



HAL
open science

Approche de la psychosomatique intégrative dans la SEP : étude de cas et hypothèse d'un modèle psychosomatique

Yann Le Coz

► **To cite this version:**

Yann Le Coz. Approche de la psychosomatique intégrative dans la SEP : étude de cas et hypothèse d'un modèle psychosomatique. Psychologie et comportements. 2011. dumas-00805657

HAL Id: dumas-00805657

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00805657>

Submitted on 28 Mar 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
SERVICE FORMATION CONTINUE

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »**

**Pr. Jean-François ALLILAIRE
Pr. Marc Olivier BITKER
Pr. Jean Benjamin STORA**

**Approche de la psychosomatique intégrative dans la
SEP : étude de cas et hypothèse d'un modèle
psychosomatique**

**Mémoire de psychosomatique
présenté par le Docteur Yann LE COZ
yannlecoz@neuf.fr**

**Jury du vendredi 30 septembre 2011
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière**

Résumé

La Sclérose en plaques (SEP) est une maladie neurologique, auto-immune, inflammatoire, chronique et dégénérative. Plus de 80000 français en sont atteints et son incidence augmente chaque année. Au cours de ces dernières années, les recherches ont permis d'élaborer des modèles physiopathologiques ayant abouti à la disposition de traitements retardant l'évolution de la maladie et améliorant la qualité de vie des patients. Des facteurs environnementaux jouant un rôle dans le déclenchement et l'évolution de la maladie ont été récemment mis en évidence.

L'anxiété, symptôme encore largement discuté par les neurologues, est fréquemment évoqué par les patients comme déclencheur de poussées inflammatoires.

A travers la littérature, mon expérience et les concepts de la psychosomatique intégrative, j'ai essayé d'élaborer un modèle psychosomatique expliquant le rôle de l'anxiété dans le déclenchement des poussées inflammatoires aboutissant à associer aux nouveaux traitements, une évaluation systématique et une prise en charge de l'anxiété et du stress pour modifier l'évolution de la maladie.

Mots clés : Sclérose en plaques, psychosomatique, anxiété,

Summary

Multiple sclerosis is a neurologic, auto-immune, chronic and degenerative disease. More than 80000 french people are suffering and the incidence is growing up each year. During the last years researches allow us to create different physiopathologic models which allow to build some new treatments which delay the natural evolution of the disease and improve the quality of life of patients. Different environmental factors have been recently identified to be implicated in the start and evolution of the disease.

Anxiety is a symptom largely discussed by neurologists, even if patients described it as a key factor for the inflammatory events.

Through the literature, my experience, and the psychosomatic concepts, I tried to elaborate a psychosomatic model to explain the rôle of anxiety in the inflammatory relapse, which allow to associate a systematic evaluation and a treatment of anxiety and stress in order to change the evolution of the disease.

Keywords : multiple sclerosis, psychosomatic, anxiety.

A ma femme qui m'a toujours soutenu tout au long de ces épreuves

A Sandra et Thomas, mes enfants et ma raison de vivre

A ma sœur, ma mère et mon défunt père

A tous mes amis

Je tiens à remercier chaleureusement le Professeur Catherine Lubetzki et le docteur Caroline Papeix pour m'avoir accueilli lors de mon stage à la fédération de neurologie de la Salpêtrière.

Remerciements également à tout le personnel du service, pour avoir laissé ce vieil étudiant aux cheveux blancs, œuvrer. J'espère ne pas avoir trop perturbé leur travail.

De chaleureux remerciements également aux patients qui me font confiance.

Je tiens également à remercier le Professeur Jean Benjamin Stora pour m'avoir initié à la psychosomatique intégrative, qui est certainement une ou la voie d'avenir pour la médecine.

PLAN

	Page
RESUME	1
DEDICACE	2
INTRODUCTION	7
MODELE PATHOGENIQUE EN 2011 DE LA SEP	8
LIMITE DE CE MODELE	9
ASPECTS NEUROSCIENTIFIQUES DE LA PEUR ET DE L'ANXIETE	11
IMPLICATION DES SYSTEMES MONOAMINERGIQUES DANS LA PEUR ET L'ANXIETE.	12
APPORT DE LA PSYCHO-NEURO-IMMUNOLOGIE	13
LA PSYCHOSOMATIQUE ET LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE	15
RELATIONS ENTRE LA SEP ET LES EVENEMENTS STRESSANTS.	16
L'ANXIETE : UN PARAMETRE A EVALUER ET A TRAITER CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE SEP ?	18
HYPOTHESE D'UN MODELE PSYCHOSOMATIQUE DANS LA SEP	19
ETUDE DE PATIENTS EN HOPITAL DE JOUR A LA FEDERATION DE NEUROLOGIE, HOPITAL DE LA SALPETRIERE.	22
CAS CLINIQUE N° 1 CLAIRE	23
CAS CLINIQUE N° 3 CHARLES	27
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXE	34
METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ PSYCHOSOMATIQUE	36
ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE	40
QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION DE L'ANXIETE	44

INTRODUCTION

La Sclérose en plaques (SEP) est une maladie neurologique, inflammatoire, chronique, et dégénérative, décrite il y a plus d'un siècle, par JM Charcot.

Souffrant de cette maladie depuis une dizaine d'année, et du fait de ma formation de médecin biologiste, je cherche à comprendre le pourquoi de cette maladie, et le comment changer « le cours naturel » de cette pathologie.

Du fait de l'impossibilité actuelle de guérir cette maladie, comme pour d'autres maladies au même sombre destin, il existe beaucoup de théories, de livres, de traitement alternatifs, voir de mouvements parfois sectaires vers lesquels, malheureusement, beaucoup de patients se tournent.

La psychosomatique intégrative, du fait de sa démarche scientifique visant à synthétiser l'ensemble des connaissances, médicales, et psychologiques, considère l'individu comme un ensemble de systèmes, qui forment une unité psychosomatique. Le déséquilibre non compensée, en particulier lié à un appareil psychique fragilisé, va entraîner un désordre dans le fonctionnement de cette Unité. C'est ainsi que je m'y suis intéressé, d'abord pour comprendre mon fonctionnement, puis pour les patients que j'essaye de comprendre avant de les aider avec la sophrologie depuis quelques années.

Dans la SEP, ces dernières années ont été extrêmement riches, tant sur les connaissances, que sur la mise à disposition de traitement modifiant l'évolution de la maladie. L'étude des conséquences de stress sur la survenue de la maladie ou de poussées inflammatoires est largement discutée. Très nombreux sont les patients, dans la littérature, sur Internet qui décrivent la survenue d'évènements de vie vécus comme difficiles, dans les jours précédant l'évolution de leur maladie.

Je me suis donc intéressé à étudier d'un point de vue psychosomatique intégrative, par une revue de la littérature et d'un stage à la fédération de neurologie pour proposer un modèle psychosomatique de la SEP et d'en tirer des conséquences pratiques.

MODELE PATHOGENIQUE EN 2011 DE LA SEP

La sclérose en plaques est considérée comme une maladie neurologique, inflammatoire, auto-immune, et dégénérative du système nerveux central. Jean Martin CHARCOT, neurologue français de la Salpêtrière, décrit en 1868 cette maladie. Ce n'est que récemment grâce aux études épidémiologiques et de recherche que des modèles physiopathologiques plus pertinents, sont élaborés.

En Octobre 2010, au congrès de l'ECTRIMS, de nombreuses communications, relatées par B. STANKOFF, ont permis de faire la synthèse des connaissances et hypothèses actuelles sur cette maladie.

Cette maladie touche, dans 80% des cas, des adultes jeunes entre 20 et 40 ans, mais des cas hors de ces extrêmes se voient aussi bien chez des enfants que des sujets plus âgés. En France, on estime à environ 80000 le nombre de malades. Le sex ratio est en défaveur des femmes, puisque on compte approximativement 3 femmes pour 1 homme. Les études sur les jumeaux homozygotes ont montré que le risque quand un jumeau est atteint est de 30% pour l'autre, et donc l'hypothèse de gènes de susceptibilité a pu être étudiée permettant de découvrir pour l'instant une vingtaine de gènes plus fréquemment rencontrés au cours de cette maladie. Ces différents gènes qui sont toujours en cours d'étude et d'exploration rendent compte d'un plus grand risque de déclenchement et d'évolution défavorable de la maladie surtout lorsqu'ils sont associés à certains facteurs environnementaux. Ils sont très souvent associés au système HLA.

