

E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne
41100 NAVEIL**

Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91

E-mail : edcas.41@wanadoo.fr

Site Médical et Paramédical : www.edcas.org

Nouvelle année 2009 où la situation de chacun peut être remise en cause de part le système économique actuelle.

Mais, il n'y a pas que cela.

Au niveau des relations humaines, il y a aussi une sorte de « mutation » du fonctionnement des couples engendrée via le système psychoaffectif. L'histoire de l'être humain depuis 450 millions d'années se répète sur le même canevas, il n'y a que les couleurs qui changent ! Alors nous voilà face à notre anamnèse et notre réactivité ne dépend que de notre histoire.....

Vos témoignages peuvent être diffusés et/ou si vous souhaitez voir développer des sujets spécifiques alors merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Vous êtes membres du corps de santé et personnes intéressées par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association soit le moyen de présenter un thème qui vous tient à coeur alors nous sommes à votre écoute.**

Le Président,

Docteur Pierre BULLE

«Tu es ce que je suis !»

Rodolf-Karel CANOY



Bulletin Info

N° 45

Mars2008

Dans ce numéro :

Du stress au travail à l'épuisement psychologique	2
--	----------

<i>Pas de plaies bénignes pour la main</i>	3
---	----------

<i>L o m b a l g i e chronique : Prévenir l'invalidité</i>	5
---	----------

<i>Les facteurs d'observance aux psychotropes</i>	9
--	----------

<i>Les dermo-corticoïdes au secours du phimosis</i>	11
--	-----------

Les prochaines réunions	13
--------------------------------	-----------

Les membres du bureau	14
------------------------------	-----------

Numéros disponibles et à paraître	16
--	-----------

Du stress au travail à l'épuisement psychologique

Pour leur 5^{ème} édition, les Journées européennes de la dépression ont pris le large à bord d'une péniche amarrée sur les quais de Seine. Au programme, stress au travail et dépression en passant par le burn-out sous la conduite du Docteur Frédéric RAFFAITIN, psychiatre à Paris.

Étymologiquement, le mot travail vient du latin *trepalium* qui signifie torture. Pourtant, le travail, au delà de la rétribution, c'est aussi un repère identitaire qui est important dans le champ social de la relation à l'autre », reconnaît le Docteur Frédéric RAFFAITIN.

« Les actes négatifs d'une personne sont souvent dus à une incompétence, une envie et une jalousie indiquant bien avec certitude, comme son propre miroir, de son incapacité à pouvoir gérer les autres et surtout lui-même. »

Rodolf-Karel CANOY
ingénieur et ex-salariée d'un grand groupe de télécommunications: « Il existait des dysfonctionnements majeurs dans l'organisation du travail de l'entreprise et le stress qui s'en est suivi pour l'ensemble des salariés a été à l'origine de mon épuisement psychologique, puis de ma dépression », témoigne-t-elle. Il lui paraît urgent d'accroître la part de l'humain dans l'organisation des entreprises pour prévenir autant de souffrances faites au nom d'une rentabilité déshumanisante. Plusieurs causes à la souffrance morale au travail

Pour le Dr RAFFAITIN, il est important de distinguer la souffrance morale au travail liée aux conditions professionnelles, celle qui est liée à des facteurs relationnels et humains et, enfin, celle qui est la conséquence des méthodes actuelles de

management dans de nombreuses entreprises. «

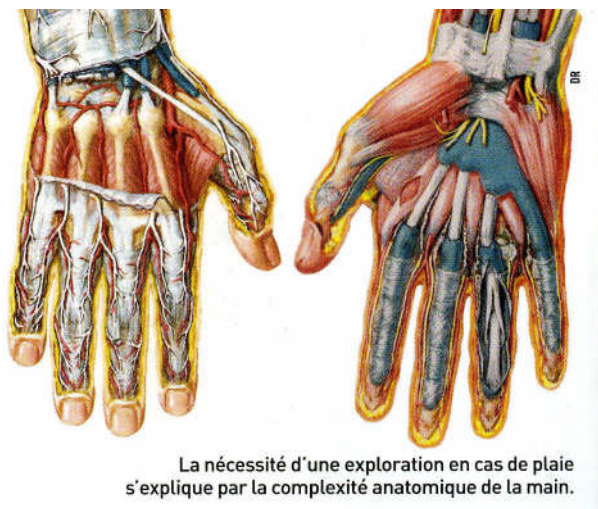
Pour les conditions de travail, il faut rechercher la surcharge de travail, les tâches répétitives et monotones, les mutations et changements de poste fréquents, ainsi que les mauvaises conditions de travail et de sécurité », explique le RAFFAITIN. Mais la maladresse managériale ou la mésentente entre collègues, parfois humiliante et agressive, est une source importante aussi de souffrance au travail du fait de conflits de valeur, d'un sentiment d'injustice ou d'un stress relationnel répété.

