units per row is consistently fixed (see Figure 10).

Figure 10. A thickly woven basket with spatial depth.

In the making of the baskets, which may take many months, the weaver has to make a series of heuristic-based computational decisions to ensure optimal precision and accuracy in the execution of the design. For example, we envision the basket maker while in the process of constructing the basket shown in Figure 9 as caught between increasing the units at a greater rate to create an enlargement of the interior of the basket concurrently proceeding at a lesser rate in consonance with the development of the motif. Notwithstanding the fact that the geometric patterns depicted on the body of the basket employed bilateral symmetry along the vertical and horizontal axes, which consequently imposes restrictions on the possibilities of manipulating the structure, the basket maker remarkably succeeds in overcoming the problem of preserving regularity in geometric designs while continuously changing the number of modular units. By the same token, Gerdes (1998) capitalized on the specialized knowledge that the sipatsi (hand bags) and titja (coiled baskets) weavers in Mozambique and their expertise in inventing various strip pattern designs that demonstrate the seven possible symmetry groups.



Contrary to beadwork, the hands are the basic tools and machinery required in basket making technology; hence, no device or implements are necessary to hold the material together. Nonetheless, a fine degree of equilibrium, tension and loosening without false straining are optimized. Like beadwork, Zulu basketry calls for marked orderliness during execution and an optimal skill to manipulate the materials so as to follow configurations that allow the elements to support each other under tension whereby all are held in place by virtue of their relative positions to one another. As such, different materials induce different designs and a different array of expression. Because this technology does not allow corrections or adjustment, geometric patterns which result so naturally from the process are favored because of their predictability. When asked about how to remedy if a problem in the structure has been encountered, one basket maker mentioned that even before the work begins, the picture of the finished piece stands before the weaver's eyes, clear in its complete form and in its details. Thereby, errors are practically minimized.

Looking at myriad designs of Zulu basket technology does not provide a full understanding of the functionality of the different genres of designed baskets. One must experience their commodious usage in the everyday life of the Zulu people. From an outsider perspective, it is congenial to decide whether the shapes, colors, textures and designs of the baskets as decorative pieces are appealing. What is most interesting is the all-inclusiveness of the form where the unity of mass and proportion, the weaving and binding, the materials and techniques all combine in one smooth flow. When closely observing the regularity and orderliness of the structures as well as the proportions and logical organization of the motifs and patterns, the viewer cannot but discern the skill and expertise of the maker and the time and dedication incurred to produce such a technological artifact that is widely usable, inherently useful, and intensely expressive.

Closing remarks

In this article, we address the ethnomathematical structure underlying two indigenous technologies that undergird the daily practices of Zulu culture. Measuring, counting, timing, devising and structuring patterns, bending and folding according to afforded dimensions, and decision making are all examples of activity-situated ethnomathematical ideas that thrive in the design and execution of indigenous technologies prevalent among crafts people in the Zululand. We contend hitherto that such technologies embody an intensification of subjective and highly specialized indigenous knowledges and skills that are methodically systematized yet orally-based. The patterned beadwork designs and the 3-dimensional basketwork structures reflect geometric expressiveness endlessly synchronized with symmetrical forms and colors that attest not only to the proficiency of the Zulu communities but also to the riches of their ancestral heritage and collective cultural persona.

At the present and as most of oral traditions are at risk of being fungible by a thirst for material novelty and enthusiasm for the new, exploring the wealth of existing indigenous technologies as well as preserving their edifices would be a worthwhile endeavor for indigenous cultures sustainable local and global wellbeing.