On estime donc par soustraction que les facteurs environnementaux jouent un rôle prépondérant dans cette maladie, de l'ordre de 70%. Les infections joueraient un rôle important dans le déclenchement de la SEP en particulier l'Epstein Bar Virus (EBV), virus responsable de la mononucléose infectieuse, surtout lorsque cette maladie s'exprime cliniquement après l'âge de 6 ans et pendant l'adolescence, avec une interaction avec le système HLA augmentant chez les patients porteurs du génotype HL-DRB1*15 le risque par 10.

D'autres virus de la famille des herpes viridae pourraient également jouer un rôle défavorable. D'autres facteurs d'environnement comme le tabac, qui multiplie par 1,4 chez les femmes et 1,8 chez les hommes le risque de survenue de la SEP et augmente son risque d'évolution. Le

déficit en vitamine D pourrait en partie expliquer la répartition géographique plus importante dans les pays moins exposés au soleil.

Le stress a été étudié dans plusieurs études mais la définition du stress dans ces études et les différentes méthodologies ont donné lieu à des interprétations contradictoires.

L'obésité chez les jeunes filles semble être également un facteur de risque à la survenue de la SEP.

Les traitements actuels consistent à ralentir l'évolution de la maladie par des immunomodulateurs (interférons, acétate de glatiramère), des anticorps monoclonaux bloquant la migration des lymphocytes (natalizumab TYSABRI), ou des immunosuppresseurs qui rétablissent un équilibre ou diminuent l'activité agressive du système immunitaire du patient.

Les traitements immunomodulateurs ont eu un impact certain depuis un peu plus de 10 ans sur la qualité de vie des patients et semble-il, modestement, sur l'évolution de la maladie.

LIMITES DE CE MODELE.

Les récentes découvertes permettent d'avancer des mécanismes probablement à l'origine de cette maladie, et envisagent, sans preuve formelle pour l'instant, l'hypothèse d'une modification de l'évolution de la maladie par correction des facteurs environnementaux mis en cause. De nombreuses interrogations et limites de ce modèle persistent quant à l'évolution vers l'aggravation. Les connaissances sur les mécanismes ont permis de découvrir des traitements modifiant l'évolution « dite naturelle » et quelques rares patients voient leur maladie évoluer très lentement ou s'arrêter, alors que la majorité évolue plus ou moins rapidement vers l'apparition du handicap. Peut-on trouver d'autres facteurs qui en les modifiant, pourraient avoir une influence sur l'évolution de cette maladie?

La composante psycho-émotionnelle n'a que rarement été étudiée et de nombreux patients relatent l'existence d'évènements stressants ou douloureux comme facteurs déclenchant de leur maladie ou de poussées inflammatoires.

La psychosomatique intégrative montre l'interrelation des différents systèmes qui composent l'unité psychosomatique (S. psychique, SNC, SNA, S. immunitaire et S. génétique). Des évènements perçus et ressentis comme stressants consciemment ou non, peuvent-ils via ces interactions, avoir une influence sur l'évolution de la maladie ?

Dans la SEP, de nombreux patients affirment que leurs symptômes s'aggravent lorsqu'ils sont stressés et qu'une fois la tempête passée, ils se sentent mieux. Les études laissent supposer, sans preuves concluantes, une relation possible entre le stress d'une part, et le déclenchement de la SEP ou la survenue de poussées. La survenue d'une pathologie chronique comme la SEP va entraîner une anxiété plus ou moins importante.

Cette anxiété, comme la peur, sont des émotions qui ont valeur adaptative pour l'individu. Cependant dans certains cas l'excès ou la chronicité par rapport aux événements vont entraîner des troubles anxieux, reconnus comme pathologiques dans la nomenclature officielle des troubles psychiatriques.

La peur et l'anxiété, vont être des facteurs rompant l'homéostasie de l'individu, conceptualisée par Canon en 1935 et donc entraînant un déséquilibre physiologique qui a été étudié par de nombreux auteurs. La réponse physiologique à cette anxiété dépend de la réponse émotionnelle du patient au stressor comme le décrit MASON.

La première réponse physiologique est la sécrétion d'hormones hypothalamique : la vasopressine, le CRF (Corticotropin Releasing Factor), et hypophysaire : l'ACTH aboutissant à la sécrétion de noradrénaline et d'adrénaline (STORA, le stress).

A l'occasion de mon stage à la Salpêtrière, j'ai constaté que la vingtaine de patients rencontrés présentaient une forme plus ou moins importante d'anxiété. Par ailleurs la très grande majorité des patients, que je vois depuis quelques années en Sophrologie et qui sont atteints également de SEP présentent également une grande anxiété. C'est donc sur ce constat que je me suis particulièrement intéressé à ce symptôme dans le cadre de ce travail.

ASPECTS NEUROSCIENTIFIQUES DE LA PEUR ET DE L'ANXIÉTÉ (Belzung C)

La peur est une émotion primaire, déclenchée par la mise en présence d'un individu avec une menace pour son homéostasie. Elle va déclencher des réponses physiologiques au stress, rendant le sujet prêt à déclencher une réponse défensive.

L'anxiété est une émotion secondaire, parfois décrite comme une peur anticipée. Contrairement à la peur qui survient face à un danger réel, l'anxiété se déclenche face à un danger potentiel incertain. L'anxiété se traduit par des réactions physiologiques voisines de la peur et peut exister en l'absence d'évènement stressant et sa cause n'est pas forcément consciente. Si on sait toujours de quoi on a peur, l'anxiété peut exister sans objet précis.

L'anxiété fait appel à des aptitudes cognitives puisque le danger potentiel peut être virtuel.

Les structures cérébrales impliquées dans ces deux émotions font parti du système limbique.

Ce dernier est composé de plusieurs aires cérébrales impliquées dans les processus émotionnels. Il s'agit de :

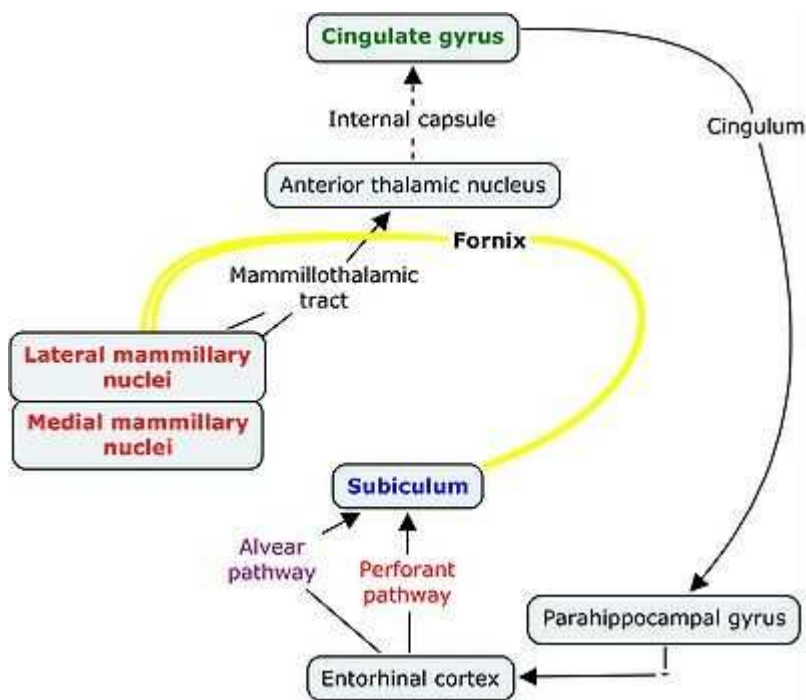
- ◆ l'hypothalamus
- ◆ la substance grise périaqueducale
- ◆ l'amygdalle
- ◆ l'Hippocampe
- ◆ le Septum
- ◆ Le Gyrus cingulaire
- ◆ le cortex préfrontal

Déjà en 1937, le neuro-anatomiste Papez avait décrit le circuit auquel il donna son nom impliquant toutes ces structures dans la gestion des émotions

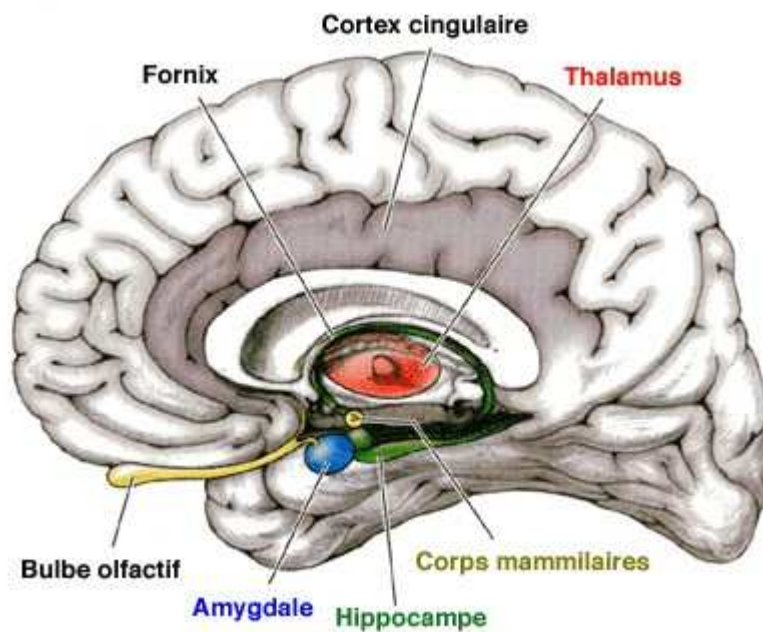
Les images en IRM fonctionnelle ont confirmé l'implication de l'ensemble de ces structures cérébrales indifféremment dans la peur et l'anxiété. Il y a donc une réponse commune à ces 2 émotions.