Le spectre du burn-out

Et quand la souffrance au travail perdure, le spectre du burn-out ou de l'épuisement professionnel n'est plus très loin. « Il existe des personnalités plus à risque de burn-out que d'autres, les sujets intervertis qui n'expriment pas leurs émotions, ceux qui sont avides de reconnaissance et compétitifs, mais aussi celles qui veulent faire plaisir à tout le monde », souligne le Dr RAFFAITIN. Ce burn-out toucherait près de 10 % des salariés et 40 % des médecins généralistes à un moment ou un autre de leur carrière. Les symptômes à rechercher sont l'épuisement émotionnel, un sentiment de dépersonnalisation, de manque d'accomplissement personnel, des attitudes défensives comme le cynisme ou l'absence d'écoute ... C'est, bien sûr, tout l'enjeu de la prévention de la souffrance au travail que d'éviter d'en arriver au burn-out qui, quelquefois, peut conduire au suicide.

Docteur Jean-Pierre RAGEAU

Toute plaie de la main dès qu'elle atteint le derme nécessite une exploration immédiate par un spécialiste au bloc opératoire, l'absence d'exploration exposant le patient à une perte de chance de récupération fonctionnelle.



Toute plaie sur un trajet tendineux, nerveux, artériel ou articulaire doit être explorée pour rechercher des lésions sous-jacentes ... Or la main n'est que tendons, nerfs, artères et articulations. Ainsi, une plaie de la main apparemment bénigne doit être explorée systématiquement. La réparation de tous les tissus lésés en un temps est suivie d'une mobilisation précoce protégée ou non. Les « petites » plaies que le patient néglige ou que le praticien sous-estime sont souvent synonymes de « gros » ennuis pour le patient. .. et le praticien. Chaque année, en France, la fréquence estimée des plaies de la main est de 1,4 million dont 620 000 peuvent laisser un handicap. Exploration immédiate indispensable par un spécialiste

Au service d'urgence du Val-de-Seine, chaque semaine au moins un patient consulte trop tardivement pour une plaie de la main en apparence bénigne. « Tardivement » signifie que la

main est en danger en raison d'une infection ou d'une section d'un tendon ou d'un nerf non diagnostiqué.

La Fesum (Fédération européenne des services urgences main) regroupe les centres d'urgence disponibles 24 heures sur 24. Il en existe au moins un par département. Pour connaître le centre le plus proche: contacter le 0825.00.22.21 ou se connecter sur le site Internet. Le rôle du médecin généraliste consiste à adresser aux urgences le plus rapidement possible toute plaie de la main et à expliquer au patient pourquoi, même si la plaie peut paraître anodine. Connaître le statut du patient vis-à-vis du tétanos s'impose dans tous les cas et sa prévention est nécessaire si besoin.

La cause de la plaie est importante à connaître car :

- ⇒ une plaie par éclat de verre est une urgence immédiate. Les structures sous-jacentes peuvent être atteintes même lorsque la porte d'entrée cutanée est minime (1 mm par exemple). « Le verre s'arrête à l'os! » ;
- ⇒ qu'une plaie par injection sous pression (type pistolet à peinture) est une urgence absolue, a priori très grave du fait des lésions engendrées et de la toxicité du corps étranger (peinture, solvant, huile ...). Les plaies par injections sous pression peuvent être très profondes, délabrantes mais peu douloureuses;
- ⇒ les morsures d'apparence banale ont un risque infectieux très élevé, les plus dangereuses étant les morsures humaines.

La date de la plaie :

Si la plaie date de moins de trois jours, il faut adresser le patient en service spécialisé pour exploration au bloc.

Si la plaie date de plus de trois jours et qu'elle n'est pas infectée, le spécialiste différera l'exploration jusqu'à la cicatrisation qui nécessite quinze jours. Le patient est surveillé par le spécialiste jusqu'à l'intervention pour vérifier l'absence d'infection.

L'état septique de la plaie :

Lorsque la plaie est infectée, l'intervention en urgence est toujours nécessaire pour explorer et parer la plaie. L'antibiothérapie postopératoire guidée par les prélèvements est systématique. Seuls, ils ne suffisent pas à endiguer les infections de la main.

La douleur.

Le niveau de douleur est indépendant de la gravité de la plaie. Une plaie minime peut être responsable de douleurs importantes et entraîner secondairement une algodystrophie. «La main est le parking des angoisses». La douleur doit être soulagée par des antalgiques adaptés généralement de palier 1 ou 2.

En cas de troubles sensitifs

Un trouble sensitif secondaire à une plaie d'un doigt vu tardivement doit être exploré, lorsqu'il ne régresse pas spontanément en une dizaine de jours. La suture du nerf est, en effet, possible sous microscope, facilite la récupération fonctionnelle et évite le névrome (très handicapant).

