



**HAL**  
open science

# Stress, activité et désorganisation somato-psychique : une approche psychosomatique

Pascal Boes

► **To cite this version:**

Pascal Boes. Stress, activité et désorganisation somato-psychique : une approche psychosomatique. Psychologie et comportements. 2014. dumas-01087079

**HAL Id: dumas-01087079**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087079v1>**

Submitted on 25 Nov 2014

**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  
FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE-SALPETRIERE  
ET SERVICE FORMATION PERMANENTE

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

**Membres du Jury de septembre 2014**

**Pr. Marc Olivier BITKER, Pr. Jean-François ALLILAIRE, Pr. Jean Benjamin STORA,  
Stéphane FLAMANT, Michael STORA.**

**Stress, activité et désorganisation somato-psychique :  
une approche psychosomatique**

**Mémoire de psychosomatique  
présenté par Pascal BOES**

**Jury du vendredi 19 septembre et du samedi 20 septembre 2014  
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière  
UNIVERSITÉ DE PARIS 6 PIERRE ET MARIE CURIE**

## Résumé

La question du stress en général, et du stress au travail en particulier, fait l'objet de nombreuses recherches et publications depuis maintenant plusieurs décennies.

En effet, s'il est bien un terme dont s'est emparé aussi bien la communauté scientifique que les politiques et le grand public, c'est celui de stress.

Mais que signifie-t-il ? Quels en sont les ressorts et les enjeux ? Concept carrefour ou liminaire, ses multiples approches en démontrent sa complexité. Approche physiologique et biologique, approche neurophysiologique et immunologique, approche psychologique et sociologique, les méandres de ce « phénomène » qu'est le stress n'en fini pas d'être analysé, observé et étudié, et, bien que ses modalités et ses effets soient un peu mieux connues ce jour, il n'en demeure pas moins énigmatique, apportant sans cesse des questions nouvelles. Relations entre soma et psyché, entre événement et subjectivité, entre phénomène somato-psychique et socio politique, ce concept de stress pourrait bien être un concept limite entre dedans et dehors, entre corps et psyché, entre les diverses disciplines qui l'étudient. Mais ce concept de stress est-il du domaine de la psychosomatique?

Question complexe dont nous n'apporterons pas de réponse dans ce travail, mais tout au plus une pierre à l'édifice déjà bien garni et pourtant toujours à reconstruire.

Notre travail vise à aborder la question du stress dans ses rapports avec la dimension somato-psychique via l'approche de la psychosomatique intégrative élaborée par Jean-Benjamin Stora. La psychosomatique intégrative vise une approche articulant la psychanalyse, la médecine et les neurosciences et l'on comprend bien que la question du stress implique cette pluridisciplinarité et interdisciplinarité, (voire transdisciplinaire ?).

Nous tenterons dans cette étude clinico-théorique d'aborder une approche psychosomatique du stress dans un champ délimité, celui du travail, approche qui se veut une démarche pratique (celle de mon lieu d'exercice) et théorique. Il me faut bien reconnaître cependant que mes recherches, si elles m'ont permis d'éclairer la complexité du phénomène stress, n'en ont pas moins apporté son lot de perplexité, tant sur le plan clinique et théorique que épistémologique et politique. C'est peut-être davantage cette perplexité, qui dépasse largement le seul concept stress, que je voudrais ici partager.

### Mots-clefs

Stress – Psychosomatique – Désorganisation somatique – Activité - Action

## Remerciements

*Je remercie en premier lieu le Professeur Jean Benjamin STORA qui nous a fait partager son approche de la psychosomatique intégrative, approche clinico-théorique, mais aussi humaine, de ce vaste et complexe champ qu'est la relation du corps et de la psyché.*

*Mes remerciements vont ensuite à toute l'équipe d'enseignants, et plus particulièrement Michael STORA, qui nous ont fait part de leur connaissance spécialisée sans sacrifier la nécessaire « perplexité » inhérente à la recherche clinique et scientifique.*

*Un grand merci à mes collègues étudiants avec qui j'ai pu partager des moments de travail mais aussi une chaleureuse convivialité tout au long de l'année.*

*Je remercie également le Docteur Arielle BAHAUT, médecin du travail coordonnateur et toute l'équipe de santé au travail pour leur disponibilité patiente et amicale.*

*Que ma famille et mes amis soient ici remerciés pour leur soutien moral et leur présence patiente.*

*Enfin, qu'il me soit permis d'exprimer mes remerciements aux salariés que j'ai suivis et tout particulièrement à David qui m'a fait partager des moments de vie et m'a permis de mieux appréhender les relations complexes entre clinique psychosomatique et travail.*

## Table des matières

Résumé.....	- 2 -
Mots-clefs.....	- 2 -
Remerciements.....	- 3 -
Introduction.....	- 5 -
<b>PARTIE 1. CADRE CLINIQUE ET CONCEPTUEL.....</b>	<b>- 7 -</b>
Chapitre 1. Lieu et principe d'intervention.....	- 7 -
1.1. De la médecine du travail à la santé au travail.....	- 7 -
1. 2. Fonctions et pratiques du Psychologue IPRP en service de santé au travail.....	- 9 -
1.3. Pragmatique des interventions et de la recherche.....	- 9 -
Chapitre 2. Approche conceptuelle & théorique.....	- 11 -
2.1. Le stress.....	- 11 -
2.2. Organisation somatopsychique et approche psychosomatique.....	- 14 -
<b>PARTIE 2. CLINIQUE.....</b>	<b>- 16 -</b>
2.1. David, un évènement clinique.....	- 16 -
2.2. Biographie et anamnèse.....	- 18 -
2.4. Structure psychique et organisation psychosomatique.....	- 22 -
2.6. Questionnaire de diagnostic psychosomatique.....	- 29 -
2.7. Synthèse clinique.....	- 38 -
<b>PARTIE 3. DISCUSSION.....</b>	<b>- 41 -</b>
3.1. La psychosomatique entre clinique et théorie.....	- 41 -
3.2. Les carrefours de la psychosomatique.....	- 44 -
3.3. Le stress, une question « politique »?.....	- 47 -
Conclusion.....	- 48 -
Bibliographie.....	- 50 -
Annexes.....	- 52 -



## Introduction

« Dans cette situation [la désolation], l'homme perd la foi qu'il a en lui-même comme partenaire de ses pensées et cette élémentaire confiance dans le monde, nécessaire à toute expérience. Le moi et le monde, la faculté de penser et d'éprouver sont perdus en même temps. »

Arendt, H. (1972). *Le système totalitaire*. Paris, Seuil p. 226

- 5 -

Convoquer une théoricienne du politique dans un travail traitant des rapports psyché et soma peut à priori sembler incongru. Et pourtant, s'il n'est pas question de discuter de théorie politique, nous ne pourrions éviter d'y faire recours pour au moins deux raisons. La première est que si la politique n'est pas une étude de l'homme car elle « prend naissance dans l'espace-qui-est-entre les hommes, donc dans quelque chose qui est fondamentalement extérieur-à-l'homme »<sup>1</sup> (souligné par l'auteur), elle n'en demeure pas moins un socle, ou mieux encore, un contenant symbolique et culturel dont les effets s'en feront ressentir, tant psychiquement que somatiquement, chez chacun d'entre nous. La seconde raison est le lieu même de notre champ de recherche, le monde du travail dans ses rapports avec le psychisme et le somatique. Monde du travail qui est devenu, pour beaucoup d'auteurs (Sainsaulieu, I. & Surdez, M. eds, 2012) un domaine politique, c'est-à-dire comme un champ proposant une certaine vision de l'homme et de la société et de leurs rapports, où, selon la terminologie de Arendt, un « vivre ensemble ».

Nous discuterons dans ce bref travail clinique les liens, parfois bien complexes et incertains, entre une situation de travail (dans sa composante « stressante ») et ses répercussions psychiques et ses avatars somatiques. Plus précisément, il s'agit de nous interroger sur le rôle que peut jouer l'environnement sur l'équilibre psychosomatique et l'homéostasie somatopsychique. Indiquons d'ores et déjà que nous ne postulons pas une imputabilité environnementale à la survenue de troubles somatiques et psychiques, mais plutôt une dynamique conflictuelle de l'environnement sur le système somatopsychique.

En effet, s'il est convenu aujourd'hui, que certains événements, notamment le stress (que nous définirons plus loin) font partie du paysage professionnel, parfois de manière discutable et

---

<sup>1</sup> ARENDT, Hannah. *Qu'est-ce que la politique ?* Paris : Seuil, 1995, p.42.

discuté, bien des questions restent en suspens en ce qui concerne les répercussions psychiques et somatiques de l'activité.

Nous aborderons, de façon bien liminaire précisions-le, l'approche que pourrait avoir la psychosomatique intégrative développée par le professeur Jean Benjamin Stora, sur les avatars du stress sur le système somatopsychique.

La première partie de ce travail indiquera le cadre clinique et conceptuel dans lequel s'inscrit notre recherche. Ce cadre clinique s'attachera à indiquer d'où nous partons, c'est-à-dire le terrain d'investigation d'une part, et notre activité d'autre part. Ce cadre clinique délimitera notre recherche, tant dans ses apports que dans ses limites inhérentes.

Le cadre conceptuel servira essentiellement à préciser les notions, dont le moins que nous puissions dire est qu'elles sont complexes et faisant encore l'objet de bien de controverses dans le domaine scientifique. Les deux principales notions discutées sont le « stress » et les « relations somatopsychique<sup>2</sup> ». Le mot « stress » est, pour beaucoup d'auteurs, pour le moins galvaudé et confus, désignant tant une cause, un processus qu'un effet. Il s'agira, dans un premier temps à définir et délimiter ce terme, non conceptuellement mais davantage opérationnellement. Nous tenterons d'approcher le « stress » dans ses composantes biomédicales et psychologiques, mais aussi du point de vue psychodynamique et psychosomatique.

La seconde partie se centrera sur un cas clinique qui, à défaut d'être paradigmatique, nous semble assez représentatif des liens pouvant exister entre activité, psyché et soma. Après avoir présenté les temps de rencontres et d'entretiens avec David, nous donnerons les grandes lignes biographiques et d'évènements de vie, puis les éléments anamnestiques de la pathologie de David, nous esquisserons quelques linéaments de sa structure psychique et de son organisation psychosomatique. Enfin, nous tenterons de synthétiser la problématique psychosomatique de David via la grille de classification psychosomatique de Jean-Benjamin Stora et de son questionnaire diagnostic.

Dans la dernière partie, nous proposerons une discussion théorico clinique issue de notre travail mais aussi de notre pratique de psychologue au sein d'un service de santé au travail.

---

<sup>2</sup> Nous indiquerons plus loin la distinction que nous opérons entre « somatopsychique » et « psychosomatique »

## PARTIE 1. CADRE CLINIQUE ET CONCEPTUEL

### Chapitre 1. Lieu et principe d'intervention

Avant de présenter un cas clinique sur la relation stress et le système somatopsychique, précisons d'où nous parlons et de quoi nous parlons. Le lieu d'exercice aura son influence sur nos propos, tant il est vrai qu'il cadre notre exercice et par conséquent, notre recherche présente. Les concepts ou les notions utilisées influent tout autant sur l'analyse que sur les interprétations qui en découlent dans la mesure où elles s'inscrivent dans un cadre théorique, voire épistémologique.

De formation en psychologie clinique et pathologique et en psychologie du travail, j'exerce depuis quelques années en tant que psychologue du travail – intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) au sein d'un Service de Santé au Travail Autonome de dimension nationale (SSTA).

#### 1.1. De la médecine du travail à la santé au travail

Pour beaucoup de salariés et d'entrepreneurs, la vision de la médecine du travail garde cet aspect passéiste marqué par les contraintes des visites médicales et des fiches d'aptitude.

Or cette vision ne correspond plus à la réalité de la médecine du travail, celle-ci ayant subi de profonde mutation en lien avec les mutations du monde du travail.

Depuis la Loi du 11 octobre 1946, en France, le rôle de la Médecine du travail est exclusivement préventif. Dès 1985, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) conseille les services de santé au travail vers plus d'interventions en prévention primaire. La Directive Européenne de 1989 a orienté les entreprises vers l'application des Principes Généraux de Prévention. La réforme de la médecine du travail par le décret du 28 juillet 2004 et la Loi du 20 juillet 2011 sur l'Organisation de la Médecine du Travail, réitèrent le même objectif au Service de Santé au Travail (SST) : conseiller l'entreprise (salariés et responsable) à éviter tout altération de la santé du fait du travail (cf. art. L.4622-2).

Ces réformes orientent les SST vers une approche globale du travail à travers des compétences médicales (médecins, infirmier(e)s), techniques et organisationnelles (IPRP) afin d'améliorer les situations, les conditions de travail et prévenir les risques professionnels.



C'est donc aller vers plus de prévention primaire, pour ce qui est désormais le Service de Santé au Travail.

L'action sur le milieu du travail est prioritaire : elle commence par la limitation des conséquences des risques, puis d'intervenir sur la prévention de ces risques.

Cette réforme de la médecine du travail réaffirme la visée exclusivement préventive et universaliste de la médecine du travail. Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

#### **Article L4622-2**

*Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :*

*1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;*

*2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;*

*3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;*

*4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.*

Alors qu'avant n'étaient évoquées que les missions des médecins du travail, la législation définie à présent les missions des services de santé au travail. Elles sont assurées, dans les services de santé au travail, par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Cette organisation pluridisciplinaire permet, tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut conduire<sup>3</sup>, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement les capacités d'action du service de santé au travail, et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels

L'exercice d'actions préventives en santé au travail s'appuyant essentiellement sur la délivrance d'avis d'aptitude à l'occasion des visites médicales régulièrement renouvelées a atteint ses limites. Sans remettre en cause les examens médicaux, il s'agit de faire évoluer les services de santé au travail vers des services de prévention privilégiant les actions de prévention primaire et proposant des actions collectives sur le milieu de travail, complémentaires et étroitement liées aux actions individuelles, basés sur un travail de terrain et auprès des salariés avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

---

<sup>3</sup> La loi assigne une nouvelle mission au médecin du travail, celle d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire (cf. la circulaire DGT/n°13 du 19 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail)

## 1. 2. Fonctions et pratiques du Psychologue IPRP en service de santé au travail

Quelles fonctions et quelles pratiques un psychologue peut avoir au sein d'un service de santé au travail ? Pour le comprendre, indiquons ce que les textes définissent avant de rajouter plus précisément le « travail réel » qui constitue ma pratique au sein de cet organisme.

L'Article L4622-8<sup>4</sup> stipule que :

« Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. »

Au sein de notre service de santé au travail autonome, cette équipe pluridisciplinaire se compose :

- du Médecin du Travail (Art. R. 4623-1.)
- d'Infirmières en Santé au Travail (IST)
- d'une Assistante de Service de Santé au Travail (ASST)
- d'un Intervenant en Prévention des Risques Professionnels - Psychologue du Travail

Article R4623-37

L'intervenant en prévention des risques professionnels a des compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail. Il dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions. Il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention. Il assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance.

Art. R. 4623-38. L'Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, il assure des missions : de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail.

## 1.3. Pragmatique des interventions et de la recherche

Ces définitions précitées, pour informationnelles qu'elles soient, sont, ce que l'on appelle en ergonomie, le « travail prescrit ».

Mon activité réelle se déploie selon 3 axes : un axe clinique (entretien), un axe de terrain (essentiellement des études de poste) et du tiers temps (réunion, groupe de travail, veille et recherche). La plus grande partie de mon activité est clinique et c'est au travers des entretiens

---

<sup>4</sup> Modifié par Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 - art. 1

avec les salariés qu'une grande part de mes constats alimente mes interrogations sur la dimension somatopsychique dans le champ du travail.

En effet, j'assiste le médecin du travail dans l'établissement du diagnostic et dans l'élaboration avec les salariés de la résolution des difficultés socio-professionnelles.

Du côté des salariés, les objectifs de ces entretiens sont les suivants :

- ✓ offrir un espace d'écoute et d'analyse de ses difficultés,
- ✓ aider les salariés à « penser » ce qui leur arrive par la co-construction du sens donné à leur situation,
- ✓ assurer l'expression et l'élaboration des conflits sous-jacents aux difficultés rencontrées,

Du côté du médecin du travail, la consultation consiste à :

- ✓ évaluer l'imputabilité de la dégradation de la santé psychique à la situation professionnelle,
- ✓ analyser les soubassements psychiques dans leurs relations avec les troubles somatiques,
- ✓ évaluer les retentissements psychologiques et sociaux de la situation du salarié,
- ✓ proposer éventuellement des pistes de réflexion sur la problématique organisationnelle sous-jacente (des aspects relatifs aux conditions du travail, etc.).

En d'autre terme, mes interventions se déroulent dans un cadre délimité, la santé au travail dans toutes ses composantes, avec ses limites inhérentes à ma fonction. Ainsi, n'étant ni psychothérapeute ni psychosomaticien au sein de ce service, il m'est malaisé de proposer un accompagnement au long cours dans la problématique exposés par les salariés que je rencontre (si besoin, ceux-ci sont orientés auprès de collègues externes).

Mais si ma pratique n'est pas celle de psycho-dynamicien ou de psychosomaticien, elle reste fortement influencée par ces apports théoriques et conceptuels. En effet, pour ne prendre que l'exemple du « stress », il m'est difficile de faire l'économie de la dimension intrapsychique et somatopsychique, tant dans une visée diagnostic que dans la prise en charge professionnelle des salariés suivis.

## Chapitre 2. Approche conceptuelle & théorique

« Le stress est un phénomène universel, nécessaire à la vie, qui a pour spécificité de mettre en œuvre les mécanismes d'adaptation psychique et somatique des êtres humains. C'est une notion au carrefour des sciences physiques, biologiques et humaines...  
STORA, Jean-Benjamin. *Le stress*.  
Paris : PUF. 2010, 10<sup>ème</sup> édition,  
p.121.

### 2.1. Le stress

S'il est un terme dont le succès est présent aussi bien au sein de la communauté scientifique que dans l'opinion publique, c'est bien celui de stress. Concept limite de disciplines multiples (biologie, médecine, psychologie, sociologie, etc.), il eut, comme beaucoup d'autre terme médiatisé, une vie et un usage social, notamment dans le monde du travail, qui lui fit perdre beaucoup de sa cohérence si ce n'est de sa pertinence.