Cependant d'autres circuits décrits par NACACHE dans « le nouvel inconscient », existent et peuvent rendre compte d'un état anxieux non conscient.

Ci-dessous le schéma du circuit de Papez et du système limbique



circuit de Papez et émotions



Système limbique : structure cérébrale impliquées dans les émotions

IMPLICATION DES SYSTEMES MONOAMINERGIQUES DANS LA PEUR ET L'ANXIETE.

La noradrénaline est un neuromodulateur qui permet de moduler l'activité de différentes aires cérébrales et de différents neurotransmetteurs. L'implication de la noradrénaline dans l'anxiété est double : cette substance est présente à la fois au niveau central et au niveau du système nerveux autonome. Son implication dans la peur et l'anxiété concerne donc la composante autonome et la libération de noradrénaline au niveau cérébral. Les situations de stress, sont anxiogènes et induisent notamment l'activation du système nerveux sympathique, permettant la réponse de fuite en cas de danger. Toutes les réactions physiologiques (accélération du rythme cardiaque, respiration profonde et fréquente, dilatation des pupilles, la vasodilatation des vaisseaux irriguant les muscles squelettiques, le cœur et le cerveau et la vasoconstriction des vaisseaux irriguant la peau, la stimulation de la transformation du glycogène en glucose) sont réalisées par une libération de noradrénaline ce qui souligne le rôle essentiel de ce neurotransmetteur dans la réponse physiologique du corps dans des situations anxiogènes. Si la noradrénaline sécrétée par la médullosurrénale est principalement responsable des signes périphériques de l'anxiété, une sécrétion cérébrale de noradrénaline est observée en réponse à des stimuli anxiogènes, dans différentes aires cérébrales (cortex frontal, amygdale, hippocampe). Certains auteurs soutiennent que le système noradrénergique cérébral peut être assimilé à un système d'alarme filtrant et discriminant les stimuli non pertinents, de ceux ayant une forte valeur pour la survie du sujet.

La noradrénaline est également impliquée dans la mémorisation des événements anxiogènes comme par exemple la peur conditionnée.

APPORT DE LA PSYCHO-NEURO-IMMUNOLOGIE. (THURIN J-M)

Les premières données solides sur l'interaction entre les systèmes nerveux et immunitaires ne datent que de 1979. Depuis, de nombreuses découvertes ont montré ces interrelations. En effet si les cellules nerveuses communiquent grâce à des neurotransmetteurs et des neuropeptides, les glandes endocrines par des hormones et le système immunitaire par des cytokines, il s'avère que ces systèmes, longtemps étudiés de façon indépendante, communiquent entre eux grâce à la présence dans ces systèmes de récepteurs communs et la production également de médiateurs communs (hormones, cytokines, neuropeptides, neuromédiateurs).

L'immunité est un état de protection induit par un ensemble de mécanismes biologiques complexes et finement régulés afin d'assurer et de maintenir l'intégrité des organismes vivants vis-à-vis d'agressions externes (physiques, chimiques mécaniques et infectieuses) ou vis-à-vis de dysfonctionnements internes (essentiellement tumoraux). L'étude des relations bidirectionnelles entre fonctionnement psychique et psychopathologie d'une part, physiologie et physiopathologie du système immunitaire d'autre part, semble être une voie intéressante dans le contexte que nous étudions. Les études ont montré que le système nerveux est doté d'un pouvoir de modulation sur les fonctions immunitaires et à l'inverse, le système immunitaire semble capable d'informer en permanence le système nerveux sur son propre état de fonctionnement notamment sur l'existence d'un conflit antigènes-anticorps. Ces échanges bidirectionnels ainsi que le partage par les systèmes nerveux et immunitaire de nombreuses propriétés communes (traitement de l'information, mise en mémoire, contacts spécifiques de cellule à cellule, capacité sécrétoire de médiateurs humoraux) incitent à voir dans le système immunitaire une image en miroir du système nerveux, les lymphocytes circulants pouvant être comparés à un cerveau mobile, doté de caractéristiques sensorielles et effectrices.

Les phénomènes de peur et d'anxiété ont, comme nous l'avons vu, des conséquences au niveau des systèmes nerveux central et du système endocrinien périphérique, mais ils ont aussi des conséquences sur le système immunitaires. En effet si le SNC intègre toutes les informations acquises par les différents types de récepteurs de l'organisme et transmises par les voies afférentes, la réponse est transmise par les systèmes sympathiques et parasympathiques. Au niveau du SN périphériques du SN autonome, les neurones innervent les cellules des muscles lisses, du muscle cardiaque, des structures glandulaires et des cellules qui possèdent des fonctions dans l'immunité. Les organes lymphoïdes, tout comme les vaisseaux sanguins reçoivent une innervation à prédominance sympathique. Il existe

également des neurones adrénrgiques et peptidiques (sécrétion du neuropeptide Y) innervant ces organes lymphoïdes. On trouve également au sein des structures du parenchyme des structures lymphoïdes la présence d'autres peptides comme les tachykinines, le CGRP ou le VIP. De plus les structures lymphoïdes comme la rate et le thymus sont également richement vascularisés.

Au niveau cellulaire, on note la présence de récepteurs adrénrgiques α et β en particulier β_2 au niveau de plusieurs cellules jouant un rôle essentiel dans l'immunité telle que les mastocytes et des lymphocytes B et T.

LA PSYCHOSOMATIQUE ET LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE.

La psychosomatique n'est pas récente puisqu'en occident elle apparut avec Hippocrate et l'école de Cos, dans l'antiquité grecque (Vème siècle avant notre ère) : une médecine du corps et de l'âme qui a pour objet l'homme malade dans sa totalité, et qui tient compte du tempérament du malade et de son histoire. La maladie est conçue comme une réaction globale de l'individu, l'intervention thérapeutique doit rétablir l'harmonie perdue.

Maïmonide au XIIème siècle en Espagne talmudiste, philosophe et médecin de culture arabe, est l'auteur de nombreux traités et considère la maladie comme la rupture d'un équilibre à la fois physique et psychique.

Stahl au XVIIè siècle, en Allemagne : chef de l'école vitaliste qui renoue avec le principe d'une médecine de la personne totale, par opposition au dualisme préconisé par Descartes qui construit une physiologie où tout est ramené à la matière.

Puis Freud et ses travaux sur la conversion hystérique et tous ses travaux et théories sur la psyché suivi en 1938 par Alexander et Dunbar et l'école de Chigago qui postulèrent sur la spécificité du conflit (par exemple un conflit relationnel avec la mère pour expliquer l'asthme), ou sur la spécificité des personnalités.

La psychosomatique intégrative est issue de l'école de psychosomatique de Paris fondée en 1962 par Pierre Marty, Michel Fain Michel de M'Uzan et Christian David. D'inspiration psychanalytique, elle intègre la pathologie somatique à l'ensemble des moyens dont dispose un sujet pour réguler son homéostasie. Cependant on pourrait reprocher qu'elle privilégie les dysfonctionnements de l'appareil psychique des patients somatiques.

Le Professeur Jean Benjamin Stora, élève et ami de Pierre Marty, continue les recherches dans ce domaine et crée la psychosomatique intégrative. Il considère comme toutes les théories systémiques que l'homme est une unité psychosomatique, qui est un système de systèmes qui interagissent entre eux. En effet le système psychique, le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système immunitaire et le génome interagissent entre eux dans une interrelation dynamique qui vise à permettre l'homéostasie de l'ensemble. Les connaissances scientifiques et l'étude de la psychanalyse, de la médecine et des neurosciences permettent d'étudier les interrelations dynamiques entre ces 5 systèmes dont il faut étudier les différents états, les différents équilibres et déséquilibre.