En cas de diabète ou de valve cardiaque :

La prophylaxie antibiotique préopératoire est systématique.

Quelques pièges qui justifient la consultation spécialisée systématique :

La plaie par couteau sur des doigts fléchis: l'ouverture cutanée n'est pas en regard de la section des fléchisseurs qui peuvent s'être rétractés.

La plaie punctiforme non explorée et suturée : risque de section en deux temps de l'appareil fléchisseur.

La plaie punctiforme de la face dorsale de l'articulation métacarpophalangienne des doigts longs du donneur de coup de poing: risque d'arthrite.

À SAVOIR

Une plaie de 2 mm de profondeur suffit à sectionner totalement un nerf, un ou plusieurs tendons, une artère ou à ouvrir une articulation. L'exploration des plaies des mains est réalisée au bloc opératoire, sous anesthésie loco-régionale, sous microscope et garrot pneumatique • Antiseptiques: les spécialistes recommandent aujourd'hui de ne plus utiliser d'antiseptiques iodés pour les plaies de la main en raison du risque d'intolérance à l'iode des tissus lésés. L'efficacité des antiseptiques iodés n'est, par ailleurs, pas prouvée.

Une « lombalgie commune » ou lombalgie non spécifique qui dure plus de trois mois est une lombalgie chronique. Il s'agit d'une douleur mécanique d'origine discale, musculaire ou articulaire postérieure. Sa prise en charge est avant tout axée sur les exercices musculaires associés à un suivi psychologique et comportemental.

UNE ORIGINE TRIPLE: SOMATIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE

Il est désormais bien établi que le risque de passage à la chronicité d'une lombalgie dépend en grande partie de facteurs psychologiques et sociaux. Pour optimiser la prise en charge, il importe donc de savoir les repérer précocement.

En effet, une prise en charge inadaptée dans les jours qui suivent un épisode aigu entraîne un risque important de non retour au travail, c'est-à-dire un risque de désocialisation. Après un premier épisode aigu, 5 à 10 % des patients n'ont pas repris leur travail au bout de six mois. Ce pourcentage augmente lors d'une récurrence car les antécédents de lombalgie sont un facteur de risque de chronicité. Parmi les arrêts de travail pour lombalgie, la fréquence annuelle estimée de ceux dépassant trente jours est de 1,2 %. La probabilité de reprise du travail ne serait que de 40 % après six mois d'arrêt et de 15 % à un an.

D'autres facteurs de risque de passage à la chronicité ont été mis en évidence avec un fort niveau de preuve: l'âge, les antécédents de lombalgie, de chirurgie lombaire, la présence d'une sciatique, l'importance de la douleur, la durée de la lombalgie, la gravité de l'incapacité fonctionnelle, un mauvais état général, une insatisfaction au travail. La plupart de ces facteurs (exceptées la chirurgie et la durée de la lombalgie) sont également des facteurs de non retour au travail auxquels il faut ajouter l'inadéquation du salaire.

Les facteurs psychologiques personnels sont logiquement associés à un risque de chronicité: l'humeur dépressive et l'anxiété notamment.

Le repérage précoce de ces facteurs permet une meilleure prise en charge. Les facteurs professionnels échappent souvent aux médecins, mais il est néanmoins possible d'essayer de se mettre en relation avec le médecin du travail du patient.

Ces éléments ayant été identifiés, on sait, aujourd'hui, qu'il est possible de réduire le passage à la chronicité par une prise en charge appropriée prenant en compte tous les facteurs: somatique, psychique et social.

Il est également démontré que la façon dont le médecin informe le patient joue un rôle déterminant vers la chronicité. Le message optimal est centré sur la modification des attitudes et croyances du patient, en mettant en avant les bénéfices de rester actif et d'éviter le repos au lit, tout en le rassurant de la bénignité de la maladie.

LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'évaluation initiale :

Elle comporte une évaluation de la douleur qui repose avant tout sur l'interrogatoire, une évaluation fonctionnelle et une évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive. La recommandation de la HAS insiste sur la prépondérance de l'écoute et de l'interrogatoire. En particulier, la description du contexte professionnel et l'analyse des facteurs psychosociaux sont essentielles. L'examen clinique doit être répété. L'évaluation initiale d'un lombalgique peut nécessiter plusieurs consultations. L'examen vise aussi à identifier les lombalgies dites symptomatiques avec :

- ⇒ en faveur d'une fracture: une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 60 ans;
- ⇒ en faveur d'une néoplasie: un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexplicable, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique.