Issue du latin « *stringere* », qui signifie « êtreindre, serrer », le terme « stress » fut d'abord utilisé dans la métallurgie pour désigner l'action de déformation du métal sous la tension provoquée par une pression, une charge externe (Stora, J-B, 2010).

Mais le concept *stress* doit ses lettres de noblesse à Hans Selye, qui, en 1936, décrit une réaction non spécifique de l'organisme visant à rétablir l'homéostasie perturbée par un agent agresseur, réaction connue sous le nom de « syndrome général d'adaptation ». A ce jour, le concept de stress se retrouve aussi bien dans les disciplines médicales et psychologiques, mais aussi dans des champs tels que celui du travail. Nous indiquerons, très brièvement, les grandes lignes de ces approches du stress.

#### Point de vue biomédical

Généralement, une situation de stress va entraîner, sur le plan biologique, la mobilisation de deux types de réactions. Dans un premier temps, le système nerveux sympathique et la médullosurrénale, vont immédiatement libérer de l'adrénaline et de la noradrénaline. Cette action est déclenchée par l'hypothalamus et par l'activation du locus coeruleus (Jacque, C., Thurin J-M, 2002).

Puis, dans un second temps, la corticolibérine ou *corticotropin releasing hormone* (CRH) libérée par l'hypothalamus déclenche une production d'ACTH par l'hypophyse qui, à son tour, stimule la production de cortisol par la glande corticosurrénale.

Ainsi, les deux effecteurs périphériques de la réponse biologique au stress sont donc les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) et le cortisol.

Les catécholamines orchestrent la mobilisation de l'ensemble des ressources de l'organisme en vue de réagir à la situation ; le cortisol intervient dans un deuxième temps pour assurer l'apport énergétique nécessaire, mais aussi pour freiner et apaiser la réaction de stress.

En bref, le stress est associé à une activation de plusieurs systèmes neuroendocriniens, incluant le système nerveux sympathique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA selon la terminologie anglo-américaine). L'ensemble constitue une boucle de régulation sensible en de nombreux points aux activités nerveuses et immunitaires, elles-mêmes soumises aux facteurs d'environnement.

### **Point de vue psychologique**

Dans le domaine de la psychologie, le stress est généralement ramené à un état de tension psychique (état d'anxiété) et généralement liée à des manifestations somatiques.

Suite aux travaux de Selye, des psychologues ont commencé à mettre en évidence l'importance des perceptions, c'est-à-dire des processus cognitifs, dans la survenue de l'état de stress. Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman, proposé en 1984, permet de décrire ces processus cognitifs. Ces auteurs postulent que ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui déterminent l'apparition d'un état de stress (avec ses conséquences négatives sur la santé physique et mentale des individus). Ce qui est déterminant, ce sont les perceptions et le vécu de ces événements, d'où le terme de « transactionnel » pour définir ces courants de recherche.

Ces perceptions et les stratégies d'adaptation sont souvent ramenées à des « comportements de coping » qui correspondent aux modes de réponse utilisés face à une situation stressante bien spécifiée. Ce faisant, beaucoup de travaux vont s'intéresser à la façon dont les individus gèrent une situation stressante, d'une part, et de la personnalité sous-tendant les mécanismes cognitifs du stress, d'autre part. Par exemple, un certain type de personnalité prédisposant au stress et aux maladies coronariennes a été mis en évidence : le type A ou « Type A Behavior Pattern »

Par la suite, et en continuité aux travaux portant sur le lien entre stress et personnalité, d'autres travaux abordent les caractéristiques des situations de travail potentiellement stressantes pour les personnes. En effet, un ensemble de travaux ont mis en évidence le rôle déterminant des représentations qu'ont les personnes de leurs situations de travail dans les affects liés au travail (satisfaction, motivation...). En bilan de ces travaux, il est remarqué que si les perceptions des situations de travail dans lesquelles sont impliquées les personnes sont liées à la personnalité des individus, ces perceptions ne sont toutefois pas pour autant déconnectées des propriétés objectives du travail.

Dans cette lignée, soulignons les travaux très en vogue actuellement sur le stress au travail, à savoir les théories de Karasek et de Siegrist.

Karasek, au début des années 1980 s'appuie sur trois dimensions comme sources de stress potentiel : la demande, la latitude décisionnelle et le support social.

- La demande psychologique est la charge psychologique liée à l'accomplissement d'une tâche, à la quantité et la complexité, aux imprévus, aux contraintes temporelles, aux interruptions et demandes contradictoires.
- La latitude décisionnelle repose d'une part sur l'autonomie décisionnelle (le contrôle) et d'autre part sur la possibilité d'utiliser et développer ses compétences
- Le support social se base sur le soutien et la reconnaissance reçus par les collègues et la hiérarchie

Dans le modèle de Siegrist, le stress proviendrait d'un déséquilibre entre l'effort produit et la récompense reçue. Si l'effort produit est plus grand que le retour reçu, tôt ou tard, une souffrance s'installe et met en crise la relation qu'elle soit celle d'un couple ou d'un rapport avec un patron. Mais l'inverse est aussi vrai.

Le stress n'est pas un concept psychanalytique et peut être même considéré selon certains auteurs (Porte, 2005) comme une notion antipsychanalytique. En effet, avant d'être envisagé dans sa dimension pathologique, le stress correspond à une modalité d'adaptation psychophysiological à un danger indéterminé. Et bien que l'origine étymologique de l'angoisse et du stress soit quasiment la même, (l'angoisse étant issue du latin *angustus*, « étroit, serré », et le stress du latin *stringere*, « êtreindre »), ces deux termes ne se recouvrent pas, ni en tant qu'objet, ni sur le plan théorique.

Ce faisant, la théorie du stress, lorsqu'elle est attachée à des théories psychosomatiques répond davantage à un modèle bio-psycho-social (Engel, 1977 ; Bruchon-Schweitzer, 2001), que psychosomatique tel que nous l'entendons (cf infra).

Bien que nous nous restreignons à une définition plus opérationnelle du terme stress, n'oublions pas que derrière son usage un peu commode se cache bien des complexités conceptuelles et épistémologiques.

## 2.2. Organisation somatopsychique et approche psychosomatique

C'est le psychiatre Heinroth, qui en 1818, définit le premier, l'expression de «psychosomatique», puis de «somatopsychique» en 1828. Pour cet auteur, le premier terme exprime la conviction de l'influence des passions sexuelles sur la tuberculose, l'épilepsie et le cancer, le second s'applique aux maladies où le facteur corporel modifie l'état psychique.

De nos jours, ce terme "psychosomatique" possède bien des acceptions différentes qui renvoie à des situations différentes en désignant soit la maladie (psychosomatique), soit le malade (psychosomatique) ou bien encore la théorie (psychosomatique). Le point commun est la présence d'une affection somatique (critères médicaux habituels) en lien avec le psychisme. Depuis l'antiquité, la question des relations entre corps et esprit a fait l'objet de controverse. Hippocrate, chef de file de l'école de Cos professe une médecine du corps et de l'âme qui a pour objet l'homme malade dans sa totalité, contrairement à Galien, de l'école de Cnide, qui va davantage se focaliser sur les maladies.

Tout au long des siècles suivants, nous pourrions dire, de façon certes un peu caricaturale, qu'il existe deux approches des relations corps/esprit. La première accentue que la maladie s'origine dans le corps pour s'orienter vers le psychisme (évolution somato-psychique), la seconde que la maladie provient du psychisme pour se diriger vers le corps (évolution psychosomatique).

Encore de nos jours, le domaine psychosomatique s'appuie sur des interrogations et des démarches totalement différentes dans leur esprit et leur méthode :

- Les approches qualitatives, purement subjectives et dominées par la psychanalyse,
- Les approches quantitatives, cherchant à objectiver à l'aide d'outils de mesure et de statistiques l'existence de relations entre le trouble et des données appartenant à l'expérience propre du sujet qui le subit. La plupart des études quantitatives concernent la notion de profil comportemental (*behaviour pattern*)

Ces deux approches soulignent la différence essentielle entre deux quêtes, celle du "pourquoi" et celle du "comment" des phénomènes. La première recouvre les préoccupations de la clinique psychosomatique, la seconde porte sur les recherches psycho- et neurophysiologiques aux niveaux psychique et somatique.

### **La psychosomatique intégrative.**

Les approches précitées se focalisent sur un seul facteur étiologique et risque alors d'opérer un clivage thérapeutique selon une approche réductrice.

Pour Jean- Benjamin Stora, « le fonctionnement psychique est à évaluer dans le cadre de l'unité psychosomatique individuelle aux côtés des dimensions somatiques et neuronales » (2013, p.18). Il précise qu'il « s'agit alors de comprendre la participation de cet appareil [psychique] au fonctionnement global » (ibid).

Le point important est que la psychosomatique intégrative se veut comme une approche globale de l'homme malade et ne cherche pas tant à mettre en évidence l'étiologie psychique d'un trouble, que les relations pouvant exister entre la situation du sujet (organisation psychique, biographie, etc.), l'expérience subjective de la maladie, son mode d'apparition et ses particularités évolutives.

En bref, pour la psychosomatique intégrative, on peut dire que la maladie n'est pas psychosomatique, mais que c'est l'approche qui est psychosomatique, dans la mesure où elle cherche à analyser pourquoi le patient a développé une pathologie somatique plutôt que déclenché une dépression ou un délire par exemple. Dès lors, aucun trouble n'est spécifiquement psychosomatique, mais toutes les maladies somatiques sont susceptibles d'être partiellement déterminées par des processus psychiques.

L'objet de la psychosomatique est alors défini comme un "mode de lecture" de certains phénomènes somatiques. Une lecture un peu attentive des données de l'histoire des patients somatisants permet de constater que l'apparition du phénomène psychosomatique fait généralement suite à un événement, une "rencontre" avec une réalité intrusive, un "choc du réel", c'est-à-dire un traumatisme, qui aurait d'une manière ou d'une autre, une valeur "signifiante".



## PARTIE 2. CLINIQUE

« La psychosomatique intégrative est d'abord l'art de procéder à un examen clinique qui va compléter l'examen médical stricto sensu. Il s'agit d'une anamnèse psychanalytique qui prend en considération les dimensions du fonctionnement psychique du patient ou de la patiente, les manifestations comportementales l'ensemble de l'expression des affects (émotions et sentiments) et enfin l'environnement familiale, professionnel et socio économique »

J-B. STORA (2013).

*La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*  
Paris, MJW Fédérations, p. 39

- 16 -

### 2.1. David, un évènement clinique

C'est en avril 2013 que je rencontre pour la première fois David, orienté par le Médecin du Travail du SSTA. En effet, David est venu en visite d'urgence quelques jours avant suite à un malaise cardiovasculaire et une plainte se rapportant à son activité (Burn out). Exerçant la fonction de sous-directeur d'un service informatique depuis quelques années, il se plaint d'une surcharge de travail qui entraîne, selon ses dires, des troubles importants du sommeil et une fatigue généralisée.

Lorsque David entre dans mon bureau, je suis surpris par une ambiguïté entre le rôle qu'il semble jouer et l'image que j'ai de l'homme en face de moi. De haute stature (près de 1m 80) et de forte corpulence, son visage est plutôt poupin et presque juvénile, bien qu'âgé de 40 ans. Une allure soignée et plutôt maîtrisée, David dissimule mal un certain malaise sous un masque de maîtrise. Il m'explique d'entrée de jeu qu'il avait déjà rencontré un « psy » dans sa jeunesse et que celui-ci lui aurait dit « le problème, c'est vous ! », d'où une certaine aversion pour les « psys », me confie-t-il. Je comprends que derrière cette attaque, David me demande de l'aide et évalue ma capacité à l'écouter. Effectivement, après m'avoir exposé son malaise cardiaque qui a nécessité une hospitalisation et « expliqué » cet évènement par une surcharge de travail, il me dira qu'il ne comprend pas trop ce qui lui arrive. Bon vivant et très actif dans la vie, David s'accroche à imputer ses problèmes de santé à sa situation actuelle en me parlant de Burn out. Effectivement, les symptômes rencontrés lors de sa visite d'urgence semblent confirmer ce « diagnostic » car ils renvoient à un appauvrissement des ressources de David, avec perte de tout entrain et toute motivation par son travail. Les symptômes décrits sont des

plaintes somatiques et psychiques, des troubles comportementaux et motivationnelles qui répondent parfaitement au tableau symptomatique de l'épuisement professionnel.

Mais David me raconte ses problèmes de santé et professionnels d'une manière très factuelle et « technique », un peu comme s'il me rapportait l'histoire d'une autre personne. Je lui propose de revenir alors sur son histoire telle qu'il l'a vécue et très vite le discours prend une allure bien plus personnelle. Il me raconte alors que son activité de sous directeur au sein de cette entreprise ne lui convient pas, allant même remettre en cause ses capacités managériales. David relate aussi ses relations avec sa supérieure hiérarchique qui est secrétaire générale de l'institution, faisant même un parallèle avec ses relations maternelles. Outre les difficultés, réelles, liées à son activité, je perçois que derrière cette confrontation avec le « théâtre » du travail, il y a chez David une autre histoire qui se joue. Histoire infantile dont jamais il ne parlera vraiment. Quelles ont été ses relations avec sa mère, son père ? Et sa fratrie, bien plus âgée que lui. La vie qu'il me raconte semble démarrer vers ses 9 ans, date à laquelle son père a été victime d'un infarctus du myocarde. « La statue s'est brisée » me dira-t-il alors. Je comprends alors que David focalise toute sa vie autour d'événements traumatiques, marqués par des angoisses de mort et de perte. J'apprends, tout au long des entretiens suivants (il y en aura une demi-douzaine tout au long de l'année 2013 et début 2014), que l'histoire de David est ponctuée d'événements dramatiques : le cancer de sa mère, le décès de son père, le suicide d'un de ses frères, le décès de son deuxième frère, etc. Evénements dont jamais il ne parlera à quiconque.

David se « jetera » dans des activités sociales comme s'il s'accrochait à une bouée. Activités politiques locales, activités professionnelles, activités de loisirs (notamment la chasse qu'il pratique assidûment). Je retrouve la fuite comportementale visant à « expulser » le trop plein d'excitation qu'il ne parvient pas à mentaliser. Ce trop plein va aussi se manifester sous la forme de troubles somatiques (voir anamnèse au chapitre suivant).

La santé de David étant suffisamment préoccupante et dégradée, un arrêt de travail de plusieurs mois accompagné de soins sera proposé par le médecin du travail. Du côté de l'entreprise, le service de santé au travail décidera, en concertation et avec l'accord de David, une mutation dans une fonction moins contraignante sur le plan de la charge de travail.

A ce jour, David a pris d'autres fonctions au sein de l'entreprise et poursuit ses soins.

Je continue de le rencontrer épisodiquement et, bien que suivi mensuellement par un psychiatre, David reste encore ambivalent dans son souhait d'aborder sa subjectivité et son histoire infantile et à plus forte raison, d'entamer une psychothérapie plus approfondie.

## 2.2. Biographie et anamnèse

Né en 1973, David est le cadet d'une fratrie de 4 enfants. Il a une sœur de 20 ans son aînée et deux frères qui ont respectivement 18 et 11 ans de plus que lui. Lors de sa naissance, ses parents avaient 49 ans (père) et 41 ans (mère). Son enfance se déroule dans le nord de la France (Picardie), ses parents lui donnant, dit-il, une éducation catholique stricte mais pleine de valeurs. Une enfance sans problème, souligne-t-il, jusqu'à l'âge de 9 ans, date d'un premier traumatisme. Son père, alors âgé de 57 ans est victime d'un infarctus du myocarde et David me dira alors, « la statue s'est brisée ». Angoisse dont il ne s'épanchera jamais (« on n'en parlait pas à la maison, c'était tabou »), elle se manifestera sous une autre forme, prise de poids, début de scoliose... David parle assez peu de sa petite enfance, ni guère plus de son adolescence. Il précise cependant qu'à l'âge de 15 ans, sa mère est hospitalisée suite à un cancer... toujours pas davantage exprimée en sein de la famille. S'en suivra une violente poussée de troubles dermatologiques qui nécessiteront un traitement pendant plus de trois ans.

Ses multiples confrontations avec les problèmes de santé de ses parents lui donneront le désir de suivre des études de médecine, mais que ses résultats scolaires ne lui autorisent pas d'entamer. Il se tourne alors vers des études dans le domaine de l'agriculture, autre domaine qu'il affectionne particulièrement. Après un BTS agricole, 2 ans de bonheur me dira-t-il, il poursuit par 3 ans d'école d'ingénieur et un DESS de relation publique environnement.

Mais c'est surtout dans la vie sociale que David s'engage. Fortement investi affectivement auprès du père d'un de ses amis, c'est à la mort de celui-ci qu'il va faire ses premiers pas dans le tissu politique local. Il y tiendra des mandats électifs (conseiller municipal) et des actions sociales (président d'un club sportif, vice-président d'une association communale) pendant plusieurs années.

En 1997, le suicide de son frère aîné, alors âgé de 35 ans, sera un choc dont il se remet pas, dira-t-il. La prise de poids consécutive (IMC > 35) entraînera les premiers symptômes d'apnée du sommeil.

Après ses études, David entre dans la vie active en 1998, au sein d'un cabinet conseil, dans lequel, ajoute-il, il sera pris dans une activité dense avec beaucoup de déplacement, tant en France qu'à l'étranger.

Il rencontre sa femme en 2002 et l'épouse la même année. S'en suit un déménagement et l'acquisition d'un premier logement.

En avril 2003, David éprouve les premiers symptômes d'une pathologie thyroïdienne d'origine immunitaire (maladie d'Hashimoto), qui se traduisent par une prise de poids importante et une fatigue intense, nécessitant une hormonothérapie (Levothyrox).

Dans la thyroïdite de Hashimoto, une susceptibilité génétique est retrouvée selon des modalités très probablement polygéniques et multifactorielles, ainsi qu'une forte composante familiale. En effet, la mère de David est porteuse de ce syndrome, mais pas les autres membres de sa famille. Dans cette pathologie, comme dans la plupart des maladies thyroïdiennes, la prédominance féminine est encore mal expliquée (Consoli, 2010).