Selon I. Prigogine, l'être humain est un système ouvert dissipatif d'énergie et non pas un système clos. La psychosomatique intégrative nous rappelle la nécessité d'aborder les patients somatiques dans leurs dimensions biologiques, psychologiques, et neuronales en les replaçant dans leur contexte familial et professionnel, pour faciliter l'établissement du diagnostic et des soins thérapeutiques.

JB Stora continue par ses recherches et celles de tous les psychosomaticiens et médecins, à faire évoluer la compréhension des causes des maladies humaines et de leur traitement. Traiter les origines de la maladie et non seulement les symptômes est le but de la médecine avec pour atteinte l'objectif de l'OMS donné en 1948 : « la santé est un état de complet bien-être [physique](#), [mental](#) et [social](#), et ne consiste pas seulement en une absence de [maladie](#) ou d'infirmité ».

La composante psychique est bien souvent absente dans cette prise en charge médicale classique pour laisser la place très souvent à un traitement purement somatique et technique. Les travaux de Sigmund Freud, à travers sa métapsychologie expliquent comment le développement de l'appareil psychique d'un individu le rend plus ou moins apte à faire face et à s'adapter aux événements de la vie auxquels il fait face. Cette capacité analysée par ses relations interpersonnelles et l'épaisseur de son préconscient, va lui permettre d'élaborer une activité psychique et somatique propre à lui trouver des solutions adaptatives.

C'est tout le génie de Freud que d'avoir défini ce concept d'appareil psychique.

Le développement, l'éducation, ses relations avec ses parents, ses expériences, son ressenti constituent un ensemble d'informations qui vont enrichir et renforcer les structures de son psychisme et le rendre capable d'élaborer face aux événements auxquels il va faire face.

Dans le cas où ses capacités mentales sont dépassées, alors « le corps prend la relève » et les désorganisations somatiques vont se réaliser et rendre compte de maladies.

RELATIONS ENTRE LA SEP ET LES EVENEMENTS STRESSANTS.

Il y a plus de 100 ans, CHARCOT décrivait la notion d'une relation entre le stress psychologique comme les vexations, le chagrin), les bouleversements sociaux et le début de la maladie qu'il avait décrit.

Il est courant de la part des patients de relier leur maladie à des évènements marquants de leur vie (BUJEVAC). C'est un mécanisme psychologique de défense très bien décrit dans le livre de THIERRY JANSEN « la maladie a-t-elle un sens ? Enquête au-delà des croyances ».

De nombreuses études observationnelles ont été réalisées dans le but d'étudier cet hypothétique lien entre le déclenchement de la maladie ou des poussées et des évènements stressants de la vie. Des résultats parfois discordants ont été obtenus, d'où l'intérêt des méta-analyses comme celle publiée en 2004 par l'équipe de DAVID C MOHR.

Dans cette publication, les auteurs ont retenu 14 études sur 20 dont 7 études prospectives avec cas control, répondant à des critères d'inclusion rigoureux. Les résultats ont montré une augmentation significative du risque d'aggravation de la maladie après un évènement stressant, sans mettre en évidence d'évènements spécifiques prépondérants.

Dans les différentes études les mesures du stress sont très hétérogènes et la recherche de différents évènements stressants rendent difficiles l'interprétation des résultats. Le type de stress, la chronicité, la fréquence, la sévérité, et surtout les différentes combinaisons de ces paramètres donnent des résultats différents lorsqu'ils sont étudiés.

Dans une étude néerlandaise étudiant la relation entre des évènements perçus par les patients comme stressant et la survenue de poussées cliniques, les auteurs ont trouvé un doublement du risque de poussées.

Dans une autre étude réalisée en Grèce (MITSONIS), chez des patientes ce même risque a été trouvé multiplié par 5.

Plusieurs études montrent des résultats identiques ainsi que l'apparition de lésions IRM sans symptômes cliniques lors d'évènements stressants (MOHR).

Une récente étude réalisée par une équipe norvégienne (RIISE) et largement diffusée dans la presse grand public a conclu qu'il n'y avait pas d'augmentation du risque de survenue de SEP quand on étudiait les évènements stressants comme les violences sexuelles survenue pendant l'enfance ou l'adolescence. Cette étude montre bien les limites des interprétations des études épidémiologiques rétrospectives réalisées.

En effet les patients ont été répartis en deux groupes sur la base de la présence ou non d'une SEP. Mais je note que seuls les évènements survenus pendant l'enfance ou l'adolescence ont

été pris en compte et les autres facteurs de risque identifiés dans la SEP, comme l'infection par EBV et le déficit en vitamine D n'ont pas été pris en compte. La considération des critères indépendants pourraient être trop restrictif pour mettre en évidence un lien entre le stress et la survenue de SEP. En effet l'existence de tels évènements sur une population infectée par l'EBV et avec un déficit en vitamine D est-elle comparable à une population non infectée et avec un bon taux de vitamine D ? L'analyse dans ces deux populations donnerait-elle les mêmes résultats ?

Maladies auto-immunes et évènements stressants

La SEP étant une maladie auto-immune. La recherche de similarités, tant sur le plan physiopathologique que clinique, me semble intéressant pour mieux comprendre cette maladie.

Le rôle déclencheur éventuel d'évènements de vie éprouvants dans les maladies auto-immunes a surtout été étudié dans le cadre de la Polyarthrite Rhumatoïde et du Lupus (THURIN). Dans ces pathologies une plus grande fréquence des pathologies dépressives a été mise en évidence. La PR faisait parti en 1950 pour les psychosomaticiens de l'école de Chicago de la liste des 7 maladies réputées psychosomatiques. Une étude particulièrement intéressante sur le plan méthodologique a été effectuée sur le rôle respectif des évènements de vie éprouvants (stress majeurs) et des tracas quotidiens (stress mineurs), dans la sévérité et les fluctuations d'un jour à l'autre de la symptomatologie du lupus. Il ressort de cette étude que l'intensité moyenne des symptômes durant la période d'observation dépend bien plus de l'impact des stress quotidiens que de l'impact des évènements de vie éprouvants ayant éventuellement précédés la poussée. Environ un cinquième de la population étudiée présente des corrélations significatives entre le stress ou les variables émotionnelles et les symptômes physiques. Les auteurs ont même estimé que ce sous groupe pouvait définir une population de sujets répondeurs au stress.

De nombreux travaux tant épidémiologiques que cliniques et biologiques ont démontré un rapport entre le stress, la dépression et le système immunitaire avec une diminution significative de la réponse lymphocytaire T à divers mitogènes, une augmentation des polynucléaires neutrophiles et une diminution des cellules tueuses naturelles ainsi que leur activité.

L'ANXIETE : UN PARAMETRE A EVALUER ET A TRAITER CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE SEP ?

!

L'anxiété à travers les conséquences du stress et de la maladie, est une émotion extrêmement présente chez les patients atteints de SEP. Elle amène une réponse neurobiologique influençant la réponse immunitaire. Très bien décrite entre autre par JB STORA (le stress). D'autres symptômes comme la dépression peuvent avoir une influence par des mécanismes similaires sur le système immunitaire.

La cascade chimique qui en résulte entraîne une déstabilisation de plusieurs systèmes et une désorganisation de l'Unité Psychosomatique avec en conséquence la maladie ou dans le cas de la SEP un épisode inflammatoire dans le SNC.

Une étude réalisée chez des patients atteints de SEP a montré qu'une diminution du stress peut réduire la production de gamma interféron, cytokine pro-inflammatoire par les lymphocytes T.

Récemment des communications relatant la pratique de relaxation ,ou de méditation comme le mindfulness (DAVIDSON D) ont montré un meilleur bien être ressenti chez les patients et il serait intéressant de réaliser des études randomisées avec groupe témoin s'intéressant à l'évolution de la maladie tant sur le plan du handicap que psychologique avec la pratique régulière de ces techniques.