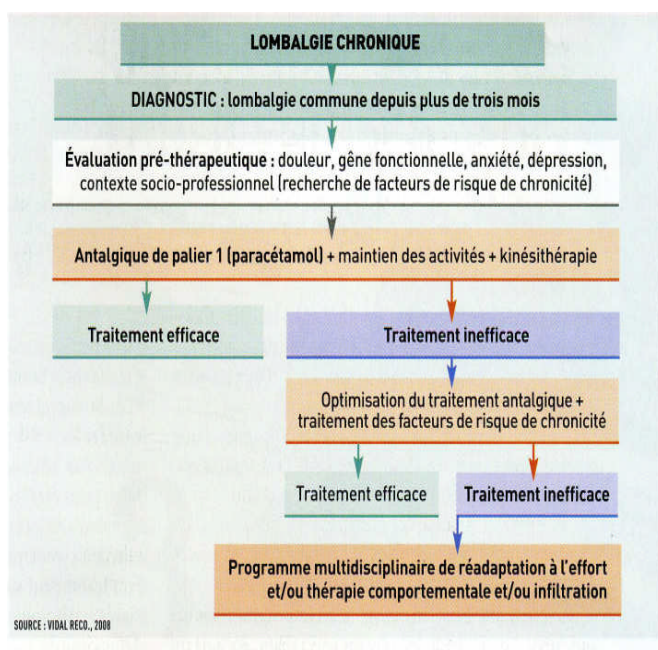
La VS et l'électrophorèse des protéines sanguines sont les premiers examens biologiques à réaliser:

- ⇒ en faveur d'une infection: une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immunodépression, d'infection urinaire, de prise de drogue intraveineuse, de prise prolongée de corticoïdes. La NFS, la VS, le dosage de la CRP sont à demander;
- ⇒ en faveur d'une pathologie inflammatoire: début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appel cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie. La NFS et la VS orientent le diagnostic.

importe de savoir qu'il n'existe pas de corrélation entre les anomalies radiologiques, la survenue ou l'évolution d'un épisode lombalgique.

Ces radiographies sont destinées à éliminer une pathologie spécifique (infectieuse, inflammatoire, métastatique, tumeur, fracture ostéoporotique, lyse isthmique ...). L'Anaes a précisé les indications de l'imagerie des lombalgies chroniques.

L'indication d'un scanner ou d'une IRM doit demeurer exceptionnelle en fonction du contexte clinique, nécessairement précédé du bilan radiographique standard. L'IRM est préférable au scanner. Le scanner conserve sa place en cas de contre-indication ou d'inaccessibilité de l'IRM afin d'éliminer une lombalgie non commune. Il n'y a pas lieu de prescrire de myélographie ou de myélo-scanner. Il n'est pas recommandé de réaliser de nouveaux examens dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapeutique nouvelle (manipulations vertébrales, par exemple). L'Anaes précise que la littérature sur les lombalgies chroniques est de faible qualité. La plupart des études identifiées font appel à des critères de jugement multiples et partiels et ne peuvent pas toujours être comparées entre elles. Toutes ces limites méthodologiques doivent conduire à considérer ces recommandations comme des propositions destinées à aider le professionnel de santé à prendre en charge un patient ayant une lombalgie chronique.



Quelle imagerie?

Des radiographies du rachis lombaire sont demandées en première intention: cliché dorso-lombo-pelvien de face de De Sèze, cliché de profil. Dans plus de la moitié des cas, aucun diagnostic lésionnel précis ne peut être porté. Il

LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

La prise en charge thérapeutique découle de la connaissance des facteurs déterminant la maladie: somatique, psychique, social. Par ailleurs, la prise en charge ne se conçoit qu'en donnant du pouvoir et de la responsabilité au patient.

Les médicaments :

Ils sont destinés à soulager la douleur. Les antalgiques de palier I et II sont les plus utiles. Durant une courte période qui correspond aux poussées douloureuses, les antalgiques peuvent éventuellement être associés à des AINS et des myorelaxants.

La rééducation

Elle est différente en l'absence ou en présence d'un handicap professionnel.

Une rééducation ambulatoire est choisie dans la première situation. En revanche, lorsque la lombalgie est responsable d'un arrêt prolongé des activités professionnelles, la prise en charge est nécessairement multidisciplinaire, associant prise en charge physique, psychique et mise en place d'une stratégie de retour au travail. La rééducation ambulatoire n'a, en effet, pas prouvé son efficacité sur la réinsertion socioprofessionnelle.

La place des exercices physiques est importante. En effet, l'inactivité physique est responsable d'un déconditionnement des muscles à l'effort qui entraîne non seulement une perte de force et d'endurance, c'est-à-dire une fatigabilité accrue, mais aussi des symptômes anxieux et dépressifs en rapport avec la perte des repères sociaux et de l'estime de soi.