Dans la thyroïdite de Hashimoto, la stimulation de l'immunité cellulaire active les réactions à l'origine d'une cytotoxicité cellulaire, via les cellules T effectrices. La réponse immune est dirigée contre un ou plusieurs des antigènes des thyrocytes. Les anticorps anti thyroéperoxydase (TPO) sont présents dans plus de 90 % des cas. Ils exercent un rôle important en inhibant la TPO (enzyme importante de l'hormonosynthèse thyroïdienne) et en suscitant la lyse des thyrocytes dont l'importance et l'intensité conduisent à l'hypothyroïdie. Le rôle pathogène des anticorps antithyroglobuline (Tg) est moins connu. Des anticorps anti-récepteur TSH avec activité bloquante, peuvent aussi être parfois présents.

Le stress est suspecté d'intervenir sur les maladies auto-immunes, ce qui semble logique lorsqu'on connaît les implications du stress sur le système immunitaire (via le système hormonal). Dans le même ordre d'idée, la dépression induit une exacerbation de l'auto-immunité naturelle.

Il changera d'activité professionnelle en 2005 afin, dit-il, de trouver un peu plus de stabilité et une activité moins intense en terme de contraintes de déplacement et d'horaire.

David me confiera que de 35 ans à 40 ans, il va vivre de nombreuses épreuves et difficultés de santé. Le décès de son père en 2008, puis de son frère en 2012, d'un ami proche puis de son oncle la même année seront, selon ses termes, des chocs émotionnels qui se traduiront par des fluctuations thyroïdiennes et son cortège de symptômes.

Mais d'autres situations affectives, plus positives pourtant puisqu'il s'agit de la naissance de ses enfants en 2009 puis en 2011, entraineront les mêmes symptômes.

En 2013, sa santé se dégrade nettement. En avril de cette année, David aura une sérieuse alerte cardiovasculaire, un malaise entraînant une perte de connaissance, etc. Suite à son hospitalisation, David semble avoir une véritable désorganisation somatopsychique : variation thyroïdienne importante, apnées du sommeil, prise de poids (IMC=35,66) avec conséquence cardiovasculaire, et dépression.

Sur les conseils du corps médical (médecin du travail et médecin traitant), David va effectuer plusieurs analyses (bilans cardiovasculaire et endocrinien, polysomnographie,...) afin d'assurer une prise en charge médicale de sa polypathologie.

Concernant la dimension psychique, David est suivi depuis quelques semaines par un psychiatre suite à sa « dépression » via un traitement pharmaceutique (traitée sous Lexomil et Théralène. A ce jour, le traitement anti dépresseur est la Sertraline).

Bien que ce traitement et cette prise en charge psychiatrique lui ait permis une reprise du travail, je reste assez dubitatif concernant sa « dépression » et son « stress », point que je discuterais plus loin.

Tableau synthétique des événements de vie et des troubles somatiques avec commentaires			
Evènements de vie	Dates ou âges	Troubles somatiques	Commentaires
1 <sup>er</sup> infarctus de mon père	12/1982 9 ans	Début de scoliose Prise de poids	Commentaire de David : « la statue s'est brisée »
Entrée au lycée Cancer de ma mère	1988 15 ans	Problème dermatologique – acmé	
1 <sup>er</sup> engagement politique	1992 19 ans		Suite au décès du père d'un de ses amis, personne dont il dira qu'il l'a initié aux valeurs politiques et l'action citoyenne
1 <sup>er</sup> mandat électif	1995 22 ans		
Suicide de mon frère	Juillet 1997 24 ans	1 <sup>er</sup> symptôme d'apnée du sommeil	Choc émotionnel
Entrée dans la vie active professionnelle	Juin 1998 25 ans		Cabinet C.
Changement de situation professionnelle	Avril 2001 28 ans		Cabinet EQ
Fiançailles	Février 2002 29 ans		
Mariage	Novembre 2002 29 ans		
Acquisition 1 <sup>er</sup> bien immobilier	Décembre 2002 29 ans		
	Avril 2003 30 ans	1 <sup>er</sup> symptôme thyroïdien	Fatigue intense et prise de poids
Changement de situation professionnelle et déménagement	Septembre 2005 32 ans		Situation plus stable sur le plan professionnel
Acquisition 2 <sup>ème</sup> bien immobilier	Juin 2006 33 ans	2 <sup>ème</sup> symptômes d'apnée du sommeil	
Décès de mon père	Juin 2008 35 ans		Choc émotionnel
Naissance 1 <sup>er</sup> enfant	Mars 2009 36 ans	Hypothyroïdie TSH très élevées	
Changement de situation professionnelle et déménagement	Juin 2009 36 ans		
Naissance deuxième enfant	Avril 2011 38 ans	Hypothyroïdie TSH très élevées	
	Décembre 2011 38 ans	Erysipèle	Grande fatigue inexplicée
Décès de mon frère suite à un cancer (56 ans)	Avril 2012 39 ans		Choc émotionnel
Décès d'un ami proche suite à un cancer (55 ans)	Mai 2012 39 ans		Choc émotionnel
Décès de mon oncle	Juin 2012 39 ans		Choc émotionnel
	Mars 2013 40 ans	Malaise avec perte de connaissance Palpitations cardiaques Thyroïdie (hypo/hyper) Apnée du sommeil	

## **2.4. Structure psychique et organisation psychosomatique**

En nous aidant de la grille d'observation et de diagnostic psychosomatique élaborée par Jean Benjamin Stora, nous allons poser quelques éléments sur la structure psychique et l'organisation psychosomatique de David.

Nous indiquerons par la suite les résultats issus du questionnaire de diagnostic psychosomatique de Jean Benjamin Stora et nous terminerons par une synthèse clinique.

### **GRILLE DE CLASSIFICATION PSYCHOSOMATIQUE**

#### **Méthode 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 2011**

\*\*\*\*\*

#### **FICHE PATIENT**

Nom, Prénom : David

Date naissance : 1973

Examen clinique du : 2013

L'examen clinique prend en considération les 4 dimensions du fonctionnement de l'unité psychosomatique

1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES, DE COMPORTEMENT, LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES, ETC.
  
2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS
  
3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS
  
4. LE RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET PROFESSIONNEL

<p><b>1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES,</b>  <b>Axe 1A :</b> relation d'objet :  <input type="checkbox"/> 1-présence de l'objet  <input type="checkbox"/> 2-évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi)  <input type="checkbox"/> 3-de la dimension masochique  <input type="checkbox"/> 4-de l'épaisseur du pré-CS (cap . imaginaire, associations, rêves)  <b>Axe 1B :</b> états psychiques et événements de vie personnels : angoisses, deuils, dépressions, traumatismes  influence de la culture  <b>Axe 1C :</b> fixations somatiques  fixations psychiques  <b>Axe 1D :</b> mécanismes de défense  <b>Axe 1E :</b> présence de traits de caractère : Phobique, hystérique, pervers, à dominante orale  à dominante anale, phallique-narcissique, relation sado-masochique  <b>Axe 1F :</b> activités sublimatoires</p>	<p>1. Capacité de remémoration du passé, Capacité d'aller-retour présent – passé, Capacité d'élaboration;  2. Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations  3. Insuffisance; vie et pensée opératoire  4. Désorganisations au cours de dépression essentielle</p>	<p><b>Note 2</b></p>
<p><b>2. PREVALENCE DES COMPORTEMENTS</b></p>	<p>1. comportement contrôlé et intégré.  2. Faible.  3. Moyenne.  4. Forte.</p>	<p><b>Note 2</b></p>
<p><b>3. CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS</b></p>	<p>1=représentations et affects bien intégrés ;  2=répression avec 3 destins possibles (déplacement ex phobie, obsessions ; délié de la Représentation: ex hystérie ; transformation: ex Névrose d'angoisse) ;  3=prédominance des affects de vitalité dans la relation ;  4=affects représentant la mémoire d'un vécu Irreprésentable traumatique ;  5=alexithymie</p>	<p><b>Note 2</b></p>
<p><b>4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT :</b>  Nature de l'environnement  Environnement familial et environnement professionnel.  L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes).</p>	<p>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</p>	<p><b>Note : 5</b></p>



## **INTERPRETATION DE LA GRILLE**

### **AXE 1A : RELATION D'OBJET**

Bien que la relation objectale semble bien élaborée chez David, (on y retrouve des imagos parentaux idéalisés), des lacunes de l'organisation du préconscient sont bien présentes. L'aspect masochique va se déployer notamment via les relations hiérarchiques, mais aussi dans l'investissement dans la maladie.

152 Objectal

154 Narcissisme secondaire. Narcissisme de vie

156 Idéal du Moi Imago parentale idéalisée

158 Apparence masochique

160 Lacunes de l'organisation du Préconscient

- 24 -

### **AXE 1B : ETATS PSYCHIQUES ET EVENEMENTS DE VIE PERSONNELS**

Les évènements de vie de David laissent apparaître des épisodes d'angoisse diffuse et objectale, notamment consécutifs aux nombreux deuils survenus tout au long de ces dernières années. Il semble que ces traumatismes infantiles et pubertaires face écho à sa situation professionnelle actuelle qu'il vit comme une violence. Bien que je ne pense pas que David ait un fonctionnement typiquement opératoire (la vie fantasmatique et la relation transférentielle le démentiraient), je retrouve une certaine irrégularité de ce fonctionnement mental et des mécanismes de défense (intellectualisation défensive et déni de la réalité notamment) qui confine à une certaine répression des affects qui laisse apparaître une certaine désinhibition pulsionnelle. Sa difficulté à évoquer des épisodes traumatiques indique une non-élaboration (mentalisation) subjective qui peut faire penser à une pensée opératoire, mais qui répond davantage à des mécanismes de répression.

200 Angoisses diffuses Angoisses automatiques des épisodes de détresse

201 Angoisses objectales Signaux d'alarme accompagnés de liaisons représentatives

202 Deuils période prépubertaire

Deuils de personne ou pertes d'objets significatifs pré pubertaires non élaborés

203 Deuils récents Deuils ou pertes d'objets significatifs récents non élaborés

206 Dépression latente

210 Traumatisme Notion de traumatismes, d'une situation familiale,

213 Traumatisme professionnel. Licenciement, harcèlement, violence au travail, etc.

- 214 Intellectualisation défensive
- 217 Irrégularités du fonctionnement mental
- 219 Désintrication pulsionnelle

### **AXE1C : POINTS DE FIXATIONS REGRESSIONS ET MECANISMES DE DEFENSE**

Points de fixations somatiques à relier au développement d'un appareil psychique.

- 301 Fixations premières Symptômes troubles fonction respiratoire, peau, système immunitaire.
- 302 Fonction cardiaque Troubles
- 306 Métabolisme Troubles du métabolisme/ endocrinologie
- 307 SNC
- 358 Fixation anale 1er temps du stade anal

### **MECANISMES DE DEFENSE**

- 380 Dénier de la réalité psychique
- 389 Retournement sur soi
- 393 Idéalisation
- 394 Identification à l'agresseur (Mélanie Klein)

### **AXE 2A: TRAITS DE CARACTERE**

406 Anal et Obsessionnel Rétention et contrôle-maîtrise : ne pas oublier que l'organisation anale fait défaut aux névrosés mal mentalisés selon la définition nosographique de Pierre Marty. Les représentations sont absentes ou rares, superficielles, peu associatives, caractéristiques à rapprocher des névroses de comportement.

### **AXE 2B : ACTIVITÉS SUBLIMATOIRES, ET ONIRIQUES**

Nature des investissements surinvestissements, activités diverses : activités sociales, etc. sublimations, etc.

David s'investit depuis la fin de son adolescence dans des activités sociales et politiques au sein du tissu social (conseiller municipale, président d'association sportive, chasse, etc.). Bien que ses investissements soient fondés sur des valeurs, elles ne semblent pas estampillées par des fantasmes ou une forme de sublimation. Ces diverses actions lui coutent beaucoup

d'énergie et de temps, laissant même craindre à une surcharge d'activité s'ajoutant à son activité professionnelle.

491 Activités sociales

493 Activités sportives

494 Activités culturelles

## **AXE 2C : COMPORTEMENTS ET MANIFESTATIONS CORPORELLES DANS LA RELATION**

Tout au long des entretiens, David, bien que reconnaissant les divers traumatismes de deuil et de sa maladie ne les contextualise pas, ne leur donnant pas leur coloration subjective qui permettrait de les métaboliser.

David s'épuise parfois dans des activités, qui loin de lui apporter un libre écoulement fantasmatique, provoque des accès de crise thyroïdienne avec des conséquences somatiques. La décompensation survenue suite au stress a bien conduit à une dépression, qui aurait été l'occasion de « mentaliser », mais sans réel bénéfice sur le plan somatopsychique.

Fumeur (environ 15 cigarettes par jour), et parfois en proie à l'abus d'alcool, David a été orienté vers un addictologue. Cependant, il semble que cette conduite addictive soit plus fonctionnelle que structurelle.

Bien que me faisant part d'une vision idéalisée de figure parentale (notamment son père et le père d'un de ses amis, son mentor sur le plan politique), je pense davantage à une fonction du moi-idéal qu'à une élaboration de l'idéal du Moi.

Suivi par un psychiatre depuis sa dépression consécutive à sa décompensation, il s'agit davantage d'un suivi pharmaceutique que d'une véritable psychothérapie à laquelle David, bien qu'exprimant un besoin, ne semble guère enclin à en entamer une.

454 Comportements de déni de réalité. Mode de défense reflété dans le comportement des patients qui refusent de reconnaître la réalité d'une perception traumatique, par exemple diabète à un âge précoce, etc.

465 Addictions Alcool, cigarettes, autres substances, etc.

467 Identité et avatars du développement de la personnalité.

470 Répétitions somatiques Rafales de maladies

476 Psychothérapies Suivi de psychothérapie par le patient : Psychiatre + Traitement

### **AXE 3 : EXPRESSION DES AFFECTS**

La maîtrise des affects est relative à la capacité du Moi face à ceux-ci, et l'échec de maîtrise d'affects insupportables (débordement, sidération, etc.) participe non seulement à la production de symptômes névrotiques, mais encore à des situations décrites ci-dessus telles que : décharge dans les comportements, passages à l'acte, addictions, somatisations.

504 Alexithymie Quatre éléments définissent l'alexithymie :

1. incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments,
2. limitation de la vie imaginaire,
3. tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits,
4. description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.

511 Fatigue : Pierre Marty définit la fatigue comme une sensation ou un sentiment du sujet, accompagné d'une dépense énergétique excessive. La tension interne n'est pas absorbée par le travail d'élaboration psychique, aucune évocation du passé ou de l'avenir. Lorsque la voie mentale est bloquée, on peut constater pendant un certain temps des céphalalgies, ensuite on voit éclore des troubles somatiques.

Concernant l'expression des affects de David, il me semble que, plus qu'une véritable alexithymie, il s'agit d'une répression des affects qui prédomine.

Lors de ses visites, David se plaignait de fatigue chronique et importante (signe dépressif).

D'autre part, une névrose de comportement semble à priori à écarter et nous nous dirigeons plutôt vers une névrose de caractère.

### **AXE 4 : DONNEES : ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SOCIOPROFESSIONNEL, ET DONNEES PERSONNELLES RECENTES**

Données de l'environnement familial et socioprofessionnel ; données symptomatiques immédiates, données anamnestiques récentes, données concernant le fonctionnement mental d'adaptation (coping) ; état de la famille ancien et actuel, scolarité, évolution professionnelle, évolution de la sexualité, intérêts divers, etc.

L'environnement de David, bien qu'à première vue d'une certaine stabilité (vie maritale depuis de nombreuses années, activité professionnelle linéaire), laisse apparaître bien des aléas. Marqué par divers deuils de proche, il ne mentionne guère un environnement familial

sécure et étayant (notamment durant la période infantile). Sur le plan professionnel, nous pouvons constater que sa dernière activité (sous directeur) a demandé un surcoût énergétique qui l'a probablement conduit à sa décompensation somatopsychique actuelle.

600 Env. familial stable Durée des périodes de stabilité (mariage et enfants)

601 Env. familial perturbé Au cours de l'enfance, de l'adolescence, à l'âge adulte ; rupture d'équilibre au sein de la famille. (Deuils nombreux au sein de la famille)

602 Env. socio-professionnel stable Durée des périodes de stabilité (pendant les premières années d'activité)

603 Env. Socio-professionnel instable, depuis ses dernières fonctions de sous directeur

607 Adaptation à un nouvel environnement professionnel

609 Désintrication et intrication des pulsions

#### **AXE 5 : EVALUATION DE L'ETAT SOMATIQUE – CODE CIM-9-MC**

La pathologie somatique doit être explorée à partir de la première enfance jusqu'à la période de l'investigation ( à compléter avec dossier médical), décrire les diverses affections et atteintes somatiques, parenté ou non avec la maladies actuelle, établir les processus de leur apparition de leur évolution, des complications éventuelles, des aggravations, avancer des hypothèses sur la relation avec des évènements de vie (traumatismes, deuils, etc.), dégager les temps de latence entre évènements de vie et apparitions des pathologies somatiques.

Rôle joué par la maladie dans le fonctionnement psychique : combler un vide objectal, manifestations hypocondriaques, remplacer un objet disparu (deuil), etc.

700 Maladies du système nerveux

701 Maladies de l'appareil circulatoire

704 Maladies endocriniennes

708 Maladies métaboliques

#### **EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE**

Voir synthèse clinique plus loin.