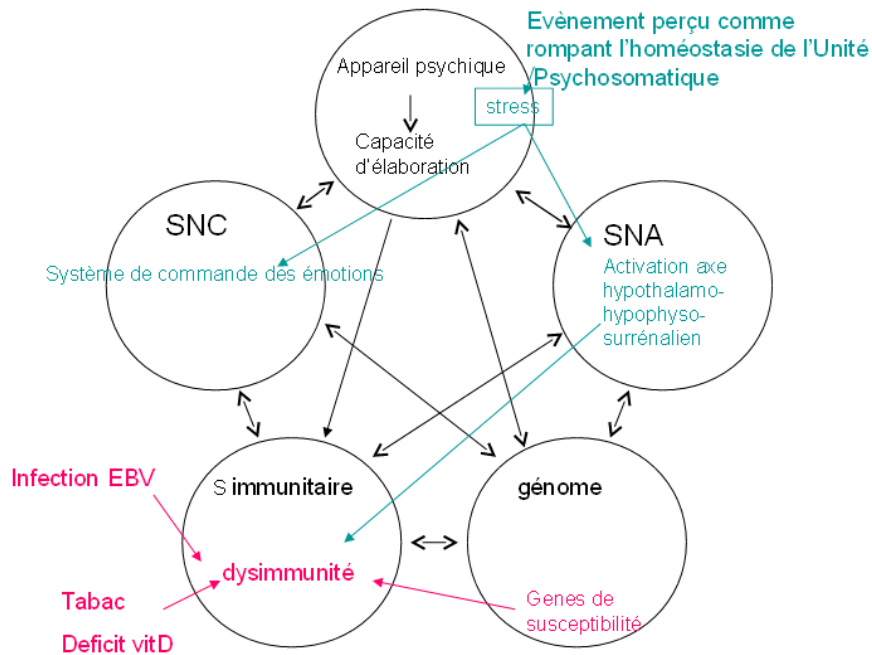
De nombreuses études interventionnelles suggèrent qu'une prise en charge de l'anxiété et du stress, en particulier par des techniques de relaxation psycho-corporelle comme la sophrologie (CHENE), ont un intérêt bénéfique sur la santé, pour proposer systématiquement l'apprentissage d'une technique de relaxation aux patients dans le but de diminuer l'impact du stress et de l'anxiété sur leur maladie.

HYPOTHESE D' UN MODELE PSYCHOSOMATIQUE DANS LA SEP

Nous basant sur les connaissances actuelles sur la SEP et sur les connaissances acquises grâce à la formation en psychosomatique intégrative, nous pouvons faire l'hypothèse suivante sur la pathogénie de la SEP.

Un individu possédant des gènes de susceptibilité pour la SEP rencontre un virus, l'hypothèse actuelle la plus probable étant l'EBV, voir d'autres herpès viridae. S'en suit une réponse immunitaire avec mise en mémoire de lymphocytes ayant une réactivité croisée avec un antigène présent dans le SNC au niveau des gaines de myéline. Au décours d'une cascade de phénomènes environnementaux (déficit en vitamine D, intoxication tabagique, obésité...) et d'évènements stressants pour l'organisme (infection, traumatisme physique,..) ou perçus comme tels (deuil, stress social, désorganisation psychiques, l'unité psychosomatique se sentant en danger par rupture de l'homéostasie va activer l'ensemble des défenses de l'organisme, dont les lymphocytes mémoires, dont ces clones ciblant la myéline amenant à déclencher un épisode inflammatoire se traduisant soit par une poussée, soit par une lésion visualisée à l'IRM. Une fois l'épisode déclenchant terminé, la réaction inflammatoire s'arrête et l'unité psychosomatique retrouve son équilibre. Les oligodendrocytes peuvent entrer en jeu et resynthétiser la gaine de myéline, du moins dans les débuts de la maladie. L'anxiété chronique, qui peut persister chez l'individu va garder comme nous l'avons vu précédemment son système hypothalamo-hypophyso-surrénalien actif, augmenter la sécrétion de corticoïdes et donc va épuiser son système immunitaire, et rendre actif les lymphocytes ciblant la myéline. On est donc face à une dysimmunité acquise sur un terrain prédisposé qui va se révéler lors de mécanismes de défense non spécifiques de l'organisme. L'appareil psychique de l'individu, en fonction de sa constitution dans les différentes dimensions étudiées en psychosomatique intégrative, va non seulement donner à l'individu la possibilité de percevoir différemment les évènements stressants, mais aussi de les mentaliser pour retrouver plus rapidement l'homéostasie.

Modèle psychosomatique de la SEP



Hypothèse d'un modèle de SEP par les concepts de la psychosomatique intégrative .

Sur un terrain génétiquement prédisposé, et surtout dans un environnement propice à déstabilisé le système immunitaire, la survenue d'une cascade d'évènements va préparer à une réponse immunitaire inadéquate. Suite à la perception par le système limbique, d'une menace de rupture de l'homéostasie de l'Unité Psychosomatique, une augmentation des hormones de stress va entraîner une activation trop importante de cette réponse et à une poussée inflammatoire.

ETUDE DE PATIENTS EN HOPITAL DE JOUR A LA FEDERATION DE NEUROLOGIE, HOPITAL DE LA SALPETRIERE.

Au cours de ce stage, j'ai eu l'occasion d'interroger une vingtaine de patients. Ces interviews ont été extrêmement enrichissantes, tant sur le plan de l'acquisition pratique de l'évaluation psychosomatique que du recueil d'informations utiles pour ce travail. Avec toute l'empathie que j'éprouve pour les malades qui font face à cette maladie que je connais aussi, je les remercie pour le temps et les confidences qu'ils ont bien voulu me transmettre.

Les discussions ont eu lieu dans les chambres de l'hôpital de jour, les patients étant le plus souvent perfusés et à 2 ou 3 dans chaque chambre, ce qui n'était pas aisé pour aborder des sujets intimes. Par ailleurs lorsque le personnel infirmier venait effectuer des soins, je m'éloignais discrètement dans le couloir, le temps du soin. Ceci explique que les conversations ne peuvent explorer tous les axes définis dans la méthode de JB STORA en annexe.

Je me rends compte, que ma formation de médecin biologiste, ne facilite pas l'acquisition de l'analyse psychanalytique et que je n'étais pas préparé à ce nouveau mode de pensée.

Les neurosciences et la psychanalyse trouvent des territoires communs avec cependant un vocabulaire et des interprétations bien distincts (MAGISTRETTI, ANSERMET), et bien que cette année d'étude avec JB Stora m'ait ouvert à la compréhension du monde de la psyché, je ne suis qu'au début de cette découverte, de son intégration dans ma pratique quotidienne et dans mon mode d'analyse.

CAS CLINIQUE N° 1 CLAIRE

Claire est hospitalisée en hopital de jour pour une poussée de SEP afin de recevoir des bolus de solumédrol pour une poussée de SEP. Elle m'accueille dans sa chambre debout avec une canne. Elle se déplace difficilement jusqu'au fauteuil mais est souriante. Elle paraît plus jeune que son âge de 60 ans, maquillée, avec un léger surpoids. Elle me dit intéressée par mon travail car elle sait que sa maladie est en rapport avec des évènements survenus dans sa vie. En Janvier 1998, elle a un accident de voiture avec son mari et ses deux enfants. Son mari s'était assoupi au volant un soir en rentrant d'une soirée : personne n'est blessé, que des dégâts matériels mais rétrospectivement, elle dit avoir eu très peur et donc avoir subi un énorme stress. Puis en septembre de la même année, sa mère décède brutalement d'un AVC alors qu'elle n'avait jamais été malade. Au cours de l'année suivante, Claire voit apparaître de petits troubles au niveau de sa jambe gauche à type de déficit moteur et quelques troubles de l'équilibre. Puis en 2000, elle se fait opérer d'une myélopathie cervicarthrosique et devant la persistance de signe neurologique, les investigations concluent à un diagnostic de SEP. Elle est mise sous interféron.

Dans son histoire on retrouve que Claire est née en Corse, qu'elle n'a pas connu son père qui est décédé avant qu'elle naisse. Elle a été élevée par sa mère qui comme « méditerranéenne » ne s'est pas remariée. Elle a une sœur de deux ans son aînée qui est en bonne santé et avec qui elle a de très bon rapports : « un amour ». Un frère qu'elle n'a pas connu, qui avait quatorze ans de plus qu'elle et qui est décédé .

Elle a exercé le métier d'hôtesse de l'air pendant vingt ans et a arrêté son métier volontairement après la naissance de son deuxième enfant. Elle a donc deux enfants, un fils de 20 ans qui est parti faire ses études en Espagne et une fille de 17 ans qui est très proche d'elle. Elle décrit ses enfants comme de belles personnes qui ont réagi différemment à l'annonce de sa maladie : son fils a fui en colère et sa fille l'a protégée de façon excessive .Son mari est chirurgien et ils ont fondé leur famille alors qu'elle avait 30 ans.

Sa maladie lui a fait perdre sa position de chef de famille dans l'organisation, ce qui l'a beaucoup blessée.