Chez le lombalgie chronique, les muscles extenseurs spinaux, les muscles lombaires, fessiers et ischio-jambiers deviennent plus facilement fatigables car moins sollicités, notamment en raison de la douleur.

La rééducation s'effectue en deux temps et est conseillée, quel que soit l'âge. La première étape consiste en une mobilisation passive dans le but d'assouplir les régions lombaire, fessière et fémorale. Les massages, pratiqués en début de séance, n'ont pas d'effet démontré. Cette première étape est prescrite à raison de deux à trois séances par semaine pendant deux à trois semaines.

La deuxième étape de la rééducation

consiste à faire pratiquer au patient des exercices physiques ayant pour objectif de renforcer les muscles insuffisamment sollicités en levant les inhibitions musculaires et en redonnant un fonctionnement musculaire adapté. Actuellement, aucun consensus ne se dégage pour définir quels sont les meilleurs types d'exercices physiques, ni leur durée. Concrètement, le plus important réside dans la pratique régulière d'exercices physiques par le lombalgie, associés à des étirements.

Est-il nécessaire de toujours renforcer les muscles abdominaux ?

Non, il n'est pas forcément utile de le faire, ces muscles sont sollicités en priorité par rapport aux muscles spinaux qui, eux, doivent être renforcés.

Les exercices de rééducation doivent s'accompagner d'une reprise d'une activité physique aérobie (vélo, natation, marche, musculation).

Les programmes de prise en charge multidisciplinaire :

D'une durée de trois à six semaines, ces programmes ne sont réalisés que dans des centres spécialisés. Il s'agit de programmes intensifs, en petit groupe (quatre à huit personnes), destinés aux personnes en situation de handicap socioprofessionnel. La prise en charge est médicale, psychologique, comportementale et, au besoin, professionnelle. Les principes de cette prise en charge sont l'acceptation de la douleur (facteur non limitant aux exercices), les stratégies actives d'adaptation (active coping), la progression par contrat. Les exercices physiques y sont prédominants (trente à cinquante heures par semaine) avec établissement de contrat individuel de progression. Ces programmes ont prouvé leur efficacité, avec un retour au travail de 65 % à un an et 90 % à deux ans, alors même que la douleur est peu ou pas modifiée dans son intensité. Cependant, la plupart des études n'ont

pas de groupe contrôle satisfaisant. Pour les lombalgies chroniques, ces programmes sont indiqués lorsque tout autre traitement médical a échoué.

Les programmes de restauration professionnelle, qui facilitent la reprise des activités professionnelles (temps aménagé ou temps partiel), semblent prometteurs: le taux de retour à l'emploi est deux fois plus fréquent et le nombre de jours d'arrêt de travail est divisé par deux.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces :

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objectif de rendre le patient acteur de son traitement. Elles modifient les processus cognitifs en apprenant au patient à transformer ses comportements douloureux en comportements bien portants. Les thérapies cognitivo-comportementales ont démontré leur efficacité dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Leur efficacité ne peut s'envisager qu'associée aux traitements conventionnels notamment aux programmes multidisciplinaires où les thérapies cognitivo-comportementales réduisent significativement la douleur, améliorant les fonctions du patient et facilitant le retour au travail. En 2000, l'Anaes concluait : « Les thérapies comportementales sont efficaces sur l'intensité et le comportement vis-à-vis de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente ». En pratique, pour être inclus dans un programme de thérapies cognitivo-comportementales, le patient doit avoir compris les enjeux (motivation, rôle actif), ne pas être en attente d'un traitement supposé curatif ou radical, ne pas souffrir de pathologies addictives ou de troubles psychiatriques lourds.

Le port d'un lombostat peut être utile :

L'efficacité du lombostat a été peu évaluée. Cependant, la pratique clinique quotidienne

montre que certains lombalgiques chroniques trouvent un bénéfice au port d'un lombostat, notamment en période de poussée. Les lombalgies chroniques bien calmées par le repos peuvent bénéficier du port intermittent d'un lombostat en couteil baleiné. Le lombostat est particulièrement utile pour les marches prolongées, pour les trajets en position assise et pour certaines tâches professionnelles. En cas de canal lombaire rétréci, une étude montre l'efficacité antalgique et fonctionnelle d'une orthèse lombaire.

Quid des manipulations vertébrales?

Leur intérêt au long cours n'est pas établi. Leur efficacité à court terme semble, en revanche, démontrée, surtout au cours des quatre premières semaines d'évolution.

La place de la chirurgie :

La place de la chirurgie est extrêmement limitée. Le recours à la chirurgie ne doit être envisagé que dans les lombalgies chroniques, très invalidantes malgré de nombreux mois de traitement médical et quand un ou deux étages au maximum de la charnière lombosacrée sont détériorés.