## 2.6. Questionnaire de diagnostic psychosomatique

<b>INDICATEUR DE VALIDITE DES REPONSES</b>			
1	VALIDITE si score=0 invalide si score = 2	0	
2	X. REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE	8	
3	Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR	12	
4	Z. TENDANCE DU PATIENT A EXAGERER SES SYMPTOMES (APPEL AU SECOURS !!)	9	
<b>HABITUDES TOXIQUES</b>			
5	INDICATEUR ALCOOL	0	
6	INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT	1	
7	INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	2	
8	INDICATEUR CONSOMMATION CAFE	0	
9	INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE	3	
10	INDICATEUR CIGARETTES	1	
<b>INDICATEURS SANTE MENTALE (5 axes)</b>			
11	AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION	11	74
12	BB. ECHELLE DEPRESSION	12	78
13	CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF ET PSYCHIQUE	19	81
14	DD. ECHELLE D'EXPRESSION EMOTIONNELLE	14	69
15	EE. COMPORTEMENT DEFENSIF (PULSIONS AGRESSIVES, NOYAU PARANOÏDE)	14	63
<b>COMPORTEMENTS D'ADAPTATION (11 axes)</b>			
16	1.CPTMT DE RETRAIT ET D'ABSENCE D'AFFECT-PEU COMMUNIQUE	7	60
17	2A.CRAINTIF, INHIBE, PERTE ESTIME DE SOI CONSEQUENCE DE LA MALADIE	12	75
18	2b. COMPTMT D'ANHEDONIE, INCAPACITE DE JOUIR DE L'EXISTENCE	9	82
19	3.CPTMT COOPERANT EN APPARENCE, DENI DE LA MALADIE-RELATIONS A L'OBJET	20	102
20	4. CPTMT D'OBSERVANCE, RECHERCHE L'APPROBATION, COOPERE AVEC LES MEDECINS	22	>88
21	5.CPTMT DE CONFIANCE ET D'OBSERVANCE, ATTENTE D'ETRE TRAITE(E) AVEC COURTOISIE	11	51
22	6A.CPTMT SCEPTIQUE, NON-CONFORME, ACTION IMPULSIVE, TEND. PARANOÏDES	20	76
23	6B.CPTMT AUTORITAIRE, AGRESSIF, PEU OBSERVANT	13	58
24	7.CPTMT RESPONSABLE, COOPERATIF-VIT LA MALADIE COMME UNE BLESSURE	18	45
25	8A.CPTMT IMPREVISIBLE, OBSERVANCE FLUCTUANTE, TROUBLES DE L'HUMEUR, INSATISFAIT	20	75
26	8B.CPTMT PLAINTIF-PENSE QU'IL OU QU'ELLE MERITE DE SOUFFRIR -DIMENSION MASOCHIQUE	14	75
<b>RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance (6 axes)</b>			
27	A. APPREHENSION DE LA MALADIE vs ACCEPTATION	19	80
28	B. INDICATEUR DE PERTE DE QUALITE DE VIE VS CAPACITES	10	64
29	C. SENSIBILITE A LA DOULEUR vs RESISTANCE	16	74
30	D. ABSENCE DE SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL vs SOUTIEN	8	72
31	E. PESSIMISME CONCERNANT le futur de la maladie vs OPTIMISME	12	71
32	F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES vs PRESENCE	15	75
<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b>			
33	G. APPREHENSION DES TRAITEMENTS ET PROCEDURES MEDICALES VS RESILIENCE	13	68
34	H.CPTMT D'OBSERVANCE PROBLEMATIQUE VS CONSCIENCIEUX	7	75
35	I. CPTMT DE DENEGATION OU DE DENI DE LA MALADIE VS ADHESION	3	60
36	J. DEMANDE EXCESSIVE DE SOINS VS UTILISATION APPROPRIEE	11	70
37	K. COMPORTEMENT DE NON-OBSERVANCE(DANS TOUS LES ASPECTS DES SOINS)	15	77
<b>RECOMMANDATIONS (2 axes)</b>			
38	L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	10	82
39	M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	7	72

## Interprétation du questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique

<b>INDICATEUR DE VALIDITE DES REponses</b>	
<b>0</b>	1. L'indicateur de validité comprend deux questions : la question 106 et la question 124 ; une réponse « vrai » doit être noté par le 1 ; une réponse fausse par le 0. Si le score de validité est égal à 2 on considère que le questionnaire n'est pas valable. 2. Un score de 1 pose le problème de la validité du questionnaire. Un score de zéro valide le questionnaire.
<b>8</b>	2. Révélations sur soi-franchise : échelle X Cette échelle a pour but d'évaluer la capacité du patient à être franc et à se révéler dans les réponses qu'il apporte. Ce score peut révéler le désir du patient de garder secrète sa vie privée ; il peut aussi révéler la crainte du patient de faire confiance à autrui. En psychanalyse on pourrait avancer que le noyau schizo-paranoïde a une grande sensibilité, et il doit être exploré lors de l'anamnèse. Un score de 0 à 8 est classé comme faible, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun problème ; un score de 9 est classé comme moyen et un score de 10 est classé comme élevé.
<b>12</b>	3. Désir de paraître sous son meilleur jour : échelle Y Cette échelle identifie le désir des patients d'apparaître intéressant et bien équilibré émotionnellement ; ce désir de valorisation personnelle doit interroger le psychothérapeute ou le médecin sur la relation du patient avec l'environnement parental dans ses premières années de vie. La dimension narcissique est en jeu. Un score de 0 à 9 est classé comme faible, de 10 à 12 classé comme moyen et de 13 à 15 comme élevé.
<b>9</b>	4. Dépréciation du patient dans sa relation au médecin : échelle Z Il s'agit ici de patients qui dans la relation au médecin et psychothérapeute ont tendance à se dévaloriser en rapportant de façon exagérée leurs problèmes accompagnés d'émotion. Ces patients tentent de ce fait d'attirer l'attention des soignants. (parfois détresse, parfois mythomanie). Cette échelle révèle des tendances opposées à celles de l'échelle Y. Un score élevé de cette échelle peut attirer l'attention du psychothérapeute ou du médecin car il peut s'agir d'un appel au secours du patient. Il s'agit de manifestations de détresse. Un score de 0 à 4 est considéré comme faible, un score de 5 comme moyen et un score de 6 à 15 comme élevé
<b>HABITUDES TOXIQUES</b>	
<b>0</b>	5. Indicateur de consommation d'alcool : indicateur notant la présence d'un problème de consommation d'alcool.
<b>1</b>	6. Indicateur de consommation de drogue ou de médicaments non prescrits Il peut s'agir ici aussi d'automédication ou de dépendance vis-à-vis de certaines substances.
<b>2</b>	7. Indicateur de comportement alimentaire Il s'agit ici de patients en surpoids, révélant leur dépendance d'une sur-alimentation. Surcharge pondérale, etc. Indicateur de syndrome métabolique ; on doit alors explorer les habitudes alimentaires de l'environnement familial pendant l'enfance et les fixations orales possibles. (cf. Méthode d'évaluation du risque psychosomatique)
<b>0</b>	8. Indicateur de consommation de café Consommation excessive de café ; indicateurs révélant une consommation excessive de café mais aussi un recours pour calmer son anxiété dans la journée et continuer de poursuivre une activité comportementale d'action en lieu et place d'élaboration mentale.
<b>3</b>	9. Indicateur d'activités sportives Cet indicateur est important parce que le style de vie sédentaire des patients accroît le risque cardio-vasculaire. L'absence d'activité physique régulière et hebdomadaire peut révéler les difficultés de décharge motrice et l'accumulation des tensions dans le corps. Il est évident que des problèmes métaboliques surgissent du fait de cette absence.
<b>1</b>	10. Indicateur de consommation de cigarettes La consommation régulière et excessive de cigarettes sur de très nombreuses années accroît le risque cardio-vasculaire ainsi que le risque de cancer.

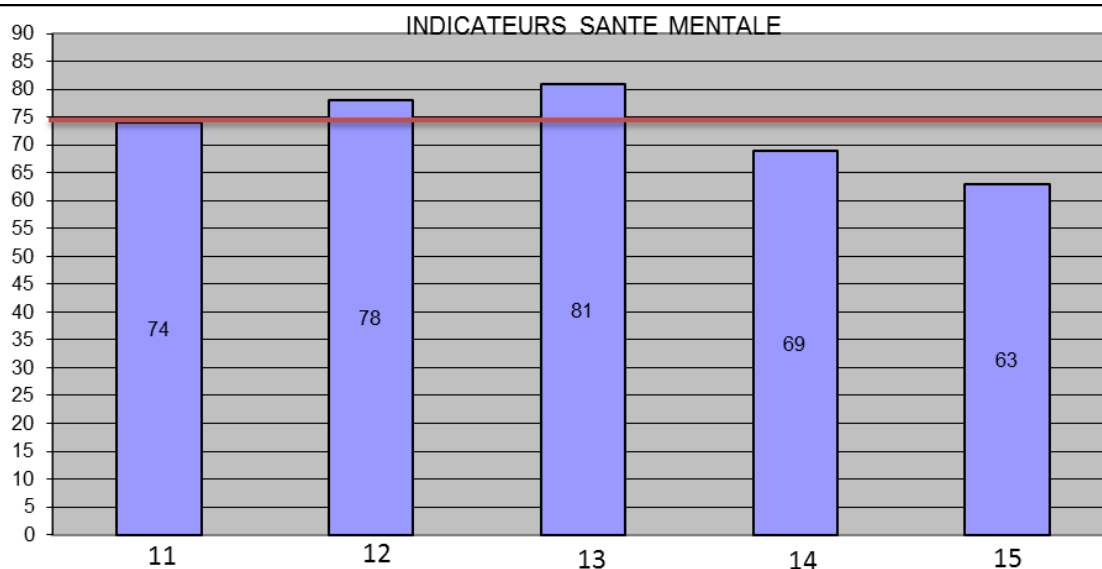
Concernant les indicateurs de validité, David a répondu honnêtement (score 0). Cependant, nous pouvons constater une volonté (consciente ou pas) de ne pas se dévoiler (score X à la limite) et de se montrer sous un aspect positif (score Y moyen). Trouble narcissique ou désirabilité sociale ? Je faisais déjà remarquer que lors du premier entretien, j'avais constaté que David voilait sa subjectivité sous un masque de maîtrise. Phénomène assez souvent remarqué lors des entretiens cliniques. Beaucoup de salariés, notamment des cadres dirigeants, veulent donner une image d'eux un peu trop parfaite, ce qui exprime assez bien la culture de l'entreprise et ce faisant, l'influence du contexte dans ma pratique au sein du service de santé au travail. L'échelle Z est assez intéressante (score élevé) dans la mesure où elle exprime une demande d'aide. Les deux notes (Y et Z), normalement opposées, éclaire bien, me semble-t-il, l'ambivalence qu'avait exprimé David lors du premier entretien. Ambivalence entre la demande d'aide, qui me sera d'ailleurs explicitement faite, et une certaine « identité » de surface (faux-self ?) maintenu tout au long des entretiens.

Concernant les habitudes toxiques, David fume environ un paquet de cigarettes par jour. Il me dira aussi boire de l'alcool, parfois plus que de raison. Il a d'ailleurs consulté un addictologue (suite aux conseils de son médecin traitant qui avait constaté un nombre assez élevé de Gamma GT) lors de sa dernière analyse biologique. Mais plus qu'un problème d'addiction, il s'agit d'une alcoolémie conviviale (c'est surtout avec ses amis chasseurs, ou lors des meetings politique que l'usage de la boisson est importante). David à un IMC supérieur à 35, mais n'a pas de troubles alimentaires. Bien que passionnée de sport (il a été président d'une association sportive de nombreuses années), il ne pratique guère et sa vie est assez sédentaire actuellement. Nous pouvons remarquer que l'hygiène de vie de David participe certainement à ses troubles de santé, mais surtout, elle manifeste un certain « déni » de son corps et de sa maladie.



## INDICATEURS SANTE MENTALE (5 axes)

<b>11</b>	<p>AA. Échelle anxiété-tension</p> <p>Des niveaux élevés d'anxiété et de tension sont souvent associés à un certain nombre de désordres et de troubles somatiques ; le stress permanent, les problèmes familiaux, etc. ont des conséquences médicales. Un score élevé sur cette échelle révèle la fragilité des patients et l'on doit découvrir leurs troubles somatiques (à majorité cardio-vasculaire, système digestif, ou autres). Cet indicateur est très général, et l'on doit lors de l'anamnèse approfondir la nature du trouble : il peut s'agir d'abord de l'anxiété de séparation liée à la séparation de figures parentales, troubles qui se développent habituellement dans l'enfance ; il peut s'agir aussi de manifestations phobiques à explorer ; il peut s'agir d'un état de stress post-traumatique, d'attaques de panique, d'agoraphobie, de troubles obsessionnels compulsifs etc. en tout état de cause, le patient se sent menacé et l'on doit explorer ce que Sigmund Freud appelle angoisse signal d'alarme. Il peut s'agir enfin d'une anxiété liée directement aux troubles somatiques dont souffre le patient.</p>
<b>12</b>	<p>BB. Échelle de dépression</p> <p>Cette échelle est centrée sur l'état végétatif et sur l'humeur du patient, à savoir baisse de l'appétit, retrait social, découragement, sentiment de culpabilité, apathie comportementale, perte d'intérêt dans les activités qui apportent un plaisir. Des scores élevés de cette échelle indiquent la fragilité du patient et l'aggravation probable des troubles somatiques.</p> <p>Lors de l'anamnèse, on doit approfondir la nature de la dépression (méthode d'évaluation du risque psychosomatique). On doit identifier s'il s'agit d'une dépression essentielle, objectale ; établir l'histoire du phénomène dépressif au cours de l'enfance, de l'adolescence et à l'âge adulte ; la dépression s'est-elle installée dans le temps depuis plus de trois mois, depuis plus de six mois ; le patient prend-t-il des psychotropes ? Évaluer le rôle de la dépression dans l'équilibre psychosomatique.</p>
<b>13</b>	<p>CC. Échelle de dysfonction cognitive et psychique</p> <p>Cette échelle évalue de façon globale le dysfonctionnement des deux principes du fonctionnement mental : pensée rationnelle et pensée associative. Il s'agira donc lors de l'anamnèse de comprendre s'il s'agit des deux types de fonctionnement ou s'il s'agit uniquement d'un dysfonctionnement de l'appareil psychique ; on doit alors explorer ce que l'on appelle l'épaisseur du préconscient à savoir l'imaginaire du patient et ses capacités d'élaboration mentale.</p> <p>Cette échelle repose sur l'évaluation de la capacité de se remémorer des expériences du passé, de penser de façon abstraite, de se représenter des événements, de les inter-relier et de les penser de façon symbolique.</p>
<b>14</b>	<p>DD. Échelle des fluctuations émotionnelles</p> <p>Les patients somatiques ont des troubles endogènes de l'humeur, passent par des périodes d'apathie, et basculent souvent dans des états de colère, d'anxiété ou d'euphorie. Il s'agit de troubles du système neuronal de l'émotion (système limbique, ganglions de la base) parfois accompagnés de pensées suicidaires.</p> <p>Ces troubles révèlent une déliaison entre les pensées (représentations mentales) du système psychique, les émotions du système limbique et des ganglions de la base, et dans l'appareil psychique le sentiment d'une émotion. Lors de l'anamnèse il est important d'évaluer la nature de l'expression émotionnelle : se référer à la méthode d'évaluation du risque psychosomatique.</p>
<b>15</b>	<p>EE. Échelle de comportement défensif : évaluer la dimension masochique</p> <p>Ces patients sont irritables et soupçonneux, il provoque souvent de l'exaspération de la part du personnel soignant. Il semble que ces patients ne font pas confiance aux médecins et sont sur la défensive.</p> <p>Évaluer la probable répétition du comportement des patients dans la relation à « un agresseur » ; explorer le noyau schizo-paranoïde du patient. Une pathologie masochique peut apparaître et ou être révélée lors de l'anamnèse.</p>



## Indicateurs de santé mentale:

Trois indicateurs sont élevés (anxiété/tension, dépression et dysfonctionnement cognitif).

- Anxiété: 74 : L'anxiété représente une source de stress permanent.
- Dépression: 78. Suivi par un psychiatre et avec traitement anti dépresseur. Dépression et anhédonie.
- Dysfonctionnement cognitif: 81 : trouble du « penser » tant dans la remémoration de certains épisodes de son passé que dans sa capacité critique actuelle (« je n'arrive plus à penser », dira-t-il souvent), manque de liens d'affect (PCS).

David, suite à sa décompensation, est suivi par un psychiatre avec un traitement pharmaceutique (Imovane et Théralène puis Sertraline depuis quelques semaines). Son anxiété et ses dysfonctionnements cognitifs, bien qu'amplifié par son stress actuel, ne sont pas seulement réactionnel. Lors de l'anamnèse, j'ai constaté que David a toujours manifesté des anxiétés assez importantes, notamment liées à des angoisses de perte d'objet.