Elle me dit savoir que sa maladie devait arriver car elle le sentait. Elle écrit dans ses cahiers tous les évènements de sa vie et me dit qu'elle avait écrit ce qui était arrivé.

Elle prend une canne depuis 2004, mais ne sort plus car son handicap s'est récemment aggravé. Elle passe le temps en lisant, écrivant, écoutant de la musique, mais je la sens profondément s'ennuyer. Elle veut garder au maximum la maîtrise de la gestion de sa vie en

faisant ses courses par Internet et en optimisant et rentabilisant tous ses déplacements dans son grand appartement parisien.

En me parlant elle ne semble pas triste, seulement à l'évocation de l'ennui de sa vie actuelle et anxieuse sur l'évolution de son état. Elle exprime beaucoup d'affects, beaucoup d'expressions faciales.

Dans ses antécédents on rapporte une thyroïdite d'Hashimoto découverte fortuitement par la médecine du travail qui est actuellement traité par levothyrox.

Elle évoque brièvement quelques problèmes relationnels avec son mari qui est impuissant devant sa maladie, lui qui est chirurgien orthopédiste qui refait marcher les gens mais pas elle. L'examen de son dossier médical montre que les neurologues avaient noté que Claire était d'emblée entrée dans cette maladie en phase progressive primaire, sans manifestement le lui dire.

Evaluation Psychosomatique

Axe 1 Les processus et mécanismes psychiques

Axe 1A relation d'objet :

Présence de l'objet

Difficile au cours de cet entretien trop rapide d'évaluer la présence de l'objet de Claire.

Cependant il faut noter que Claire n'a été élevée que par sa mère, son père étant décédé pendant la grossesse de sa mère. Elle semble avoir été très attachée à sa mère qui ne s'est pas remariée et a élevé ses enfants comme une bonne méditerranéenne.

On peut envisager que la dynamique de son développement psycho sexuel, comme décrit par Sigmund Freud a été perturbé, en particulier pendant la période oedipienne, puisqu'elle n'avait pas de père pour entrer en rivalité avec sa mère.

Dimension narcissique.

A 60 ans, Claire est maquillée, bien habillée, cherche à être séduisante, preuve de la présence d'une énergie narcissique bien présente, sans excès et sans retrouver un moi grandiose ou un idéal du moi. Cette énergie narcissique lui sert à maintenir sa pulsion de vie comme le décrit Pierre MARTY dans Les mouvements individuels de vie et de mort



Epaisseur du préconscient

Claire rêve peu, mais les hypnotiques qu'elle prend tous les soirs pour dormir peuvent perturber les cycles du sommeil et l'activité onirique. Cependant la présence de bonnes associations d'idées, des aller et retour entre les événements passés et sa vie présente et sa capacité à élaborer des hypothèses entre les événements de sa vie et sa maladie montre que Claire a de bonnes capacités d'élaboration.

Axe 1B états psychiques et événements de vie personnels

Claire s'ennuie du fait de se son handicap qui la limite dans ses déplacements hors de chez elle. Son mari, chirurgien, travaille beaucoup, son fils fait des études à l'étranger et sa fille est de moins en moins présente et elle évoque ouvertement son ennui. Je note dans ses propos, l'intonation de sa voix et ses expressions faciales un syndrome dépressif.

Quand elle évoque l'évolution de sa maladie et la progression de son handicap son visage reflète une grande anxiété.

Dans sa vie Claire a eu la même année deux évènements traumatisants importants : un accident de voiture dans lequel, a posteriori elle et sa famille ont failli perdre la vie et le décès de sa mère qui était certainement un élément stabilisateur très important dans sa vie. Suite à ces deux évènements, un processus de désorganisation somatique c'est mis en place. Elle n'a pas pu élaborer l'énergie psychique dégagée par ces évènements douloureux et c'est ainsi comme le décrit JB STORA « le corps a pris la relève ». L'activation importante de son système immunitaire, en réaction aux stress et à l'anxiété qui a résulté de la peur de mourir et au deuil de sa mère, sur un terrain a amené le déclenchement sa SEP.

La mère de Claire la tenue en équilibre toute sa vie dans sa relation psycho-affective et son décès a été perçu comme un abandon et a rompu cet équilibre.

De plus la relation de Claire avec les hommes semble être aussi une source de difficultés. Son père décède avant sa naissance, son frère qu'elle a peu vu est décédé, son mari qui soigne les autres a failli être responsable de la mort de sa famille et son fils qui a très mal vécu sa maladie a « fui » faire ses études à Barcelone. Il semble qu'elle ne puisse pas faire confiance aux hommes autour d'elle.

Axe 1 E présence de traits de caractère

Claire montre une volonté de tout contrôler, de diriger sa vie et celle de sa famille en organisant tout la logistique malgré son handicap. Je la sens aussi vouloir maîtriser l'évolution de sa maladie et cela l'attriste de ne pas réussir à endiguer cette dernière.

Axe 1 F activités sublimatoires

Claire écrit beaucoup: ses états d'âmes, les évènements de sa vie ce qui lui permet de réfléchir et de mentaliser certaines difficultés qu'elle rencontre dans sa vie.

Claire lit également beaucoup, écoute de la musique ce qui l'aide à essayer d'oublier son ennui.

Axe 2 prévalence des comportements

Le comportement de Claire semble contrôlé mais ce n'est qu'une apparence qu'on retrouve fréquemment chez les patients qui ont des capacités d'élocution et de séduction, car elle est en fait faible.

Axe 3 Capacité d'expression des affects

Claire semble avoir une bonne capacité d'expression de ses affects avec cependant une tendance dépressive et une anxiété qui par moment la limitent.

Axe 4 Risque lié à l'environnement

L'environnement social de Claire est bon, mais des difficultés dans les relations avec son mari et ses deux enfants qui grandissent et quittent le foyer familial vont augmenter sa solitude et probablement son anxiété. On peut estimer que Claire fait face à des difficultés moyennes

Evaluation du risque psychique

Résumé et cotation

Processus psychiques : 2

Comportement : 2

Affect : 2

Environnement : 4

Total : 10 soit un risque actuel modéré à élevé, mais dans la période des évènements stressants ce risque a été beaucoup plus important.

Axe 5 Evaluation du risque somatique

Claire est au stade de SEP progressive, c'est-à-dire que les processus immuns de destruction sont en évolution. Les traitements ne peuvent qu'avec une faible probabilité ralentir la vitesse d'aggravation de son handicap qui est déjà bien présent. Son risque somatique est donc élevé.

Synthèse et évaluation globale du fonctionnement psychosomatique de CLAIRE

Claire présente une SEP progressive d'emblée qui a suivi deux évènements extrêmement traumatisants dans sa vie survenus la même année : un accident de voiture potentiellement grave et la mort de sa mère. Ces deux évènements n'ont pas pu être mentalisés et bien que Claire ait actuellement de bonnes capacités avec son travail d'écriture, de recherche de sens à sa maladie, il semble que les processus immuns se soient automatisés. L'anxiété face à l'évolution de son handicap, le départ de ses enfants et des difficultés relationnelles avec son mari laisse envisager une aggravation. Cependant l'épaisseur de son préconscient, ses capacités actuelles de mentalisation et la présence d'une énergie narcissique pourraient ralentir l'évolution de sa maladie et c'est ce que je lui souhaite très sincèrement.

CAS CLINIQUE N° 2 CHARLES

Charles est âgé de 47 ans. Il vient à l'hôpital de jour, comme chaque mois depuis deux ans environ, pour recevoir un bolus suite au diagnostic de SEP progressive d'emblée.

Charles apparaît bien habillé, d'une apparence agréable, il parle posément mais avec une certaine anxiété sur son visage.

Charles vit dans une grande ville de province à une centaine de kilomètres de Paris.

Sa maladie a débuté il y a six ans, par une baisse de l'acuité visuelle. Puis elle a évolué rapidement par des troubles de la marche et de l'équilibre. L'année précédant le diagnostic de SEP, sa femme le quitte en emmenant ses deux enfants. Le divorce se passe mal et après six années n'est toujours pas terminé. Il m'évoque le fait que sa femme était peut être partie du fait de la présence de signes de sa maladie non encore diagnostiquée.

Les enfants, âgés de 9 et 14 ans viennent un week-end sur deux le voir. Ils sont gentils avec lui, mais il ne peut pas avoir beaucoup d'activités avec eux du fait de son handicap.