Les infiltrations :

Les infiltrations des articulations interapophysaires postérieures ont été peu évaluées. Elles pourraient être proposées aux patients âgés ayant des lésions d'arthrose articulaire postérieure après échec de la rééducation et des traitements symptomatiques généraux. Les injections épidurales ont des indications très rares dans les lombalgies sans irradiation sciatique.

C'est le rapport bénéfice-risque d'effets indésirables perçu par le patient qui induit son observance aux psychotropes. Une étude originale qui place l'adhésion du malade au centre de la consultation.

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer l'observance aux antidépresseurs et aux anxiolytiques trois mois après leur prescription en patientèle de médecine générale.

« Dans la mesure où la plupart de ces psychotropes sont prescrits en médecine générale, que les croyances à propos des traitements sont connues comme facteur influençant l'observance, il était important de la quantifier, *in vivo*, dans la réalité de la pratique, explique le Dr Michel David, référent recherche au département de Médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier. Les études déjà menées sur le sujet l'ont été uniquement en institutions, donc loin des conditions de prescription et de suivi des patients traités en médecine générale. »

Les deux objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer les croyances des patients sur ces traitements grâce au score BMQ (Belief Medication Questionnaire) et d'évaluer quels facteurs sont susceptibles d'influencer l'observance (conditions socio-économiques, parcours de soins, maladies somatiques et psychiatriques).

MÉTHODES

Cette enquête transversale a été menée entre octobre 2003 et mars 2004. Chaque médecin participant à l'étude (46 volontaires au total ayant une clientèle urbaine et rurale) devaient inclure leurs 25 patients consécutifs présentant un problème mental.

1151 patients ont eu une évaluation initiale. Un auto-questionnaire PHQ (Prime Health Questionnaire) était proposé en salle d'attente pour évaluer la prévalence des troubles psychiatriques et un autre réalisé

par le médecin.

Les généralistes ont proposé aux 146 malades auxquels ils ont prescrit et/ou renouvelé un antidépresseur et/ou un anxiolytique de participer à l'étude. 128 patients ont accepté ce suivi (soit 88 % des malades). Soit un bon taux de participation.

À trois mois, les patients répondaient de nouveau à des questionnaires: le GHQ (General Health Questionnaire) qui évalue le sentiment de bien-être général ou de souffrance, le BMQ sur les croyances et les convictions au traitement, et une échelle de satisfaction au traitement. 74 % des patients ont renvoyé le questionnaire. 65 patients avaient reçu une prescription (37 antidépresseurs, 28 anxiolytiques), 18 pour deux médicaments (antidépresseur + anxiolytique) et un pour 3 médicaments (1 antidépresseur + 2 anxiolytiques). Neuf ont reçu un autre psychotrope.

RÉSULTATS

Une bonne majorité de patients (66,7 %) respectent la/les durée(s) et dose(s) prescrites trois mois après la prescription.

Parmi les non-observants, deux (7,4 %) n'achètent pas le(s) médicament(s) ou ne le(s) prennent pas, douze (44,4 %) interrompent leur traitement, treize (48,1 %) ne respectent pas la durée ou la dose prescrite.

L'observance ne diffère pas selon le type et le nombre de médicaments prescrits, les caractéristiques sociodémographiques du patient, l'utilisation des services de soins, l'incapacité ou le score au GHQ initial et à trois mois.

En revanche, tous les patients qu'ils soient observants ou non craignent les effets indésirables à long terme de ces médicaments et le risque d'accoutumance.

Majoritairement chez les patients observants, il existe une forte croyance en la nécessité du traitement et de son effet sur la santé.

L'observance est aussi plus élevée quand le « bénéfice » (nécessité du traitement) est perçu comme étant plus important que le « coût » (inquiétudes quant aux effets indésirables).

Plus le patient est convaincu qu'il est nécessaire de prendre le médicament, meilleure est son observance. « Ce différentiel bénéfice-risque est le plus significatif », commente le Dr David.

CONCLUSION

« C'est la première enquête de ce type sur l'observance aux antidépresseurs et anxiolytiques représentative de la patientèle régionale de médecins généralistes, affirme Johanna Norton de l'équipe Inserm U 888, premier auteur de l'étude. Certes, le délai de trois mois de suivi est un peu bref, mais dans ce laps de temps il est possible de tester l'efficacité des antidépresseurs dont on sait qu'ils peuvent agir de manière retardée. »

Pour le Dr David, *« ces résultats doivent nous conforter dans la démarche d'une consultation parfois longue lors de la prescription de psychotropes. Il faut vraiment bien informer et tenter de convaincre les patients sur les bénéfices de ces médicaments dès lors qu'on en a posé l'indication, et sur leurs éventuels effets indésirables. L'explicitation de la prescription est un temps essentiel. En fait, la prescription de psychotropes ne doit pas abréger la consultation mais l'allonger. »*

C'est seulement chez le grand enfant, en l'absence de disparition spontanée, qu'un phimosis justifie une prise en charge.