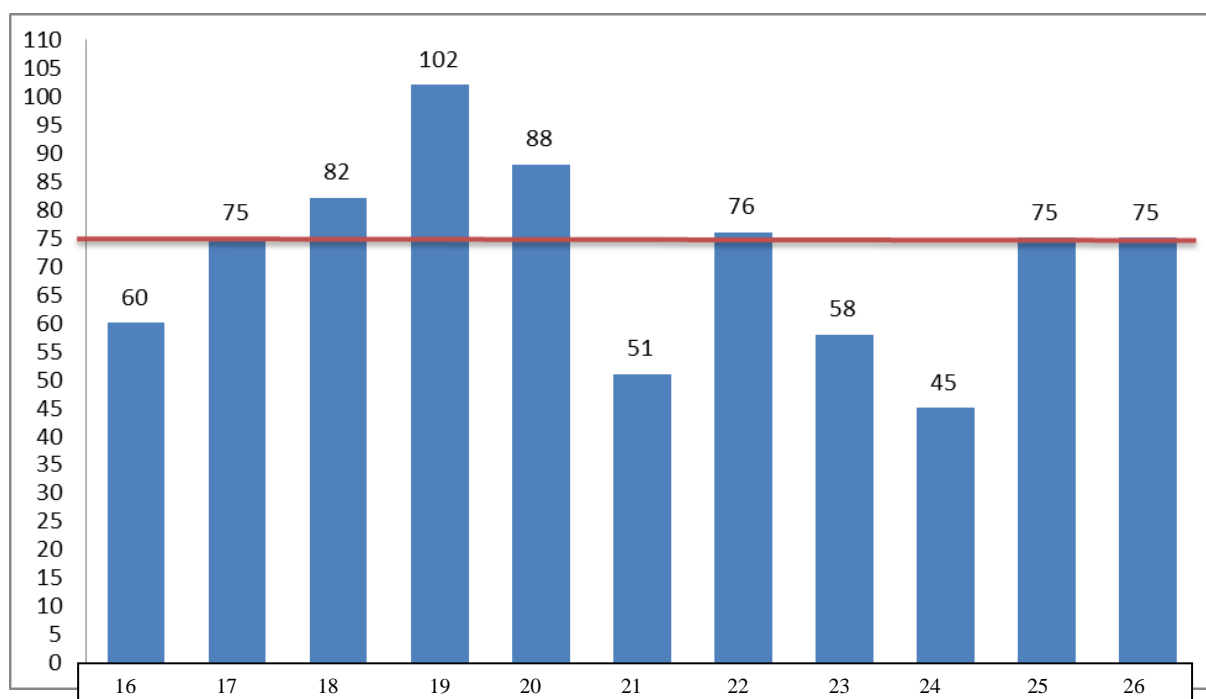
## COMPORTEMENTS D'ADAPTATION (11 axes)

60	<p>16. Comportement de retrait et d'absence d'affect (mise à distance de l'affect, alexithymie, ou autre manifestation à analyser). Des scores élevés de cette échelle sont liés à des patients qui semblent ne pas être concernés par leurs problèmes, ils sont calmes, peu bavards, à distance de leurs émotions. Les professionnels de la santé doivent donner à ces patients des directives très claires dans leurs recommandations, et ne doivent pas s'attendre à ce que les patients prennent une initiative quelconque.</p> <p>Explorer lors de l'anamnèse la répression des affects, évoquer un probable traumatisme ; explorer le développement des émotions dans la relation maternelle au cours des premières années de vie. Explorer ce qu'on appelle en psychanalyse la distance à l'objet et les capacités d'autonomie du patient.</p>
75	<p>17. Comportement craintif, inhibé, perte d'estime de soi</p> <p>Les scores très élevés de cette échelle signifient que les patients sont souvent timides, mal à l'aise, et qu'on doit les aborder avec beaucoup de prudence parce qu'ils sont très sensibles et craignent que les autres ne puissent leur faire du mal.</p> <p>Il est fort possible que leur isolement ait pour source une perte d'estime de soi consécutive à la maladie. Comme on dit en psychosomatique une perte de l'intégrité narcissique. On doit faire preuve à leur égard d'une attitude clinique empathique et les patients peuvent devenir tout à fait coopératifs. Établir une relation de confiance avec le patient lors de l'anamnèse car nous nous trouvons probablement en présence d'une répétition d'une expérience traumatique dans la relation à l'objet.</p>
82	<p>18. Comportement d'anhédonie, d'incapacité de jouir de l'existence</p> <p>Des scores élevés expriment une incapacité à jouir de l'existence et des plaisirs de la vie ; les patients abandonnent facilement leurs activités professionnelles et/ou familiales en prétextant de leurs problèmes émotionnels et somatiques.</p> <p>Évaluer dans ce cas lors de l'anamnèse la baisse de libido due à l'atteinte somatique ; la libido se retire sur l'organe ou la fonction nécessitant des soins médicaux. Dans ce cas évaluer la dimension économique de l'unité psychosomatique.</p>
102	<p>19. Comportement coopérant en apparence, déni de la maladie.</p> <p>Le déni est un mécanisme de défense archaïque (consulter le glossaire de la méthode d'évaluation du risque psychosomatique). Il s'agit profondément de la relation au corps, on peut se poser le problème du défaut de constitution de l'image psychique et de l'image neuronale du corps.</p> <p>Des scores élevés indiquent une tendance des patients à coopérer avec les soignants et à suivre les conseils médicaux de façon très précise. Ces patients ne prennent pas habituellement l'initiative de chercher un traitement et on devra leur dire exactement ce qu'ils doivent faire. Ces patients peuvent devenir très dépendants de leurs soignants.</p> <p>Recherche inconsciente de la dépendance. S'interroger sur la relation première à l'objet : évaluer l'indifférenciation et la fusion à l'objet.</p>
88	<p>20. Comportement d'observance, recherche de l'approbation</p> <p>Les scores élevés indiquent un comportement très ouvert, de recherche de relations sociales ; le contact est agréable. Ces patients sont en général très observants de leur traitement, mais on doit être sur ses gardes car cette observance peut-être de courte durée. Ces patients sont faciles à soigner.</p> <p>Il s'agit d'une répétition de la relation au surmoi parental dans la recherche d'approbation et d'affection.</p>
51	<p>21. Comportement de confiance et d'observance, attente d'être traité avec courtoisie</p> <p>Des scores élevés indiquent que les patients sont sûrs d'eux-mêmes et confiants ; ils sont très motivés pour suivre les traitements recommandés par les médecins car ils « croient » ou ils pensent que cela va assurer leur bien-être.</p> <p>Il s'agit ici d'une réaffirmation narcissique des patients.</p>
76	<p>22. Comportement sceptique, non-conforme, action impulsive</p> <p>Des scores élevés de cette échelle indiquent que les patients sont non-conventionnels dans leur comportement ; ils expriment des doutes sur les motivations d'autrui, tendent à agir de façon impulsive. Les médecins peuvent avoir des difficultés avec ce type de comportement. Attention au passage à l'acte.</p> <p>Vous pouvez avancer ici l'hypothèse des tendances paranoïdes du patient dans sa relation aux autres et de traits de caractère narcissique.</p>
58	<p>23. Comportement autoritaire, agressif, peu observant</p> <p>Il s'agit de personnalités autoritaires, cherchant à dominer, difficiles à convaincre. On doit les encourager à observer leur traitement en sachant qu'ils peuvent ne pas les suivre. Évaluer ici la manifestation des pulsions agressives qui peut révéler, dans certains cas, des tendances pathologiques de nature sadique ; si le patient est peu observant, son comportement est à analyser dans le cadre du conflit parental œdipien.</p>
45	<p>24. Comportement responsable, et co-opérant</p> <p>Ces patients gardent leurs sentiments pour eux même et cherchent à apparaître comme des personnes très sérieuses, responsables dans leur façon d'être, et d'adaptation au milieu. En général ils prennent leurs médicaments et suivent les recommandations des médecins. Il s'agit dans ce cas d'une bonne relation avec le surmoi œdipien qui n'est pas persécuteur ; on doit retrouver cette même relation avec le médecin ou le psychothérapeute.</p>
75	<p>25. Comportement imprévisible, d'observance fluctuante, insatisfaction et troubles de l'humeur</p> <p>Au contraire des patients de la rubrique 24, ces patients avec des scores élevés sur cette échelle sont de nature imprévisible et difficile dans leurs relations. Ils suivent leur traitement de façon erratique, soit trop de médicaments soit peu ou pas du tout sans consulter leur médecin. Ce sont des personnes qui ne sont pas satisfaites de leur état psychologique et/ou physique, et changent souvent d'humeur sans raison apparente.</p> <p>L'instabilité de l'humeur doit attirer l'attention sur la présence d'un phénomène dépressif (profond ou pas) ; on peut aussi émettre l'hypothèse d'un trouble de l'humeur liée à l'affection somatique dont souffre le patient.</p>
75	<p>26. Comportement plaintif, pense qu'il ou qu'elle mérite de souffrir. On peut parler dans ce cas de comportement masochique.</p> <p>Ces patients se comportent comme s'ils méritaient de souffrir ; ils pensent qu'ils méritent ce qui leur arrive et se rappellent l'ensemble des troubles dont ils ont souffert dans le passé. On doit ici évaluer le sens du symptôme somatique comme événement agressant l'individu pour lui causer des souffrances ; ainsi le patient peut entretenir sa relation masochique avec un agresseur interne : la maladie.</p>

## COMPORTEMENTS D'ADAPTATION (11 axes)

16	1.CPTMT DE RETRAIT ET D'ABSENCE D'AFFECT-PEU COMMUNIQUANT	7	60
17	2A.CRAINTIF, INHIBE, PERTE ESTIME DE SOI CONSEQUENCE DE LA MALADIE	12	75
18	2b. COMPTMT D'ANHEDONIE, INCAPACITE DE JOUIR DE L'EXISTENCE	9	82
19	3.CPTMT COOPERANT EN APPARENCE, DENI DE LA MALADIE-RELATIONS A L'OBJET	20	102
20	4. CPTMT D'OBSERVANCE, RECHERCHE L'APPROBATION, COOPERE AVEC LES MEDECINS	22	>88
21	5.CPTMT DE CONFIANCE ET D'OBSERVANCE, ATTENTE D'ETRE TRAITE(E) AVEC COURTOISIE	11	51
22	6A.CPTMT SCEPTIQUE, NON-CONFORME, ACTION IMPULSIVE, TEND. PARANOÏDES	20	76
23	6B.CPTMT AUTORITAIRE, AGRESSIF, PEU OBSERVANT	13	58
24	7.CPTMT RESPONSABLE, COOPERATIF-VIT LA MALADIE COMME UNE BLESSURE	18	45
25	8A.CPTMT IMPREVISIBLE, OBSERVANCE FLUCTUANTE, TROUBLES DE L'HUMEUR, INSATISFAIT	20	75
26	8B.CPTMT PLAINTIF-PENSE QU'IL OU QU'ELLE MERITE DE SOUFFRIR –DIMENSION MASOCHIQUE	14	75

35 -



### Comportements d'adaptation:

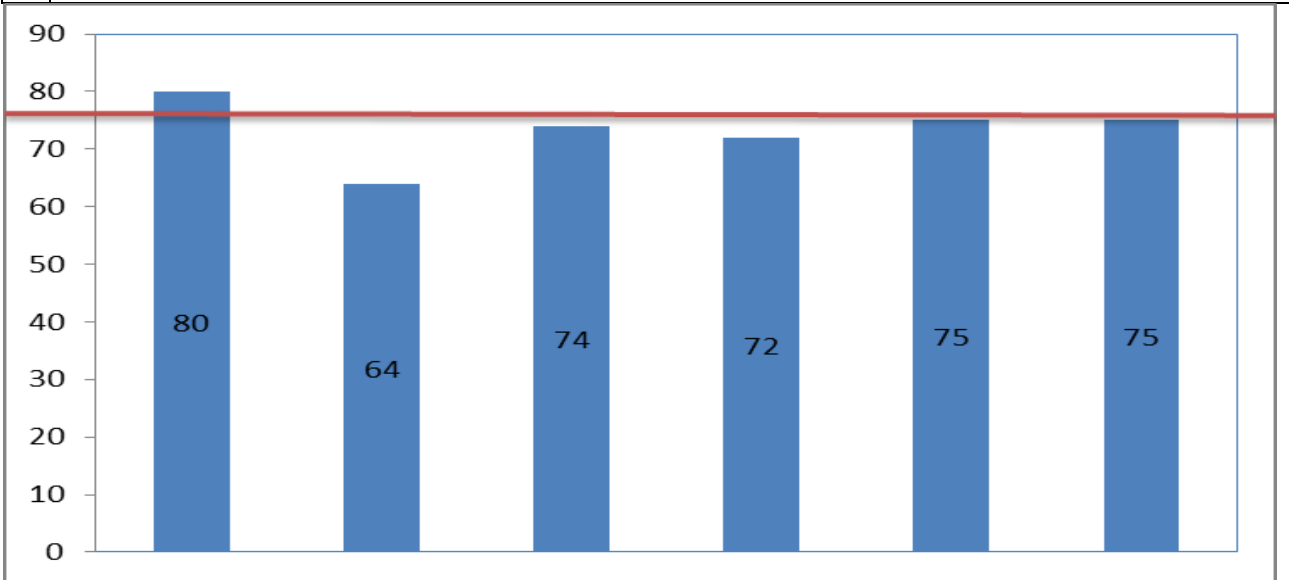
Les comportements d'adaptation de David sont marqués par la crainte et le déni. Ces scores ne sont pas d'un bon pronostic dans le cadre d'une bonne observance médicale, ni psychothérapeutique. Bien que recherchant l'approbation et une aide, il s'agit probablement plus d'un besoin d'étayage que d'une volonté de changement pour l'instant.

La dimension masochique, très présente chez David, est fortement masquée par une identité de surface visant à la minimiser.

**RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance (6 axes)** Trois domaines sont particulièrement concernés : évaluation cognitive, ressources, et facteurs contextuels. La Dimension cognitive et psychique est appréhendée par le biais de trois échelles : appréhension de la maladie, sensibilité à la douleur, et pessimisme du futur. Deux autres échelles : l'isolement sociale et l'absence de vie spirituelle, permettent d'identifier les ressources du patient qui peuvent contribuer à atténuer l'influence des différentes sources de stress. Une dernière échelle : les déficits fonctionnels, fournit de l'information sur différents aspects des contextes de la vie du patient qui peuvent affecter sa capacité de s'adapter aux demandes de traitement en vue de mieux gérer sa maladie quotidiennement.

80	27. Échelle d'appréhension de la maladie versus acceptation de la maladie Cette échelle reflète l'intérêt du patient pour tous les signes de changement de leur état somatique tels que : tensions, relaxation, éveil, fatigue. Leur intérêt pour toute modification de leur corps les conduit à ruminer des pensées ou bien à abuser des services médicaux. On peut assimiler ces patients à ceux manifestant un comportement hypocondriaque. Les symptômes somatiques sont, comme une atteinte narcissique attirant l'attention du patient sur toutes les manifestations corporelles. À l'inverse de ce type de patients, certains présentent un niveau inhabituel d'acceptation de leur maladie, révélant un comportement de contrôle d'eux-mêmes.
64	28. Indicateur de perte de qualité de vie versus capacités fonctionnelles Les effets de la maladie, et les infirmités de l'âge peuvent limiter les capacités fonctionnelles des patients ; cette échelle de déficits fonctionnels évalue le degré de perception par les patients de leur incapacité d'action dans leur vie quotidienne. Il s'agit d'un indicateur de qualité de vie ; il mesure le sentiment de perte de l'indépendance et de la liberté de s'engager dans des activités quotidiennes. Le vécu psychique renvoie au sentiment de castration et d'atteinte profonde ainsi que de sentiment d'impuissance. À l'inverse les patients révèlent leur capacité de s'engager sans obstacles dans des activités quotidiennes.
74	29. Échelle de sensibilité à la douleur versus résistance à la douleur L'échelle de sensibilité à la douleur indique la tendance du patient d'être très sensible et réactif à des douleurs légères ou modérées. Elle évalue le degré de susceptibilité à la douleur qui va finir par affecter l'ensemble du tableau clinique et obère les traitements. À l'inverse certains patients ne manifestent pas de signes de douleur associée à leur maladie.
72	30. Échelle de mesure de l'isolement sociale versus soutien social le soutien familial et amical a des conséquences importantes pour modérer les conséquences des sources de stress. Cette échelle mesure la perception par les patients du soutien social dont ils bénéficient. Des scores élevés sur cette échelle indiquent que les patients sont susceptibles de souffrir psychologiquement et somatiquement alors qu'il n'en est pas de même de scores plus faibles. De tels patients peuvent rechercher l'hospitalisation afin d'obtenir un soutien psycho-émotionnel. L'hôpital comme "bonne mère".
75	31. Échelle d'évaluation du pessimisme du futur versus optimisme du futur Une telle échelle tente d'évaluer la perception qu'a le patient de l'évolution de sa maladie. Une telle caractéristique peut avoir une influence sur de nombreuses problématiques médicales y compris l'adhésion et la confiance dans les traitements ; un score élevé sur cette échelle peut refléter la réponse subjective du patient à ses problèmes médicaux ; on doit faire la différence des résultats de cette échelle avec l'échelle de la dépression (12) . Ces deux dernières échelles indiquent une tendance à plus long terme.
75	32. Échelle d'absence de vie spirituelle versus croyance spirituelle La croyance spirituelle a été très souvent corrélée à une capacité de survie et de résistance à de très graves maladies.

- 36 -

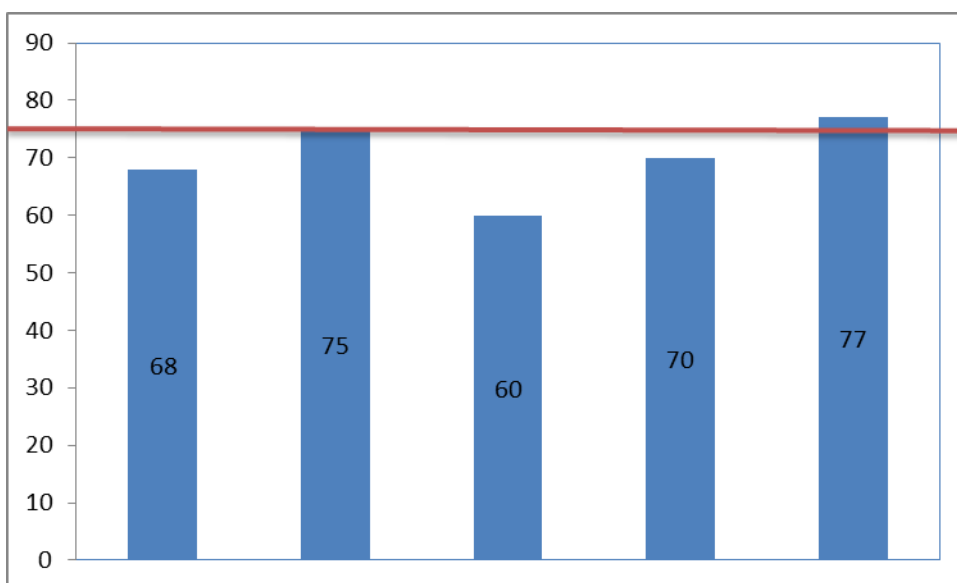


**Indicateurs Relation à la maladie:**

- Appréhension: 80
- Sensibilité douleur: 64.
- Évaluation pessimisme: 74
- Vie spirituelle : 75

<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b> Ces cinq échelles ont pour objectif d'identifier le comportement de la vie des patients qui peuvent compliquer ou accroître l'efficacité du traitement.	
<b>68</b>	33. Échelle d'évaluation de l'appréhension des procédures médicales versus résilience Une faible proportion des patients manifeste de la crainte pour les procédures médicales qu'ils associent avec la maladie et la souffrance. Ils peuvent présenter des décompensations s'ils sont débordés par de tels « stresseurs ». À relier à l'atteinte narcissique de l'unité psychosomatique et à la sensibilité à la douleur.
<b>75</b>	34. Échelle mesurant l'abus de médicaments versus responsabilité et respect des prescriptions médicales Cette échelle évalue la prédisposition des patients à suivre les prescriptions médicales. Cela peut prendre la forme de modifier les doses, de combiner les médicaments de façon inappropriée, d'utiliser des médicaments dont la date de prescription est dépassée. Mise en garde: il s'agit de comportements dangereux qu'il est important de surveiller dans le suivi des prescriptions médicales.
<b>60</b>	35. Échelle d'évaluation de la relation du patient à la maladie versus recherche et compréhension des procédures médicales Cette échelle évalue la résistance des patients et leur incapacité « d'accueillir en eux » (cela suppose des résistances psychiques importantes) les détails spécifiques relatifs au diagnostic, au pronostic, et aux procédures médicales. Certains patients veulent délibérément ignorer jusqu'au nom de leur maladie. (Comportement pathologique). Ce « désir » de ne rien savoir renvoie au comportement aveugle, et peut évoquer sur le plan psychanalytique soit la dénégation (verleugnung) soit le déni de réalité, à préciser lors de l'anamnèse.
<b>70</b>	36. Échelle de mesure des demandes excessives des patients de prescription médicale versus une utilisation appropriée Certains patients deviennent très exigeants dans leur demande de services médicaux : demande d'attention excessive, etc. Ces patients peuvent envahir l'espace médical en réclamant des soins ; comportements qui peuvent finir par lasser les soignants. (Patients révélant une tendance à la dépendance ; répétition du comportement de dépendance maternelle dans la relation aux médecins et aux psychothérapeutes.)
<b>77</b>	37. Échelle d'évaluation de la non-observance versus observance ce problème est devenu primordial dans l'exercice de la médecine aujourd'hui et les médecins savent pertinemment que de nombreux patients manifestent de la résistance dans l'observance des prescriptions médicales.