References

- Amara, J. (1987). Indigenous technology of Sierra Leone and the science education of girls. *International Journal of Science Education*, 9, 317-324.
- Anderson, S. E. (1997). Worldmath curriculum: Fighting Eurocentrism in mathematics. In A. Powell & M. Frankestein (Eds.), *Ethnomathematics: Challenging Eurocentrism in mathematics education* (pp.291-306). Albany, New York: State University Press.
- Ascher, M. (1991). *Ethnomathematics: A multicultural view of mathematical ideas*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Ascher, M. (2002). *Mathematics elsewhere: An exploration of ideas across cultures*. UK: Princeton University Press.
- Barber, K. (2005). Text and performance in Africa. *Oral Tradition*, 20(2), 264-277.
- Barta, J., & Silverman, R. (1997). Mathematics and beadwork: Notes from a conversation with a Sioux artist. Retrieved from <http://www.ethnomath.org/resources/ISGEm/092.htm>
- Bogoshi, J., Naidoo, K., & Webb, J. (1987). The oldest mathematical artefact. *The mathematical Gazette*, 71, 294-302.
- Brokaw, G. (2003). The poetics of khipu historiography. *Latin American Research Review*, 38(3), 111-147.
- Burnett, R. (1995). *Cultures of vision: Images, media, and the imaginary*. Bloomington: Indiana University Press.
- Carraher, T. N., Carraher, D., & Schliemann, A. D. (1985). Mathematics in the streets and in schools. *British Journal of Developmental Psychology*, 3, 21-29.
- Chahine, I.C. (2011). Beyond Eurocentrism: Situating ethnomathematics within the history of mathematics narrative. *International Journal for Studies in Mathematics Education*, 4(2), 35-48.
- Cuthbertson, B., Socha, T. L., & Potter, T. G. (2004). The double-edged sword: Critical reflections on traditional and modern technology in outdoor education. *Journal of Adventure Education & Outdoor Learning*, 4(2), 133-144.
- D'Ambrosio, U. (1982). *Mathematics for rich and for poor countries*. Paramaribo: CARIMATH.
- D'Ambrosio, U. (1985). Ethnomathematics and its place in the history and pedagogy of mathematics. *For the learning of mathematics*, 5, 44-48.
- D'Ambrosio, U. (1999). Literacy, matheracy, technocracy: A trivium for today. *Mathematical thinking*

& Learning, 1(2), 131-153.

D'Ambrosio, U. (2000). A historiographical proposal for non-western mathematics. In H. Selin (Ed.), *Mathematics across cultures: The history of non-western mathematics* (pp.79-92). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

D'Ambrosio, U. (2001). *Ethnomathematics: Link between traditions and modernity*. Rotterdam, Taipei: Sense Publishers.

Devantine, F. (2009). Written tradition, oral tradition, oral literature, future. *Shima: The International Journal of Research into Island Cultures*, 3(2), 10-14.

Eglash, R., Bennett, A., O'Donnell, A., Jennings, S., & Cintorino, M. (2006). Culturally situated design tools: Ethnocomputing from field site to classroom. *American Anthropologist*, 108(2), 347-362.

Ethekwini Municipality (n.d.). The official site of the city of Durban. Retrieved from <http://www.durban.gov.za/durban/>

Gay, J., & Cole, M. (1967). *The new mathematics and an old culture: A study of learning among the Kpelle of Liberia*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Gerdes, P. (1988). On possible uses of traditional Angolan sand drawings in the mathematics classroom. *Educational Studies in Mathematics*, 19, 3-22.

Gerdes, P. (1994). *Sona geometry: Reflections on the tradition of sand drawings in Africa south of the Equator*. Maputo, Mozambique: Ethnomathematics Research Project.

Gerdes, P. (1995). *Women and geometry in Southern Africa: Suggestions for further research*. Maputo, Mozambique: Ethnomathematics Research Project.

Gerdes, P. (1998). *Women, art, and geometry in Southern Africa*. Asmara, Eritrea: African World Press.

Gerdes, P. (2000). On mathematical ideas in cultural traditions of central and Southern Africa. In H. Selin (Ed.), *Mathematics across cultures: The history of non-western mathematics* (pp. 313-344). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Gerdes, P. (2007). *African basketry*. Maputo: Center for Mozambican Studies and Ethnoscience.

Harris, M. (1987). An example of traditional women's work as a mathematics resource. *For the Learning of Mathematics*, 7(3), 26-28.

Jurdak, M., & Shahin, I. C. (1999). **An ethnographic study of the computational strategies of a group of young street vendors in Beirut.** *Educational Studies in Mathematics*, 40, 155-172.

Jurdak, M., & Shahin, I. C. (2001). **Problem solving activity in the workplace and the school: The case**

of constructing solids. *Educational Studies in Mathematics*, 47, 297-315.