Son premier traitement est plus souvent médical, pouvant être assumé par le généraliste.

La majorité des nouveau-nés mâles (96 %) ont un phimosis à la naissance qui disparaît dans les premières années de la vie. À 3 ans, 50 % des enfants ne peuvent se décalotter et 1 % seulement à l'adolescence.

Après la naissance, et dans un délai très variable selon les enfants (quelques mois à plusieurs années), le prépuce s'élargit progressivement et devient rétractable, tandis que les adhérences s'estompent, les dernières ne disparaissant parfois qu'à la puberté.

Dans la majorité des cas, aucun geste n'est nécessaire et Gilles Allouch insiste : «N'y touchez

« La libido est à travers soi-même mais surtout envers et par autrui qui est le seul capable d'extérioriser un équilibre fondamentale pour les deux réunis engendrant l'harmonie du couple »

Rodolf-Karel CANOY

problème.»

A partir de l'âge de 4 ans, le décalottage devient spontanément aisé. Si ce n'est pas le cas, c'est qu'il y a un problème, soit un phimosis c'est-à-dire un anneau préputial rétréci, soit un frein trop court responsable de fortes adhérences.

De toute façon, on attend avant de réaliser un geste. Le simple prépuce non encore rétractable et les adhérences non compliquées de balanite ne justifient aucun traitement avant l'âge de 5-7 ans.

On peut apprendre à l'enfant à tirer lui-

même sur son prépuce à partir de l'âge de 3 ans environ pour parvenir sans le traumatiser à le dilater et finalement à le rétracter.

Si à l'âge de 6 ou 7 ans, le prépuce n'est toujours pas rétractable, l'examen permet de différencier un prépuce étroit mais avec un orifice un peu élastique et un prépuce très serré avec un orifice scléreux, punctiforme.

TRAITEMENT MÉDICAL : APPLICATION LOCALE DE DERMOCORTICOÏDE ..

Le traitement par dermocorticoïde est prescrit après avoir vérifié l'absence d'infection locale. Celui-ci suffit, dans une majorité de cas, pour les phimosis congénitaux.

Ses modalités en sont soigneusement expliquées à l'enfant et à ses parents:

⇒ la pommade (valériate de bétaméthasone ou propionate de clobétasol) doit être appliquée, matin et soir, sur l'anneau blanc préputial du phimosis;

⇒ ces applications doivent être poursuivies pendant au moins quatre semaines, voire jusqu'à deux mois;

⇒ l'application sera accompagnée, après sept jours, de manoeuvres douces, jamais brutales, de retraction du prépuce. Il est nécessaire de bien préciser à l'enfant et à ses parents que ces manoeuvres sont impératives afin d'obtenir leur adhésion au traitement, indispensable pour l'efficacité de celui-ci.

Ce traitement n'a aucun effet secondaire.

La guérison après le traitement est définie par un décalottage complet du gland sans anneau résiduel. Si le prépuce reste collé au gland du fait d'adhérences, il pourra être libéré après l'application de crème anesthésiante locale mise en place au moins quarante-cinq minutes auparavant.

En cas d'échec -l'orifice s'élargit puis se ressert à l'issue du traitement - une seconde cure

identique peut être réalisée sinon le traitement chirurgical prend la relève. Dans les cas de prépuce très scléreux ou punctiforme, la chirurgie peut être proposée d'emblée.

PLASTIE CONTRE CIRCONCISION

Le Dr Allouch signale : «De nombreux chirurgiens ne proposent que la circoncision, soit une ablation totale du prépuce qui laisse le gland découvert en permanence, alors que la plastie du prépuce, c'est-à-dire un élargissement par incision de l'anneau étroit sans résection de peau est presque toujours préférable.» Ce geste chirurgical est délicat et précis mais l'intervention bénigne et peu douloureuse.

« Le choix d'intervenir sur son corps et son psyché est un choix personnel malgré les décisions qui pourraient se prendre en dehors de soi. Nous sommes les premiers concernés et en aucun cas autrui doit choisir et décider au nom d'une connaissance qui restera toujours aléatoire jusqu'à la fin des temps »

Rodolf-karel CANOY

soient opérés tardivement, à 7, 8 ou 10 ans.

Ces grands enfants, rassurés, comprennent et coopèrent. Précédemment, on ne savait pas gérer la douleur, et c'était le motif principal des opérations à un très jeune âge.»

L'intervention commence par une anesthésie générale légère de quinze minutes, puis dès que l'enfant est endormi, une anesthésie locale forte est effectuée, qui bloque la douleur pendant six à huit heures.