- 37 -



<b>RECOMMANDATIONS (2 axes)</b>	
<b>82</b>	38. Échelle d'évaluation des difficultés d'adaptation du patient - échelle de risque : dimension psychique et dimension somatique. Cette échelle synthétise les indicateurs de santé mentale, des comportements d'adaptation et de la relation à la maladie. Cette échelle évalue le risque de complications lors de l'observance des traitements. Elle mesure les conséquences du fonctionnement psychologique du patient dans sa vie quotidienne et évalue les risques qu'il ne s'engage dans des comportements nuisibles à sa santé.
<b>72</b>	39. Échelle d'évaluation de la référence du patient pour aide psychologique Cette échelle évalue les bénéfices que pourrait retirer le patient d'un soutien psychologique. Elle est établie en se référant aux indicateurs de santé psychique ci-dessus.

### **Pronostic traitement:**

Observance: 77 Le comportement de non observance est assez défavorable sur le pronostic bien qu'une demande soit présente.

**Le profil du questionnaire est assez proche des constats cliniques et va permettre d'affiner et compléter le diagnostic et d'orienter le pronostic.**

## 2.7. Synthèse clinique

### Diagnostic de l'organisation psychique selon la nosographie psychosomatique :

Rappel des scores de la grille de diagnostic psychosomatique

AXES			NOTES
1	<b>Les processus et mécanismes psychiques</b>	Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations	2
2	<b>Prévalence des comportements</b>	Faible	2
3	<b>Capacité d'expression des affects</b>	Répression des affects	2
4	<b>Capacité de relations à l'environnement</b>	Altération importante.	5
	<b>Total</b>		11

- 38 -

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 : note = 11

- Absence de risque stable, débordement passager: 5
- Risque faible à modéré: 5 à 10
- Risque modéré à élevé: 10 à 15 risque modéré à élevé - 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 désorganisée)

#### Diagnostic de la structure psychique:

Structure fondamentale, en références à la classification Pierre Marty de 1987.

S122. Névrose à mentalisation incertaine : Doute

Névrose mentale au fonctionnement soutenu avec traits de caractère obsessionnels; débordée par stress permanent.

## Axe 5 Evaluation du risque somatique

A partir des résultats d'observation et de diagnostic et des pronostics communiqués par les médecins du patient.

Les troubles somatiques de David sont :

- Thyroïdite d'Hashimoto
- Troubles cardiovasculaires
- Apnées du sommeil
- Dépression réactionnelle

Les affections somatiques des désorganisations progressives sont des maladies cardiovasculaires, des maladies auto-immunes, des cancers, qui mettent en jeu le pronostic vital.

Le risque somatique chez David est important compte tenu de la nature des maladies (maladie auto-immune et troubles cardiovasculaires) et de la grande fluctuation et incidence de l'environnement. La note est de 2 : risque élevé.

### 5 niveaux :

1. Risque très élevé
2. **Risque élevé**
3. Risque moyen
4. Risque faible
5. Absence de risque

## Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique

Rapprocher le risque psychique du risque somatique pour parvenir à une évaluation globale.

- Évaluation du risque psychique: Note =11 Risque modéré à élevé
- Evaluation du risque somatique : Note = 2 Risque élevé

Ces notes indiquent un risque élevé de désorganisation progressive et de somatisation, ce qui donne un pronostique de risque psychosomatique = 2 chez David.

2. Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible.



### **Synthèse et conseil :**

Lors de sa venue au service de santé au travail, la décompensation, tant psychique (dépression, burn out) et somatique (malaise cardiovasculaire), le pronostic vital était en jeu, ce qui a nécessité un arrêt suivi de soins médicaux. La prise en charge médicale et psychiatrique a permis de réguler les troubles somatiques, bien que subsistent toujours des variations thyroïdiennes.

Le diagnostic psychosomatique semble correspondre à une névrose de caractère mal mentalisée, ou, pour reprendre la nosographie de Pierre Marty, une névrose mentale au fonctionnement soutenu avec traits de caractère obsessionnels; débordée par stress permanent.

Le risque de désorganisation et de somatisation reste important.

En termes de préconisations, trois axes sont fondamentaux :

- Axe médical : suivi de sa thyroïdite, des apnées du sommeil et du système cardiovasculaire.
- Axe social : une mutation en terme d'activité professionnelle été effectuée afin d'assurer à David un environnement moins soumis à un stress (notamment le management) et offrant plus de contenance en terme d'adéquation entre ses besoins et ses ressources psychiques.
- Axe psychique : suivi par un psychiatre depuis quelques mois (traitement anti dépresseur), une psychothérapie de soutien (face-à-face) serait de nature à permettre à David de développer des capacités d'élaboration psychique (mentalisation) qui lui permettrait d'assurer un équilibre de l'unité psychosomatique.

Il est à noter que le risque de non observance est assez présent, craignant de mettre en échec la thérapeutique mise en place. Le danger alors pour David est de s'orienter vers une désorganisation mentale et somatique qui mettrait en jeu le pronostic vital.

## **PARTIE 3. DISCUSSION**

A ce stade de ce travail, je voudrais apporter quelques commentaires qu'à suscité cette recherche, et plus largement les apports, mais aussi les interrogations qui n'ont pas manqués de se présenter, tant lors de cette année universitaire que via ma pratique de psychologue au sein du service de santé au travail. Il va sans dire que je ne pourrais qu'évoquer ces apports et questionnements sans plus les approfondir, ce qui demanderait un travail bien plus conséquent (un prolongement possible, sans doute).

- 41 -

### **3.1. La psychosomatique entre clinique et théorie**

Rappelons tout d'abord que ma pratique professionnelle et ce travail de recherche se déroule au sein du monde du travail. Ceci implique une certaine posture, tant clinique que théorique. En effet, contrairement à une pratique de psychosomaticien qui œuvre dans un espace généralement plus médical (hôpital, libéral ou autre), ma posture de psychologue du travail implique un cadre s'inscrivant dans un espace déontologique et pratique qui, s'il offre l'occasion de se confronter à la dimension sociale du travail, limite aussi les possibilités d'investigation clinique nécessaire à un travail d'élaboration sur le plan psychosomatique, notamment en ce qui concerne la prise en charge des salariés (qui en l'occurrence ne sont pas des patients au sens habituel du terme).

Cependant, je vais à présent discuter les divers apports qu'a suscité l'approche de la psychosomatique intégrative au regard de ma pratique au sein d'un service de santé au travail. Le premier apport se déploie dans la dimension théorico clinique et plus particulièrement dans l'espace « somatopsychique » en articulation avec l'activité professionnelle.

Tout au long de mon expérience clinique au sein de service de santé au travail j'ai été confronté à l'énigme des rapports entre des sujets dans des espaces professionnels et l'activité qui s'y déroule.

En exposant le cas de David, j'ai tenté d'approcher la dynamique personnelle du sujet, avec ses particularités biographiques et sa structuration psychosomatique en articulation avec son activité et l'espace où elle se déploie. En effet, la plainte première qui a nécessité la visite d'urgence en santé au travail puis l'hospitalisation se ramène à un « stress » qui a conduit à un

burn out. En évoquant l'anamnèse et la biographie de David dans une perspective psychosomatique, j'ai posé en filagramme la structure psychique et l'organisation somatique qui l'a conduit à cette décompensation.

Or, lorsque nous sommes confrontés aux décompensations en milieu de travail, apparaît toujours la question de l'imputabilité, c'est-à-dire de la part respective liée aux problèmes personnels versus les conditions professionnels. Deux dérives sont alors possibles. Une psychologisation où est incriminé une « fragilité » de l'individu d'une part ; la mise en cause exclusive des conditions de travail d'autre part. Deux points de vue assurément réducteurs, la réalité en est bien plus complexe. Il arrive, bien sûr que la psychopathologie personnelle conduise à une décompensation, mais cette crise trouve assez rarement son origine exclusive de ce côté-ci. David aurait-il connu les mêmes problèmes de santé s'il n'avait été soumis au stress de son activité ? Difficile à définir, mais là n'est peut-être pas la question. En effet, ce qui importe ici, c'est plutôt de voir comment, au travers d'évènement actuel (l'activité de travail en l'occurrence), un sujet porteur d'une histoire singulière va s'y confronter, avec plus ou moins de souffrance et/ou de bonheur.

De la psychanalyse, nous savons que la personnalité se construit dès l'enfance, via des expériences précoces qui vont « modeler » notre personnalité, avec ses lignes de force et ses failles, ses angoisses et ses espoirs. Notre singularité, ainsi constituée, va aborder le champ du travail avec ses questionnements, ses attentes, avec laquelle le domaine du travail peut entrer en « résonance »<sup>5</sup>. Mais pour que cette « résonance » puisse trouver une issue favorable, encore faut-il que l'organisation du travail l'y autorise. Le champ du travail et l'activité qui s'y déploie n'est pas une chose neutre allant de soi. En effet, toute personne confrontée à son activité va d'abord le vivre par une « résistance du réel », résistance qui va se manifester par des échecs, des difficultés, des impasses parfois. Situations qui ne manqueront pas de faire surgir un sentiment d'impuissance, voire d'irritation, de colère, ou encore de déception ou de découragement. La souffrance, l'affect sont ainsi inscrits au cœur de l'expérience du travail... Cependant, si travailler, c'est d'abord échouer, c'est aussi lutter, s'obstiner, trouver le comment, et quelquefois vaincre cette résistance du réel. En ce sens il n'y a pas de travail qui ne trouve son origine dans un mouvement initial de la subjectivité et de la personnalité.

---

<sup>5</sup> Cf. les 2 tomes *Travail vivant* de C. Dejours (2013)

Mais plus que la personnalité, qui compose le socle de tout être humain, c'est la question de l'identité qui va se confronter avec le champ socio-professionnel.

Cette identité, qui n'est jamais définitivement acquise, jamais définitivement assurée ni relevant exclusivement d'un individu, dépend essentiellement des « relations dialogiques avec les autres » (Taylor). Confrontation dans le monde des hommes et des choses, cette identité, quel que soit ses assises, va être l'objet de négociation, de lutte parfois, dans le domaine du travail, en fonction de la place que l'on occupe au sein de l'organisation, de la reconnaissance de ses pairs et de sa hiérarchie, de la part de pouvoir décisionnel obtenu, etc. Autant d'indicateurs faisant partie intégrante de ce qu'il est convenu d'appeler les « risques psychosociaux » (Lhuillier, et al. 2010), et au-delà, de la construction de la santé au travail.

Ainsi, travailler n'est pas seulement produire pour transformer le monde, c'est aussi se transformer soi-même, se produire soi-même et se révéler à soi-même.

Davezies (2013) nous rappelle que les modèles du fonctionnement humain assez communément retenus considèrent l'action humaine comme un processus efférent d'origine centrale caractérisé par une chaîne d'instructions descendante: de la hiérarchie au travailleur, puis du cerveau aux muscles. Schéma qui accorde le primat au conscient, la vision de l'activité humaine semble alors relativement simple dans ses modalités.

Mais les récents travaux de la neurophysiologie (Berthoz, Damasio) nous indique que le cerveau n'est pas une machine réactive, c'est une machine « proactive » qui anticipe les conséquences de ses mouvements et de ceux du monde. Il possède, pour cela, inscrit dans l'anatomie des connexions synaptiques, des modèles internes du corps et du monde, et qui ajuste en permanence la sensibilité de ses capteurs sensoriels en fonction de ses intentions et de ses attentes.

Cette activité neuronale va agir sur le SNC, le SNA, et plus globalement sur l'ensemble de l'organisation somatique. Dynamique complexe et délicate, les interactions entre les différents systèmes (système psychique, SNC, SNA, Immunitaire et génétique) qui composent chacun d'entre nous (Stora, 2013 ; Thurin & Baumann, 2010), vont s'harmoniser plus ou moins convenablement, assurant, ou non, l'homéostasie somato-psychique.

La clinique psychosomatique vient ainsi mettre en jeu aussi bien la dimension psychique que les fonctionnalités neuronales, biologiques et immunitaires.

La psychosomatique intégrative, qui justement prend en compte ses différents systèmes, nous indique que cette homéostasie, cet équilibre psychosomatique, ne va pas toujours se dérouler sans heurt, sans régression et fixation. Et chaque individu, « porteur » de son organisation psychosomatique, n'est jamais à l'abri d'une désorganisation psychique et/ou somatique en fonction des aléas de la vie, ainsi que nous l'avons décrit chez David.

Aléas de la vie dont le terme, très souvent employé de nos jours, est le stress.

### 3.2. Les carrefours de la psychosomatique

La notion de stress, bien qu'entachée de floue du fait de son usage protéiforme, est assez séduisante compte tenu de ses relations entre d'autres concepts (environnement, soma, psyché entre autre), mais aussi entre disciplines (biologie, physiologie, psychologie, etc.). Il n'en demeure pas moins que la signification même de ce terme varie en fonction de ces approches disciplinaires. Concept liminaire s'il en est, le stress pourrait s'inscrire dans les disciplines de la complexité (Morin).

Reprenons la définition du stress donné par Jean-Benjamin Stora (2010, p. 9) :

« Le stress est : 1/ d'abord une force qui produit une tension entraînant une déformation (strain) de l'objet sur lequel cette force est appliquée ; dans ce sens, il s'agit de stimuli externes, d'agents quels qu'ils soient (agent physique : bruit, chaleur, froid... ou psychologique : deuil, perte de son travail...) modifiant notre environnement. Il s'agit d'identifier l'agent ou la source de stress ; 2/ le résultat de l'action de ces agents physiques et/ou psychologiques et/ou sociaux ; agents appelés *stressors* par Hans Selye ; 3/ enfin, le stress a des conséquences biologiques, mentales et psychiques de l'action de ces agents « stressants » sur la santé des individus. L'action pouvant être ponctuelle, ou permanente [...] ».

Agent, résultat et conséquence, cette approche du stress met en correspondance des événements physiques, psychiques ou sociaux et s'inscrivent ainsi dans des « régions de réalités » bien différentes les unes aux autres. Réalité physique que constitue le corps physiologique, apanage des sciences médicales et biologiques ; réalité psychique qu'étudient les sciences de l'homme, (la constellation « psy ») et réalité symbolique (et en premier lieu le langage) dont la linguistique, la philosophie et l'anthropologie nous décrivent toute la richesse. Trois ordres de réalité ayant chacune leurs objets, leurs moyens d'investigation et

qui pose bien la difficulté d'articuler des ontologies (l'objet étudié) et des épistémologies (les moyens/approches d'étude) qui diffèrent fortement.

Dans ma pratique en santé au travail, ces « régions de réalité » vont se traduire par un va et vient continu entre ce qui relève de la modélisation et de la théorie et ce que je constate à partir du concret de la clinique qui viendra confirmer ou infirmer ce qui aura été conçu des pathologies rencontrées. Cette pratique serait assurément diminuée si elle n'était soutenue par un travail pluridisciplinaire et plus particulièrement avec celle du médecin du travail. Travail pluridisciplinaire préconisée par les textes de loi, les problématiques rencontrées par l'équipe de santé au travail vont effectivement nécessiter une approche multiple.

En effet, nous sommes bien souvent interrogés par la clinique des rapports santé psychique et somatique et santé au/du travail. En quoi et pourquoi certains événements peuvent entraîner une détérioration de la santé, alors que dans d'autres conditions ils conduiront plutôt à une expérience constituante ? L'atteinte d'un organe ou d'une fonction, plutôt qu'un autre peut-elle être attribuée à la simple intervention du hasard ou a-t-elle une fonction ou une logique repérable (la question du « symptôme bête » de l'Ecole de Paris ? Quelle action, le clinicien peut-il avoir sur cette évolution ? Etc.

Voilà quelques-unes des questions auxquelles la psychosomatique pourrait apporter des éléments de réponse. Mais comme nous le disions plus haut, la psychosomatique s'inscrit dans des régions de réalité multiple, et ce faisant, nécessite une pratique, tant clinique que théorique différente, assez proche de ce que les sciences de la complexité tentent de mettre en œuvre, notamment par un dialogue interdisciplinaire.