Kyselka, W. (1987). *An ocean in mind*. Honolulu: University of Hawaii Press.

Lévy-Bruhl, L. (1966). *How natives think*. New York: Washington Square Press.

Lévy-Bruhl, L. (1952). A letter to E. E. Evans-Pritchard. *The British Journal of Sociology*, 3(2), 117-123.

Luria, A. R., & Vygotsky, L. S. (1998). *Ape primitive man and child: Essays in the history of behavior*. Boca Raton, FL: CRC Press.

Masingila, J. O. (1992). Mathematics practice and apprenticeship in carpet laying: Suggestions for mathematics education (Doctoral dissertation, Indiana University, 1882). *Dissertation Abstracts International*, 53, 1833A.

Millroy, W. (1992). An ethnographic study of the mathematical ideas of a group of carpenters. *Journal for Research in Mathematics Education, Monograph 5*.

Mosimege, M., & Onwu, G. (2004). Indigenous knowledge systems and science education. *Journal of the Southern African Association for Research in Mathematics, Science and Technology Education*, 8, 1-12.

Nettle, D., & Romaine, S. (2000). *Vanishing voices: The extinction of the world's languages*. London, United Kingdom: Oxford University Press.

Nogueira, C. (2003). Oral tradition: A definition. *Oral Tradition*, 18(2), 164-165.

Nunes, T., Schliemann, A. D., & Carraher, D. W. (1993). *Street mathematics and school mathematics*. London, United Kingdom: Cambridge University Press.

Ong, W. J. (1982).

Orality and literacy: The technologizing of the word

. New York: Methuen

Papini, R. (1994). The stepped diamond of mid-century Zulu bead fabric: Aesthetic assimilation beyond the second Izwekufa. In E. Seinaert, M. Cowper-Lewis, & N. Bell (Eds.), *Oral tradition and its transmission* (pp. 27-46). Durban, South Africa: Center for Oral Studies.

Papini, R. (1999). Izazi on the Eleusine Mother: Uncommon sources for precolonial religious history in KwaZulu-Natal. *Voices: A Journal for Oral Studies*, 2, 156-193.

Pais, A. (2011). Criticisms and contradictions of ethnomathematics. *Educational Studies in Mathematics*, 76, 209-230.

Prediger, S. (2002). Consensus and coherence in mathematics: How can they be explained in a cultural-istic view? Retrieved from <http://people.exeter.ac.uk/PErnest/pome16/consensus.htm>

Radford, L. (2008). Culture and cognition: Towards an anthropology of mathematical thinking. In L. D. English (Ed.), *Handbook of international research in mathematics education* (2nd ed., pp. 439-464). New York: Routledge.

Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

Rist, S.; & Dahdouh-Guebas, F. (2006). Ethnoscience—A step towards the integration of scientific and indigenous forms of knowledge in the management of natural resources for the future. *Environment, Development and Sustainability*, 8, 467-493.

Saxe, G. B. (1988). The mathematics of child street vendors. *Child Development*, 59, 415-425

Schoeman, H. S. (1968). A preliminary report on traditional beadwork in the Mkhwanazi area of the Mtunzini district, Zululand. *African Studies*, 27(2), 57-81.

Sienaert, E. (1990). Marcel Jousse: The oral style and the anthropology of gesture. *Oral Traditions*, 5(1), 91-106.

Sienaert, E., Cowper-Lewis, M., & Bell, N. (Eds.). (1994). *Oral tradition and its transmission*. Durban, South Africa: Center for Oral Studies.

Throop, C. J. (2003). Minding experience: An exploration of the concept of “experience” in the early French anthropology of Durkheim, Lévy-Bruhl, and Lévi-Strauss. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(4), 365–382.

Tylor, E. B. (1958). *Primitive culture*. New York: Harper.

Wang, C. C. (2006). Youth participation in photovoice as a strategy for community change. *The Journal of Community Practice*, 14(1), 147-161.

Wilder, R. (1981). *Mathematics as a cultural system*. Oxford: Pergamon Press.

Wilder, R.L. (1965). *The foundations of mathematics*. New York: John Wiley.

Zaslavsky, C. (1973). *Africa counts: Number and pattern in African culture*. Boston: Prindle, Weber & Schmidt.

Annexe 2