Cette prise en charge de la douleur se poursuit puisque le problème de la plastie, c'est qu'il faut tous les jours décalotter. Aussi, du sirop de paracétamol codéiné est prescrit avant le décalottage pendant trois jours, associé à une crème anesthésiante à appliquer localement, autant de fois que nécessaire.

Si malgré cela, l'enfant ressent des brûlures en urinant, il faut soit le faire uriner un peu décalotté (pour que l'urine ne coule pas dans le prépuce), soit le faire uriner dans un fond de baignoire avec de l'eau tiède. L'œdème du prépuce est quasi constant et disparaît en une semaine environ.

Une prise en charge de la douleur extrêmement efficace a d'ailleurs transformé le traitement chirurgical du phimosis. «Les enfants n'ont plus mal, souligne le docteur Allouch, aussi, peu importe qu'ils



Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.

Sous réserve de changements de dernières minutes.

(Impossibilité de vous joindre rapidement au dernier moment) Veuillez nous en excuser par avance

ANNEE 2009

Les techniques de coelioscopie

Docteur **Abi FADEL**

Clinique du saint-Coeur Vendôme (41)

- Le 21 Janvier 2009

QI GONG—Madame FAURE

- Le 18 Février 2009

Un cas pratique

Monsieur Abel JOUANEAU

- Le 18 Mars 2009

Bio-Energéticien sur MONNAIE (37)

- Le 15 Avril 2009

Shiatsu- Monsieur VATON

Un cas en Phytothérapie

- Le 20 Mai 2009

Monsieur RAGOT

- Le Mercredi 17 Juin 2009 à 20h30

Les Ostéoporoses en 2009

Service de Rhumatologie

TOURS (37)

de l'Hôpital de

- Le 16 Septembre 2009

Micro-immunothérapie- Monsieur PIC

Hypnothérapie

- Le 21 Octobre 2009

Monsieur Jean-Michel DE BUSSEROLLE

- Le 18 Novembre 2009

Un cas en Kinésiologie

Monsieur Olivier MAURIES

- Le 16 Décembre 2009

Assemblée Générale



PRÉSIDENT

Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association

Docteur Pierre BULLE
Pierre.Bulle@wanadoo.fr

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail

Rodolf-Karel CANOY
canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

ORGANISATIONS RÉGIONALES

Monique LATRON
M.LATRON@wanadoo.fr

Madeleine BEZANNIER
Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES

CHIRURGIEN-DENTISTE

Docteur GIUMELLI
contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTES

Association pour le développement de l'hypnose

Jean-Michel de BUSSEROLLES
contact (Précisez la personne)

Exerçant sur Naveil (41)

Christelle POUDRAI-SASSIER
contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

Frédéric VANPOULLE
frederic.vanpouille@wanadoo.fr

MICROKINESITHERAPEUTE

Éric DE RYCKE
contact (Précisez la personne)

CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

Stéphane DEPONGE
stephane.deponge@wanadoo.fr

KINÉSIOLOGUES

Olivier MAURIÈS
olivier.mauries@tiscali.fr



REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM

David DAGET
Reflexo37@tiscali.fr

ESPACE DU MIEUX-ETRE ET ARTS MARTIAUX

Alfred VATON
Alfredvaton@aol.fr
www.dojo-de-la-foret.skyrock.com

YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE

Professeurs diplômés
Annie et Jean-François BREUIL
contact (Précisez la personne)

MAITRE DE REIKI

Membre de l'A.F.M.R
Élisabeth D'ARCANGUES
edarcangues@caramail.com

SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE

Michel CLEMENT
oscar37@club-internet.fr

OSTEOPATHE

Serge A. WHERLE
osteopathie-nature@wanadoo.fr

CHANT THÉRAPEUTE

Alain DESCHAMPS
contact (Précisez la personne)

ACUPUNCTURE CHINOISE

Jean-Jacques BOBINEAU
bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

TRESORIERE GENERALE

Isabelle LONA
contact (Précisez la personne)

AUTRES MEMBRES

BESNIER Dominique - BOULAY Christine
BROSSILLON Pierre - CHEMINOT Sylvie
FAUCHEREAU Jean - GRIMAL Francine
LAINE Véronique - LEMELLE Mireille
METAIS Lydie - NERON Béatrice
OURY Bernadette - PITAUD Josiane
PONTET Annick - TOULEMONDE Luce
TRICOTET Yves
contact (Précisez la personne)



Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxéur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004



Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006



Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress et dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 devant l'académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42	La dyslexie	Mars 2008
43	L'Arthrose : Données récentes	Juin 2008
44	Fibromyalgie et Stress	Novembre 2008
46	En étude	Juin 2009
47	En étude	Novembre 2009

Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au :
21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Ville :

Pays :

Montant (minimum 40 € ou \$) : ,00 € ou \$

Par chèque

En espèces

Mandat-Lettre