A l'instar de Basarab Nicolescu (1996, pp. 65-66) qui distingue : « La pluridisciplinarité concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois. L'interdisciplinarité a une ambition différente de celle de la pluridisciplinarité. Elle concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre. La transdisciplinarité signifie, comme le préfixe *trans* l'indique, ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au delà de toute discipline. Sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance »

Mais tout autant qu'un problème épistémique des disciplines scientifiques, il s'agit aussi de la question du sens pour les sujet/salariés en souffrance.

David, mais aussi bien des salariés rencontrés, nous ont fait part de leurs incompréhensions de ce qui leur arrive, mais aussi, et surtout aimerais-je dire, de la perte de sens de leur travail.

Il est souvent rappelé que la symbolisation (ou signifiante) est une condition majeure de la survie et de l'adaptation de l'homme. Adaptation qui ne peut être réduite à une collection d'instincts, ou aux comportements que déclenche le "stress", montrant en fait l'extrême variabilité qu'a l'humain de s'adapter aux conditions qu'il rencontre. Cette capacité est dans la symbolisation qui va lui permettre de constituer des schémas en vue de modifier l'action des choses et de multiplier les réponses possibles. La symbolisation est le processus de transformation du réel en symboles qui permet la construction d'un langage qui ouvre à l'homme de nouveaux espaces de développement et qui, à chaque instant, exprime sa subjectivité et son identité dans le monde (le *Lebenswelt* des phénoménologues).

Mais la clinique nous rappelle, par ailleurs, que la modification brutale du rapport symbolique que l'homme entretient avec les autres, son activité ou avec certains objets, peut entraîner des troubles graves, parfois mortels, de ses fonctions naturelles. Ainsi en est-il lorsque quelqu'un perd celui ou celle qui constituait le référentiel de son existence, son emploi, ses valeurs.

Les « évènements » dits psychosomatiques sont le plus souvent des « ratés de la symbolisation » et nécessitent, pour les aborder et les traiter, ce que Del Volgo appelle si joliment, les « instants de dire » qui autorise à « rétablir dans ses droits le mythe et le roman du malade [...], c'est à dire du sens et de la fonction intersubjective qu'elle [la maladie] prend dans son dialogue avec le médecin » (1997, p. 40).

Ces interrogations qui m'animent posent non seulement la question du stress, mais plus généralement des désorganisations psychosomatiques, non seulement du point de vue clinique et théorique mais aussi politique.

Politique dans la mesure où une certaine vision de l'homme et de la société, mais aussi de la maladie, du corps et du sujet souffrant sont nécessaires afin d'en proposer une certaine compréhension/explication.

### 3.3. Le stress, une question « politique »?

Nous avons, en introduction, évoqué une théoricienne du politique. Pourquoi ? A première vue, ses objets, problématiques et méthodes sont bien loin de celle de la psychosomatique. En effet !

Cependant, l'un des risques toujours présent lors d'une approche exclusivement psychologique est d'avoir une conception solipsiste de l'homme. Porteur d'une singularité, bien souvent indicible, il n'en demeure pas moins que c'est au travers d'une « dramaturgie », entendu ici comme le drame politzérien mais aussi celui des rapports à autrui de Goffman, que va se jouer l'identité mais aussi la subjectivité du sujet, et par-delà, sa santé psychique et somatique.

Or, il est reconnu aujourd'hui par nombre d'auteur, que le monde du travail (mais aussi le monde social plus généralement) n'offre pas toujours, loin s'en faut, les conditions adéquates d'expression de sa subjectivité. Sommé de répondre à de multiples injonctions et exigences de performance et autre, il arrive que loin d'assoir sa subjectivité, l'identité se trouve en conflit avec cette dernière.

Dans nombre de cas rencontrés lors des visites médicales au sein de notre service de santé au travail, la question du sens se manifeste dans le discours des salariés en souffrance. Cette absence du sens que relatent ses salariés rejoint ce que Hannah Arendt (1972) appelle la désolation, i.e. la perte du moi et de ses assises dans le monde. Dans la désolation, le moi est privé de la possibilité d'un dialogue de soi avec soi (ce qui n'est pas le cas dans la solitude), et où autrui se trouve évoqué intérieurement. Ainsi privés du monde (le sens commun dirait l'auteure) et arrachés à leur moi, les individus, isolés et atomisés (devenu « la masse » selon cet auteur), perdent toute forme d'intérêt et de conviction, non seulement pour ce qui le entoure mais jusqu'en eux-mêmes les conduisant alors à une sorte d'être-au-monde destructeur (qui correspond au « désert » pour Arendt).

Ce déracinement produit par l'effondrement dans la désolation prive les hommes d'un monde commun, mais aussi de l'expérience pour l'individu d'une impossible coexistence avec lui-même, et, en définitive, la perte de lui-même, avec son cortège de pathologie tant psychique que somatique.

Cette question du politique, bien qu'à priori éloignée de la psychosomatique, pourrait bien constituer, du moins est-ce là mon point de vue, le socle assurant les conditions de l'intégrité psychosomatique et donc de la santé.



## Conclusion

Au travers du cas de David, dont l'histoire et l'anamnèse sont singulière, nous avons voulu discuter des interactions avec son environnement de travail, non sans en posant les multiples questions qui en découlent.

Une histoire qui est marquée par des événements traumatiques non élaborés, et dont l'histoire infantile aura « estampillée » une unité psychosomatique et une organisation psychique. L'approche de la psychosomatique intégrative aura relevée des caractéristiques spécifiques, tant au niveau des mécanismes psychiques sous-jacent qu'au travers de l'unité psychosomatique de David.

A ce stade déjà, nous avons un certains nombres d'interrogations sur le rôle de la biographie et la structure psychosomatique sur les pathologies dont souffre David (maladie auto-immune, thyroïdite d'Hashimoto). Dans nos sociétés contemporaines, ces pathologies représentent la troisième cause de maladies, juste après les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Les facteurs génétiques ont une part non négligeable (anomalies du système HLA). Notre système immunitaire, programmé pour nous prémunir contre les agressions extérieures, a pour fonction de faire la distinction entre le « soi » et le « non-soi », et il est intéressant de nous poser la question de savoir pourquoi cette attaque qui nous oppose à nous-mêmes. Question qui interpelle tant les psychosomaticiens que les endocrinien, les neuroscientifiques et bien d'autres disciplines encore.

Lorsque nous savons que ces maladies sont très impactées par l'environnement, quelle influence peut avoir le stress sur ces troubles ? Stress dont la montée, ces dernières décennies, ne va qu'augmentant, quel lien peut-il y avoir avec la recrudescence de certaines pathologies auto-immunes ? Sans y voir une « causalité » hâtive, cette occurrence suscite bien des interrogations qui ouvrent à des perspectives nouvelles.

Ouvrons en quelques-unes.

Perspective clinico-théorique d'abord : qu'est-ce qui se joue entre les divers systèmes (psychique, neuronale, endocrinien, génétique,...) ? Où dit autrement, quelles relations relient le soma à la psyché ? Point de vue qui ne manque pas de s'interroger sur les objets étudiés. Et en premier lieu, le corps. Corps physiologique de la médecine et corps érotique des psychanalystes ont peu de chose en commun. Comment va interagir un fait physique

(l'activité neuronale, la réaction physicochimique, etc.) avec un évènement psychique ? Question qui est au cœur du phénomène psychosomatique, mais qui nécessite une lecture bien plus large.<sup>6</sup>

Perspectives épistémologiques ensuite : Ces objets que sont les faits somatiques et les évènements psychiques ne répondent pas aux mêmes modalités d'investigations ni aux mêmes modèles explicatifs, ce qui pose la question de leurs approches. Cette unité psychosomatique, appelé par d'autre unité somato-psychique, ne manque pas de nous interroger sur nos propres façons d'aborder une problématique et de construire nos connaissances. Devrons-nous nous diriger vers une transdisciplinarité pour mieux appréhender ce « complexe »<sup>7</sup> psychosomatique ?

Perspective pratique enfin : Lorsque nous soupçonnons le rôle de l'environnement sur l'équilibre somatopsychique et la santé, quel rôle, quelles actions, est dévolue au corps médical, et plus largement, à tous ceux qui œuvrent dans le domaine de la santé ? C'est partant de ma pratique au sein d'un service de santé au travail que cette question s'est posée avec le plus d'acuité. Travail constructeur de santé vs travail destructeur de santé, c'est via la notion de stress que j'ai tenté d'aborder la délicate articulation soma/psyché, mais aussi l'unité psychosomatique en prise avec l'environnement (du travail notamment).

De la psychosomatique intégrative, j'en retiens bien des interrogations, mais surtout l'importance, la nécessité même, de la prise en compte plurielle des approches : psychologiques, neurologiques, médicales, etc. Cette prise en compte, du fait de sa complexité même, ne peut s'engager qu'au travers un dialogue interdisciplinaire, véritable exercice « politique » autant que scientifique.

Il ne s'aurait donc être question de conclure ce travail, mais bien plus modestement apprendre à explorer ce vaste continent de la « dyade corps/esprit », où, pour paraphraser Pascal, force est de « reconnaître qu'il y a une infinité de choses qui la surpassent [...]. Il faut savoir douter où il faut, assurer où il faut, en se soumettant où il faut. »<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Ces interrogations trouvent un écho dans le vaste domaine des neurosciences tout comme les sciences de la psyché et les sciences médicales, mais aussi dans des courants philosophiques tels que la philosophie de l'esprit.

<sup>7</sup> Au sens qu'en a donné Edgar Morin.

<sup>8</sup> PASCAL, B. *Pensées, Chap. V - Soumission, et usage de la raison*. Éditions de Port-Royal, 1669-1670 p. 47.

## Bibliographie

- ARENDT, Hannah. *Le système totalitaire*. Paris : Seuil, 1972. Collection Points Essais.
- ARENDT, Hannah. *Qu'est-ce que la politique ?* Texte établi par Ursula Ludz. Paris : Seuil, 1995, 195 p. Collection Points Essais.
- BASARAB, Nicolescu. *La transdisciplinarité. Manifeste*. Paris : éditions du Rocher, 1996, 321 p.
- BILLARD, Isabelle, (sous la coordination de). *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris, Editions Eshel, 1994, 352 p.
- ALDERSON, Marie. La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail, *Santé mentale au Québec*, vol. 29, n° 1, 2004, p. 261-280.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. et QUINTARD, B. *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. 2001, Paris : Dunod.
- CONSOLI S.M. Evénements de vie, stress quotidien et maladies auto-immunes, in THURIN, J-M. & BAUMANN, N. (eds). *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Médecines-Sciences Flammarion. 2010,
- DAVEZIES, Philippe. « Souffrance au travail, répression psychique et troubles musculo-squelettiques », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne], 15-2 | 2013, mis en ligne le 01 août 2013, consulté le 10 janvier 2014. URL : <http://pistes.revues.org/3376>
- DEJOURS, Christophe. *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Paris : Edition Payot. 1986, 270p.
- DEJOURS, Christophe. *Travail vivant, tome 1. Sexualité et travail*. Paris : Edition Payot. 2013, 224p. Collection Petite Bibliothèque Payot.
- DEJOURS, Christophe. *Travail vivant, tome 2. Travail et émancipation*. Paris : Edition Payot. 2013, 256p. Collection Petite Bibliothèque Payot.
- DUMET, Nadine. *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod. 2002,
- FINE, Alain, SCHAEFFER, Jacqueline (sous la direction de). *Interrogations psychosomatiques*. Paris : PUF. 1998, 169 p. Collection Débats de la Revue Française de Psychanalyse.
- JACQUE Claude, THURIN Jean-Michel. Stress, immunité et physiologie du système nerveux, in *médecine sciences*, vol. 18, n° 11, 2002, p. 1160-1166.

- PORTE Jean-Michel. Le stress : « angoisse du pauvre » ? ». Paris : PUF. 2005, p. 155-162. *Revue française de psychosomatique* 2/ 2005 (n° 28).
- LE GOUES, Gérard, PRAGIER, Georges (sous la direction de). *Cliniques psychosomatiques*. Paris, PUF. 1997, 156p. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse.
- LHUILLIER, Dominique, GIUST-DESPAIRIES, Florence, LITIM, Malika (sous la direction de). « Risques psychosociaux », une nouvelle catégorie sociale ? Paris : Erès. 2010, 255 p. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n°10.
- MARTY, Pierre. *La psychosomatique de l'adulte*. Paris, PUF. 1990, 125p. Collection Que-sais-je.
- SAINSAULIEU Ivan, SURDEZ Muriel (sous la direction de). *Sens politiques du travail*, Paris, Armand Colin, 2012, 365 p. Collection « Recherches ».
- SMADJA Claude. Quelques remarques préliminaires à l'étude psychosomatique des maladies auto-immunes. Paris, P.U.F. 2003, p. 11-24. *Revue française de psychosomatique* 2003/1 - no 23.
- STORA, Jean-Benjamin. *Le stress*. Paris, PUF. 1991, 125p. Collection Que-sais-je.
- STORA, Jean-Benjamin. *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris, édition Odile Jacob. 1999, 293p.
- STORA, Jean-Benjamin. *Cours de psychosomatique. Théorie et clinique*. UPMC, Faculté de Médecine de la Pitié-Salpêtrière. Polycopié du D.U. de psychosomatique intégrative. 2013, 347p.
- STORA, Jean-Benjamin. *La nouvelle approche psychosomatique : 9 cas cliniques*. Paris, MJW Féditions. 2013, 267p. Collection « Psychopathologie fondamentale ».

## Annexes

### Questionnaire Diagnostic psychosomatique

Répondre par vrai ou faux dans les colonnes ; mettre une croix dans la colonne.

QUESTIONS		V	F
1	Je me sens très tendu (e) quand je pense aux événements de la journée	X	
2	Je ne suis pas très orienté (e) vers la vie spirituelle et la méditation		X
3	Je deviens extrêmement anxieux (se) quand j'ignore ce que les médecins ont l'intention de me faire	X	
4	Je suis une personne qui dramatise les événements	X	
5	Je ne me rappelle pas toujours quels médicaments prendre et quand les prendre		X
6	Je suis souvent troublé (e) par ce qui m'arrive	X	
7	Je ne peux plus faire des choses que j'ai aimées faire dans le passé		X
8	J'ai éprouvé beaucoup de tristesse tout au cours de ma vie	X	
9	L'idée de rester seul (e) dans la vie m'inquiète	X	
10	Je prends quelquefois des médicaments qui avaient été prescrits à d'autres que moi en espérant qu'ils me soulageront		X
11	Je souhaiterais tellement être mieux accepté (e) par les autres personnes		X
12	Je peux être réellement désagréable avec les personnes qui le méritent	X	
13	Mes meilleures années sont derrière moi		X
14	Je me sens nerveux (se) et sous pression, mais je ne sais pas pourquoi	X	
15	Mes croyances religieuses me procurent un grand bien-être		X
16	Je me mets à pleurer quand la moindre des petites choses va de travers		X
17	Je m'adapte très vite dans tous les groupes de personnes que je rencontre	X	
18	J'aime suivre toutes les recommandations et faire ce que l'on attend de moi	X	
19	La plupart des gens ne se feraient pas de soucis si j'étais malade		X
20	Les instruments médicaux m'effraient vraiment	X	
21	La perte de mémoire me pose un grave problème	X	
22	Je ne peux plus me déplacer ni faire les choses aussi bien que par le passé		X
23	Je veux que mon médecin passe en revue avec moi les résultats de tous mes examens médicaux et me les explique	X	
24	Je trouve que notre société est trop dure avec les personnes qui ne s'y conforment pas	X	
25	Je me sens très seul (e) depuis longtemps maintenant		X
26	Je vais m'opposer à toute personne qui essaiera de me diriger	X	
27	Je préférerais suivre quelqu'un plutôt que de diriger moi-même	X	
28	Je deviens anxieux (se) quand je pense à mes problèmes médicaux (de santé)		X
29	Je mérite tous les malheurs dont j'ai souffert		X
30	Je pense que les choses vont s'aggraver dans les mois à venir		X
31	Je ne peux plus m'occuper de moi aussi bien que par le passé	X	
32	J'essaie d'en savoir autant que possible sur les traitements disponibles pour mon cas médical (ma santé)	X	
33	La foi et la prière m'aident à surmonter mes problèmes		X
34	J'ai extrêmement confiance en moi		X
35	J'essaie d'être aussi franc (che) que possible dans les réponses à ces questions	X	
36	Je me protège en ne communiquant à autrui que très peu d'information sur ma vie		X
37	J'estime que j'ai toujours été une personne craintive et inhibée		X
38	Si vous n'avez pas quelque chose de bien à dire à votre sujet, il est préférable de se taire	X	
39	Je ferai n'importe quoi pour calmer mes souffrances	X	
40	Je pense que j'ai besoin de beaucoup de conseil pour faire les choses	X	