Charles a eu plusieurs métiers autour du notariat. Ses parents qui sont en bonne santé et qui ont respectivement 70 et 76 ans l'aident financièrement, car sa pension mensuelle d'invalidité n'est que de 750 euros. Ses parents étaient commerçants et peu présents et il me dit avoir été élevé par une de ses grands-mères, qu'il a beaucoup aimé et avoir été très peiné à son décès. Il a deux sœurs avec qui il s'entend bien.

Depuis quelques mois, son état se détériore. Il est de plus en plus fatigué avec une autonomie de déplacement de plus en plus limitée EDSS 6.5.

Il a du mal à lire et regarde l'écran de l'ordinateur avec un logiciel grossissant. Charles se dit stressé par son divorce qui n'en finit pas, et par ses problèmes. Cela augmente son anxiété liée également à la dégradation de son état général.

Je quitte Charles, en étant mal à l'aise, inquiet, le sentant extrêmement préoccupé par ses problèmes.

Evaluation Psychosomatique

Axe 1 Les processus et mécanismes psychiques

Axe 1A relation d'objet :

Difficile d'évaluer la présence de l'objet chez Charles, mais je note qu'il a été élevé essentiellement par sa grand-mère, ses parents commerçants étant peu présents.

Axe 1B états psychiques et événements de vie personnels.

Hormis la mort de sa grand-mère et surtout le divorce avec sa femme qui se passe très mal avec un conflit concernant le partage des biens qui dure, je n'ai pas retrouvé dans ce bref interrogatoire d'événements marquants dans la vie de Charles.

Je ressens un fort état dépressif qu'il contrôle bien devant moi.

Axe 1 F activités sublimatoires

Du fait de son handicap visuel et moteur Charles, ne lit pas et n'a pas beaucoup d'autres activités que passer beaucoup de temps sur son ordinateur équipé d'un logiciel de grossissement. Charles s'ennuie beaucoup.

Il y a chez Charles une insuffisance fondamentale de l'appareil psychique avec facilités de désorganisation. Il a une vie et une pensée opératoire

Axe 2 prévalence des comportements

Faible

Axe 3 Capacité d'expression des affects

Charles présente une alexythymie.

Axe 4 .risques liés à l'environnement

La solitude de Charles, ses parents âgés, qui ne pourront bientôt plus le soutenir affectivement et financièrement, ses difficultés financières, son divorce qui n'en finit pas et son handicap qui évolue rapidement sont des facteurs qui m'inquiète beaucoup pour l'avenir de Charles, il est donc classé dans la catégorie 7 d'incapacité durable de fonctionnement autonome.

Même si l'interrogatoire ne m'a pas permis d'analyser l'ensemble des axes, il y a suffisamment d'informations pour tenter d'évaluer un risque psychosomatique.

Evaluation du risque psychique

Processus psychique : 3

Insuffisance fondamentale de l'appareil psychique avec facilités de désorganisation

Comportement : 3 moyenne

Affect : 5 Alexithymie

Environnement : 7 Incapacité durable du fonctionnement autonome

Total 18 soit un risque psychique très élevé

Evaluation du risque somatique

Charles présente une SEP progressive qui évolue rapidement: il présente donc un risque élevé d'évolution de sa maladie et donc de son handicap.

Synthèse et évaluation globale du fonctionnement psychosomatique de Charles

Charles présente une SEP secondairement progressive qui évolue rapidement dans un contexte environnemental très défavorable (solitude, divorce, problèmes financier) entraînant un syndrome dépressif et une anxiété très importante. Charles fait donc parti des sujets à risque élevé d'évolution péjorative et donc à prendre en charge intensément par une psychothérapie.

CONCLUSION

L'anxiété est un symptôme très fréquemment retrouvé chez les patients atteints de SEP.

Elle peut rendre compte par des mécanismes neurobiologiques et immunitaires de l'aggravation de la maladie.

Elle peut être évaluée par des échelles en particulier celle d'HAMILTON (en annexe) ou plus simplement par une échelle d'autoévaluation (en annexe)..

Ce travail m'amène à me poser des questions comme :

Peut-on isoler dans des études cliniques des groupes de patients, qui en plus de l'association de facteurs de risque somatique (infection virale, déficit en vitamine D, tabagisme) ont vis-à-vis d'événements de la vie difficiles une réponse psychologique et biologique favorisant la survenue de poussées inflammatoires ?

L'anxiété qui déclenche une réponse neuro-biologique particulière, peut elle influencer chez un sous groupe de patients l'évolution de la maladie ?

Elle devrait dans ce cadre, être évaluée, et prise en charge systématiquement pour un meilleur bien être des patients, et probablement un ralentissement de l'évolution de leur pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

BELZUNG C Biologie des émotions, 2007, éditions De Boeck Université
ISBN 978-2-8041-5375-5

BUJEVAC D, REEDEKER W. JANSSENS AC van der MECH FG, van DOOM PA,
HINTZEN RQ Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis:
prospective study. BMJ 2003 Sep 20:327(7416):646.

CHARCOT JM , Lectures on diseases of the nervous system, London, UK, New Sydenham
Society, 1877

CHENE P-A Médecine et sophrologie tome III 2010 éditions ellebore ISBN 978-2-868998-
963-5.

DAVIDSON D., KABAT-ZINN J., SCHUMACHER J., ROSENCRANZ M., MULLER D.,
SANTORELLI S., URBANOSKI F., HARRINGTON A., ... Alteration in Brain and immune
function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Medicine 2003 65, 564-570

HUITINGA I, ERKUT ZA, VAN BEURDEN D, SWAAB DF The hypothalamo-pituitary-
adrenal axis in multiple sclerosis Ann N Y Acad Sci, 2003 May; 992: 118-28
Riise

JANSSEN T. La maladie a-elle un sens ? Enquête au-delà des croyances ; 2008 Fayard
ISBN :978-2-213-63485-2

MARTY 1976 : Marty P., Les mouvements individuels de vie et de mort, 1998, Payot,
Paris, ,ISBN : 2-228-89182-7 ,

MARTY 1980 : Marty P., L'ordre psychosomatique, 1998, Payot, Paris, , ISBN : 2-228-
89181-9 ,

MARTY P 1990, La psychosomatique de l'adulte, 1990, Presses Universitaires de France Que
sais je ? ISBN 978-2-13-054735-8

MARTY P , de M'UZAN M , DAVID C L'investigation psychosomatique Presses 1963
Universitaires de France ISBN :978-2-13-058539-8

MARTY P..Les mouvements individuels de vie et de mort 1976 Editions Payot ISBN :2-228-
89182.7

MAGISTRETTI P. ANSERMET F. Neurosciences et psychanalyse 2010 Odile Jacob
ISBN 1265-9835

MITSONIS CL, ZERVAS IM, MITROPOULOS PA, DIMOPOULOS NP, SOLDATOS CR,
POTAGAS CM, SFAGOS CA The impact of stressful life events on risk of relapse in women
with multiple sclerosis :a prospective study Eur Psychiatry, 2008 Oct :23(7) 497-504

MOHR DC, HART SL, JULIAN L . COX D. ? PELLETIER D Association between stressfull life events and exacerbation in multiple sclerosis : a meta-analysis BMJ 2004 March 27 328(7442) : 731

MOHR D.C., Goodkin D.E., Bachetti P, Boudewyn A.C., Huang L, Marietta P., Cheuk W., Dee B. 2000 Psychological stress and the subsequent appearance of new brain MRI lesions in MS

NACCACHE 2006 : Naccache L., Le Nouvel Inconscient - Freud, le Christophe Colomb des neurosciences, 2006, Odile Jacob, Sciences, ISBN : 2-7381-1828-3,

PIERROT-DESEILLIGNY C, SOUBERBIELLE J-C, Widespread vitamine D insufficiency: a new challenge for primary prevention,with particular reference to multiple sclerosis. La presse médicale, 2011, avril 11 27-34.

RIISE T., MOHR D.C. ,MUNGER KL . R, RICH-EDWARDS JW, KAWASHI I. ASCHERIO A Stress and the risk of multiple sclerosis Neurology 76 May 311866-1871.

STANKOFF B., ., Actualités avancées dans la SEP 26ème ECTRIMS 2010 La lettre du neurologue supplément 2010 déc

SERVANT D La relaxation: nouvelles approches, nouvelles pratiques, 2009, Masson ISBN :978-2-294-70612-7

STORA 2006 : Stora J.-B., La Neuro-Psychanalyse, 2006, Presses Universitaires de France,Que sais-je?, ISBN : 2-13-055868-2,

STORA 2006 : Stora J.-B., La Neuro-Psychanalyse, 2006, Presses Universitaires de France,Que sais-je?, ISBN : 2-13-055868-2, STORA 2007 StoraJ-B Le stress, 2007 Presses Universitaires de France,Que sais-je ISBN 978-2-13-05

STORA 1997 : Stora J.-B., Quand le corps prend la relève - Stress, traumatismes et maladies somatiques, 1997, Odile Jacob, , ISBN : 2-7381-0707-9,

THURIN, J-M, BAUMANN,N. Stress, pathologies et immunité, 2003 Médecine-Sciences Flammarion Editions Lavoisier ISBN 978-2-257-10835-7

ANNEXES

**METHODE D'ÉVALUATION ET DE DIAGNOSTIC DE LA SANTÉ
PSYCHOSOMATIQUE**

Evaluation globale du risque psychosomatique

JBS-PSYSOMA- version 22. Mai 2011

THE PSYCHOSOMATIC GRID

Elaborée par J.B. STORA de 1993 à 2011¹

FICHE PATIENT

Nom : Prénom :

Date naissance :

Date début traitement : examen clinique du :

Date fin traitement :

Histoire de la maladie : informations recueillies dans le dossier médical, cf. Axe 5 de la grille.

Prière d'utiliser la classification internationale des maladies.

Histoire du patient : grille à remplir après investigation. Axes 1, 2, 3 et 4.

Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique : avec détermination du profil de risque. à ne remplir qu'après avoir établi l'histoire du patient, son fonctionnement psychique et ses troubles somatiques.

Le tableau synthétique se trouve en fin de grille et doit être rempli après avoir complété les rubriques.

Cette grille est à remplir au début, en cours et en fin de traitement :

Diagnostic, pronostic, stratégie thérapeutique.

Un glossaire des concepts figure en fin de document (cf. la méthode figurant dans le document complet)

¹ Une première classification a été élaborée par Pierre Marty (1987) ; ma méthode, qui n'est pas une classification, prend en considération les premiers travaux de Pierre Marty profondément modifiés par l'approche de la Psychosomatique Intégrative. J'ai repris les concepts de la psychanalyse développés par Sigmund Freud et, après lui, depuis sa mort jusqu'à nos jours auxquels j'ai ajouté toutes mes recherches sur le stress professionnel et les troubles somatiques induits.

Tableau synthétique des évènements de vie et des troubles somatiques avec commentaires.
 Vos commentaires doivent vous aider à établir progressivement les caractéristiques du fonctionnement psychique (comportements, émotions pensées – représentations mentales-) en les remplaçant dans l'environnement familial et professionnel du patient en vue d'établir un premier diagnostic. Après avoir suivi le patient pendant six mois vous pouvez revoir le diagnostic initial et envisager la stratégie thérapeutique.

Commentaires	Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques	

Evaluation globale du risque psychosomatique

Vous devez comparer le risque psychique (tableau ci-dessous à remplir) et le risque somatique ci-après communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes que je développe.

<p>LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE</p> <p>les chiffres en face de chaque rubrique de la méthode sont utilisés pour les études épidémiologiques au cas où vous entreprendriez une telle recherche sur un échantillon de patients.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LES PROCESSUS ET MÉCANISMES PSYCHIQUES, LES POINTS DE FIXATIONS, LES MANIFESTATIONS CARACTÉRIELLES ET LES ACTIVITÉS SUBLIMATOIRES 2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS 3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS (RUBRIQUES MODIFIÉES) 4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT 	
<p>1. LES PROCESSUS ET MÉCANISMES PSYCHIQUES,</p> <p><u>En fonction de vos observations, vous devez arriver à évaluer les processus psychiques du patient ou de la patiente, et noter soit 1, 2,3 ou 4 en vous référant aux 4 propositions ci-dessous :</u></p> <p>1.Fonctionnement psychique équilibré: Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent –passé, Capacité d'élaboration;</p> <p>2. Fonctionnement psychique momentanément altéré: Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations</p> <p>3. Fonctionnement psychique profondément altéré: vie et pensée opératoire</p> <p>4. Fonctionnement psychique gravement altéré: Désorganisations progressive -dépression essentielle</p>	<p>NOTE</p> <p>.....</p>

		NOTE
2. PRÉVALENCE DES COMPOTEMENTS	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe 2C : 1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.
		NOTE
3. CAPACITÉ D'EXPRESSION DES AFFECTS Cf. explications dans le glossaire	A établir à partir des résultats d'observation de l'axe 3. 1. Large gamme d'expression des affects 2. Répression des affects (trois destins possibles) 3. Prédominance des affects dans la relation intersubjective ou Affects de vitalité: réactivation en miroir de relation intersubjective thérapeute-patient. Le patient réagit en miroir aux manifestations affectives du thérapeute. 4. Affects traumatiques et somatisations 5. Alexithymie.
		NOTE
4. RISQUE LIÉ À L'ENVIRONNEMENT : Nature de l'environnement Environnement familial et environnement professionnel. A partir de cette notation apprécier les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).	A partir des résultats d'observation de l'axe 4. Evaluer les réactions psychosomatiques à partir des informations anamnestiques concernant l'histoire familiale passée et actuelle, de même pour l'environnement professionnel. Plusieurs notations possibles : 1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome.

EVALUATION DU RISQUE PSYCHIQUE								
Processus Psychiques		1	2	3	4			
Comportement		1	2	3	4			
Affect		1	2	3	3	3	3	3
Environnement		1	2	3	4	5	6	7
Total		4	8	12	15	16	17	18

Evaluation du Risque Psychique

Absence de risque stable, débordement passager: 5
Risque faible à modéré: 5 à 10
Risque intermédiaire : 10 à 15 - possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.
Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique à risque de désorganisation)

Rappel: Vous devez comparer le risque psychique et le risque somatique ci-dessous communiqué par les médecins pour parvenir à l'évaluation du risque psychosomatique global. Evaluer convergence et divergence des deux risques qui sont en interrelation dynamique entre eux selon la théorie des systèmes développée en psychosomatique intégrative (J.B.S).

DIAGNOSTIC structure fonctionnelle psychosomatique	
	Evaluation du risque somatique
	A partir des résultats d'observation et de diagnostic de l'axe 5 et des pronostics communiqués par les médecins du patient.
5 niveaux :	
Risque très élevé	Notation :.....
risque élevé	
risque moyen	
risque faible	
absence de risque	
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.	<ul style="list-style-type: none"> * Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste

sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie

quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de lapatient(e) .

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le

travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

<http://www.sommeil-mg.net> (copyleft)

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est

que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien

de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes nonverbaux

sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

<http://www.sommeil-mg.net> (copyleft)

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière

plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et

le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations,

de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

<http://www.sommeil-mg.net> (copyleft)

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc

jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

<http://www.sommeil-mg.net> (copyleft)

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en

sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

L'échelle d'hamilton est souvent surévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux

troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques »

n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des

« Somatisation » de troubles psychiatriques,

L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques
à
l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

Questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété

Dans quelle mesure chacun de ces symptômes vous ont-ils dérangés ou inquiétés au cours des 7 derniers jours?

Encerclez la cote qui correspond le mieux à votre état.

ANXIÉTÉ Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

1. Nervosité ou sensation de 0 1 2 3 4
tremblements intérieurs.
2. Nausées, douleurs ou malaises d'estomac. 0 1 2 3 4
3. Impression d'être effrayé 0 1 2 3 4
subitement et sans raison.
4. Palpitations ou impression que 0 1 2 3 4
votre coeur bat fort plus vite.
5. Difficulté importante à vous endormir. 0 1 2 3 4
6. Difficulté à vous détendre. 0 1 2 3 4
7. Tendance à sursauter facilement. 0 1 2 3 4
8. Tendance à être facilement irritable. 0 1 2 3 4
ou importuné
9. Incapacité à vous libérer de pensées 0 1 2 3 4
obsédantes.
10. Tendance à vous éveiller très tôt le matin et à 0 1 2 3 4
rester éveillé.
11. Vous sentir nerveux lorsque vous êtes seul. 0 1 2 3 4

ÉVALUATION

Si à plusieurs de ces questions (soit 5 ou 6 questions) vous avez répondu entre 3 et 4, votre niveau

d'anxiété est important et vous devriez envisager des stratégies comme une meilleure hygiène de vie,

l'acquisition d'une technique de relaxation, l'ajout d'exercices physiques à votre routine quotidienne.

Si dans l'ensemble vous avez indiqué une cote de 3 et 4, vous avez atteint un niveau critique et vous

devriez consulter votre médecin de famille.

Source : *L'anxiété*, Fondation québécoise des maladies mentales