41	Si je dois encore subir d'autres examens médicaux, je vais perdre les pédales		X
42	Ma santé semble se dégrader plus vite que celle de la plupart des gens de mon âge	X	
43	La vie ne sera plus jamais la même pour moi	X	
44	Quoiqu'il arrive, voir un docteur cela rassure toujours		X
45	Je trouve rarement le temps de faire du sport	X	
46	Je me sens si nerveux (se) et si agité (e) que je suis épuisé (e) en fin de journée	X	
47	J'ai toujours préféré avoir une vie calme et peu active		X
48	J'ai l'habitude de parler de mes problèmes de façon plus grave qu'ils ne le sont vraiment	X	
49	J'ai déjà été envahi par des pensées suicidaires	X	
50	J'aime bien m'occuper des choses jusque dans les détails les plus infimes	X	
51	J'ai peu de soutien affectif dans ma famille		X
52	J'ai toujours eu le don de réussir	X	
53	J'ai dit des mensonges à ma famille pour cacher ma consommation de drogues		X
54	Peu de gens se rendent vraiment compte de la difficulté de ma vie	X	
55	Je pense que je suis en train de perdre ma faculté de concentration	X	
56	Répondre à de telles questions m'aident à regarder franchement les événements de ma vie		X
57	Je fais attention à ce que les personnes ne me trompent pas	X	
58	La souffrance que j'éprouve, rend ma vie sans espoir		X
59	Dans ce monde, ou bien on domine, ou on est dominé	X	
60	Je suis très instable (versatile) et change tout le temps de sentiments		X
61	Quand les gens sont autoritaires, je fais généralement l'opposé de ce qu'ils demandent	X	
62	Je fais des cauchemars à propos des examens médicaux que je peux avoir à subir		X
63	Je me fais beaucoup de soucis à propos des personnes dont je dépends en craignant qu'ils ne me quittent	X	
64	Je suis mon plus terrible ennemi	X	
65	Je fais croire parfois que je suis plus malade que je ne le suis	X	
66	Parfois, je panique soudainement pour des raisons inconnues		X
67	Mes émotions ne semblent pas aussi manifestes que celles exprimées par d'autres	X	
68	Je me sens très mal à l'aise quand d'autres personnes sont au courant de mes problèmes		X
69	La souffrance physique représente une grande partie de ma vie	X	
70	Je m'inquiète constamment de ma santé		X
71	Il est bien de faire des choses par routine afin d'éviter des erreurs		X
72	Il y a quelqu'un de très proche de moi qui comprend vraiment mes sentiments	X	
73	Beaucoup de gens me respectent et m'envient		X
74	Dans ma vie je prends régulièrement des drogues		X
75	Je pense que quelque chose ne va pas dans ma tête	X	
76	La plupart des gens dans ma vie, en fait, me déçoivent		X
77	Je me sens amer quand on me refuse les avantages médicaux auxquels je sais que j'ai droit		X
78	Je suis d'accord pour faire une entorse à la loi aussi longtemps qu'on ne la viole pas	X	
79	Je ne laisse personne tirer avantage de moi		X
80	Je sais par expérience que les bonnes choses ne durent pas	X	
81	Je peux faire face aux pires nouvelles médicales concernant ma santé, aussi contrariantes soient-elles	X	
82	J'ai peur de mourir soudainement de maladie		X
83	Je suis en train de perdre l'espoir de ne jamais retrouver la santé		X
84	Je m'assure d'être à l'heure pour tous mes rendez vous avec mon médecin	X	
85	Il m'est très difficile de travailler actuellement avec ma souffrance		X

86	J'ai trouvé très peu de choses agréables dans la vie		X
87	J'ai beaucoup de très bons amis qui me sont très proches	X	
88	Je termine toujours mon travail avant de prendre quelques loisirs	X	
89	J'ai des amis qui écouteront tous les problèmes que j'ai	X	
90	Tout ce que j'entreprends, je le fais facilement		X
91	Je me fais apparaître, dans mes réponses, en meilleure santé que je ne le suis actuellement		X
92	Ma vie a toujours été de mal en pis		X
93	Je pense qu'il est préférable de ne faire confiance à personne		X
94	La souffrance est la partie la plus terrible de ma condition médicale	X	
95	Je suis souvent contrarié d'avoir à faire des choses que les autres attendent de moi	X	
96	Je suis beaucoup plus maltraité par mes amis et mes parents proches		X
97	Je consulte très vite mon médecin dès que j'ai de nouveaux symptômes		X
98	Je suis très énervé ces temps-ci		X
99	Je ne suis jamais seul dans la mesure où Dieu est avec moi		X
100	Je pense que je suis une personne très sociable et très ouverte	X	
101	Il est toujours préférable de suivre les règles qu'ont établie ceux qui exercent l'autorité	X	
102	Pas mal de réponses de ce test ont été influencées par ma mauvaise humeur		X
103	Je prend parfois des médicaments qui sont prescrits pour d'autres personnes		X
104	Je me mets souvent en position d'échec	X	
105	Je me sens coupable la plupart du temps	X	
106	J'ai fait plus de trente voyages à l'étranger l'année dernière		X
107	Mes sentiments envers ma famille passent souvent de l'amour à la haine		X
108	Je veux que mes médecins me donnent le plus de détails possible concernant mes problèmes médicaux	X	
109	Je ne pense pas que je vivrais aussi longtemps que je le devrais	X	
110	Je rends ma vie pire qu'elle ne devrait être		X
111	Je fume à peu près un paquet de cigarettes par jour	X	
112	Je n'ai jamais été aussi intéressé(e) par le sexe que la plupart des gens de mon âge		X
113	Je suis trop embarrassé(e) pour admettre mes problèmes aussi franchement que je le devrais		X
114	Par mon charme, je fais faire aux gens pour ainsi dire tout ce que je veux		X
115	Depuis mon enfance, j'ai toujours été en surcharge pondérale	X	
116	Si mes médicaments ne me soulagent pas, je peux en accroître les doses de mon propre chef	X	
117	Depuis un an, je traverse des périodes psychologiquement difficiles	X	
118	Je pense que, dans mes réponses ici, j'ai présenté ma vie sous un jour plus triste qu'elle ne l'est vraiment	X	
119	Je passe la plupart de mon temps à broyer du noir		X
120	De trop nombreuses règles empêchent les gens de faire ce qu'ils désirent	X	
121	Nul n'a besoin de connaître mes affaires	X	
122	J'ai toujours pensé que la plupart des gens ont une piètre opinion de moi	X	
123	Je suis considéré(e) comme une personne dure et insensible		X
124	J'ai fait récemment la une de nombreux magazines		X
125	Je deviens très agacé quand on met de la pression sur moi	X	
126	Mon corps m'envoie sans cesse des signaux inquiétants	X	
127	Il m'est très difficile de passer une journée sans boire quelques verres		X
128	Je ne repousse jamais une visite chez le docteur si je sens que j'en ai besoin	X	
129	Rester en contact avec mon moi spirituel m'aide à faire face à mes ennuis quotidiens		X
130	Je me sens souvent triste et pas aimé	X	

131	Je commence à perdre pied quand mes problèmes médicaux tournent mal	X	
132	Dans les réponses à toutes ces questions, je reste très réservé	X	
133	Chaque année j'ai droit à tous mes congés de maladie		X
134	Je préfère ne pas connaître les détails d'une maladie que je pourrais avoir		X
135	Je deviens très irritable si je ne bois pas une tasse de café fréquemment dans la journée		X
136	Ma qualité de ma vie s'est détériorée à cause de ma maladie	X	
137	J'ai peu de joie dans ma vie ces temps-ci		X
138	Je fais habituellement ce que je veux sans me soucier de savoir si cela affecte autrui		X
139	Mon poids fluctue à la hausse et à la baisse; mon régime diététique est un véritable yo-yo	X	
140	Ma tête me fait si mal que j'ai besoin de prendre un temps de repos sur mon temps de travail		X
141	Nous vivons dans un monde très solitaire	X	
142	J'ai essayé de nombreuses fois d'arrêter de fumer, mais je recommence toujours		X
143	Je changerai mon style de vie si le docteur me le conseillait		X
144	Sans Dieu dans ma vie, je ne pourrais jamais surmonter une grave maladie		X
145	Mon esprit pense sans cesse à ma souffrance		X
146	Quand je suis déprimé(e) ou stressé(e), je mange toujours plus (ou je dévore)		X
147	Il semble que mon avenir ne soit que problème et souffrance		X
148	C'est bien de prendre avantage des incertitudes de la loi	X	
149	J'ai essayé de faire du sport, mais je ne peux m'y tenir	X	
150	Je suis incapable d'organiser ma vie comme je le veux		X
151	Des membres de ma famille se sont récemment plaints de mon alcoolisme		X
152	Je ne comprends pas vraiment les sentiments humains comme les autres		X
153	J'ai besoin de beaucoup de caféine pour vivre ma journée		X
154	Je mets presque toujours les besoins des autres avant les miens	X	
155	Même de petites responsabilités me posent problème		X
156	J'ai perdu de l'intérêt dans des choses qui me faisaient plaisir		X
157	J'ai besoin maintenant de suivre des procédures routinières pour avoir des idées claires		X
158	Ma condition médicale rend mes tâches quotidiennes beaucoup plus difficile		X
159	Je sais que je devrais faire du sport, mais je ne peux m'y décider	X	
160	Je ne peux compter sur personne pour m'aider pendant ma maladie		X
161	Je me sens très déprimé (e)		X
162	Je suis une personne très émotive	X	
163	J'aime flirter avec les personnes du sexe opposé	X	
164	Je deviens irritable si, pendant longtemps, je ne fume pas		X
165	Je n'ai pas de croyances religieuses bien solides		X

\*\*\*\*\*



Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F
1	1		41		1	81	1		121	1		161		1
2		1	42	1		82		1	122	1		162	1	
3	1		43	1		83		1	123		1	163	1	
4	1		44		1	84	1		124		1	164		1
5		1	45	1		85		1	125	1		165		1
6	1		46	1		86		1	126	1				
7		1	47		1	87	1		127		1			
8	1		48	1		88	1		128	1				
9	1		49	1		89	1		129		1			
10		1	50	1		90		1	130	1				
11		1	51		1	91		1	131	1				
12	1		52	1		92		1	132	1				
13		1	53	1		93		1	133		1			
14	1		54	1		94	1		134		1			
15		1	55		1	95	1		135		1			
16		1	56	1		96		1	136	1				
17	1		57	1		97		1	137		1			
18	1		58		1	98		1	138		1			
19		1	59	1		99		1	139	1				
20	1		60		1	100	1		140		1			
21	1		61	1		101	1		141	1				
22		1	62		1	102		1	142		1			
23	1		63	1		103		1	143		1			
24	1		64	1		104	1		144		1			
25		1	65	1		105	1		145		1			
26	1		66		1	106		1	146		1			
27	1		67	1		107		1	147		1			
28		1	68		1	108	1		148	1				
29		1	69	1		109	1		149	1				
30		1	70		1	110		1	150		1			
31	1		71		1	111	1		151		1			
32	1		72	1		112		1	152		1			
33		1	73		1	113		1	153		1			
34		1	74		1	114		1	154	1				
35	1		75	1		115	1		155		1			
36		1	76		1	116	1		156		1			
37		1	77		1	117	1		157		1			
38	1		78	1		118	1		158		1			
39	1		79		1	119		1	159	1				
40	1		80	1		120	1		160		1			

SCORE DE PREVALENCE ET TABLE DE TRANSFORMATION - HOMMES

S.brut	AA	BB	CC	DD	EE	I	2A	2B	3	4	5	6A	6B	7	8A	8B	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	D	0	0	0	0	0	0	d	0	0	0	0	
1	15	5	5	5	5	5	35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	15	10	20	15	15	15	35	35	15	14	35	10	
2	35	15	15	15	10	15	50	35	10	10	10	5	5	5	15	35	15	20	16	35	27	35	34	40	50	26	21	50	20
3	40	35	35	35	20	35	60	60	20	15	15	15	10	5	35	50	25	34	26	45	34	38	37	48	60	34	26	54	35
4	48	50	37	40	25	45	62	65	35	20	20	25	15	5	40	60	35	43	29	55	47	42	40	56	65	46	29	59	60
5	55	60	40	45	30	50	64	70	40	25	25	30	20	5	45	61	38	48	34	60	55	46	43	61	75	57	34	60	67
6	60	63	44	50	35	55	66	75	45	30	30	35	25	5	50	62	41	51	44	63	60	50	45	69	77	60	45	65	70
7	63	67	48	55	39	60	67	77	50	35	35	39	30	5	55	63	45	56	50	66	61	53	47	75	78	65	57	70	72
8	66	71	50	60	44	62	68	79	55	40	40	43	35	5	60	65	50	60	55	69	63	57	52	79	81	67	62	75	74
9	69	75	55	61	48	68	69	82	60	44	44	47	40	5	61	67	55	62	60	72	65	60	55	83	85	68	64	80	75
10	72	76	60	62	53	70	71	85	65	49	49	51	45	5	62	69	60	64	62	75	67	62	57	85	86	69	68	82	78
11	74	77	63	64	57	72	73	88	70	55	51	55	50	10	64	71	63	66	64	76	69	64	60	91	87	70	70	85	82
12	75	78	68	65	60	75	75	91	75	58	55	60	54	15	65	72	68	68	67	77	71	67	64	96	88	71	71	88	84
13	76	79	72	67	61	79	77	94	77	60	58	61	58	20	67	73	71	70	69	79	75	70	68	103	90	74	74	90	90
14	79	80	75	69	63	84	79	97	79	62	64	62	60	25	69	75	75	72	70	80	76	73	72	109	98	76	75	95	100
15	81	81	76	70	64	90	80	100	82	65	67	64	62	30	70	76	76	73	71	81	77	75	75	115	105	79	77	100	110
16	83	83	78	71	68	91	81	103	85	70	71	66	65	35	71	78	77	75	74	82	78	77	77	115	115	82	79	110	115
17	84	85	79	73	72	93	82	107	87	75	75	67	66	40	72	79	78	77	75	83	79	79	79	115		85	82	115	115
18	86	87	80	75	75	98	84	111	92	78	78	71	70	45	73	82	79	78	77	85	80	81	82	115		93	85	115	115
19	89	90	81	77	78	102	85	115	97	81	81	75	72	50	74	85	80	80	78	87	81	83	85	115		103	87	115	115
20	91	93	83	79	81	105	88	115	102	85	85	76	75	52	75	90	80	82	80	89	82	85	90			109	89	115	115
21	93	96	85	82	82	108	91	115	110	88	89	77	78	58	76	105	81	85	81	91	83	95	95			115	91	115	
22	95	99	89	85	84	111	93	115	115		94	78	82	61	77	115	81	92	82	93	85	102				115	93		
23	98	102	94	90	85	115	95		115		100	82	85	65	77	115	82	98	83	95	92	110				115	95		
24	102	104	100	95	86	115	98		115			85	88	70	78	115	83	108	84	97	97		115			115	97		
25	104	107	108	100	87	115	103		115			93		75	80	115	84	115	87	100	100		115			115	99		
26	109	110	115	105	88	115	110		115			102		80	82	115	85	115	95	103	104		115			115	115		
27	112	112	115	110	90	115	115		115			110		85	85	115	90	115	100	108	108		115			115	115		
28	115	115		115	110	115	115		115			115		87	90	115	93	115	115	112	115		115			115	115		
29	115	115		115	115		115							89	98	115	97		115	115			115				115		
30	115	115					115							94	104	115	102		115	115			115				115		
31		115					115								108	115	106		115	115			115				115		
32		115													112	115	109		115	115									
33		115					115								115		112		115	115									
34		115													115		115		115	115									
35		115													115		115		115	115									
36		115													115		115		115										
37		115															115		115										
38		115																	115										
39		115																	115										
40		115																	115										
41		115																											

<b>INDICATEUR DE VALIDITE DES REPONSES</b>			
1	VALIDITE si score=0 invalide si score = 2	0	
2	X. REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE	8	
3	Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR	12	
4	Z. TENDANCE DU PATIENT A EXAGERER SES SYMPTOMES (APPEL AU SECOURS !!)	9	
<b>HABITUDES TOXIQUES</b>			
5	INDICATEUR ALCOOL	0	
6	INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT	1	
7	INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	2	
8	INDICATEUR CONSOMMATION CAFE	0	
9	INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE	3	
10	INDICATEUR CIGARETTES	1	
<b>INDICATEURS SANTE MENTALE (5 axes)</b>			
11	AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION	11	74
12	BB. ECHELLE DEPRESSION	12	78
13	CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF ET PSYCHIQUE	19	81
14	DD. ECHELLE D'EXPRESSION EMOTIONNELLE	14	69
15	EE. COMPORTEMENT DEFENSIF (PULSIONS AGRESSIVES, NOYAU PARANOÏDE)	14	63
<b>COMPORTEMENTS D'ADAPTATION 11 axes)</b>			
16	1.CPTMT DE RETRAIT ET D'ABSENCE D'AFFECT-PEU COMMUNIQUEANT	7	60
17	2A.CRAINTIF, INHIBE, PERTE ESTIME DE SOI CONSEQUENCE DE LA MALADIE	12	75
18	2b. COMPTMT D'ANHEDONIE, INCAPACITE DE JOUIR DE L'EXISTENCE	9	82
19	3.CPTMT COOPERANT EN APPARENCE, DENI DE LA MALADIE-RELATIONS A L'OBJET	20	102
20	4. CPTMT D'OBSERVANCE, RECHERCHE L'APPROBATION, COOPERE AVEC LES MEDECINS	22	>88
21	5.CPTMT DE CONFIANCE ET D'OBSERVANCE, ATTENTE D'ETRE TRAITE(E) AVEC COURTOISIE	11	51
22	6A.CPTMT SCEPTIQUE, NON-CONFORME, ACTION IMPULSIVE, TEND. PARANOÏDES	20	76
23	6B.CPTMT AUTORITAIRE, AGRESSIF, PEU OBSERVANT	13	58
24	7.CPTMT RESPONSABLE, COOPERATIF-VIT LA MALADIE COMME UNE BLESSURE	18	45
25	8A.CPTMT IMPREVISIBLE, OBSERVANCE FLUCTUANTE, TROUBLES DE L'HUMEUR, INSATISFAIT	20	75
26	8B.CPTMT PLAINTIF-PENSE QU'IL OU QU'ELLE MERITE DE SOUFFRIR -DIMENSION MASOCHIQUE	14	75
<b>RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance (6 axes)</b>			
27	A. APPREHENSION DE LA MALADIE vs ACCEPTATION	19	80
28	B. INDICATEUR DE PERTE DE QUALITE DE VIE VS CAPACITES	10	64
29	C. SENSIBILITE A LA DOULEUR vs RESISTANCE	16	74
30	D. ABSENCE DE SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL vs SOUTIEN	8	72
31	E. PESSIMISME CONCERNANT le futur de la maladie vs OPTIMISME	12	71
32	F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES vs PRESENCE	15	75
<b>PRONOSTIC DES TRAITEMENTS</b>			
33	G. APPREHENSION DES TRAITEMENTS ET PROCEDURES MEDICALES VS RESILIENCE	13	68
34	H.CPTMT D'OBSERVANCE PROBLEMATIQUE VS CONSCIENCIEUX	7	75
35	I. CPTMT DE DENEGATION OU DE DENI DE LA MALADIE VS ADHESION	3	60
36	J. DEMANDE EXCESSIVE DE SOINS VS UTILISATION APPROPRIEE	11	70
37	K. COMPORTEMENT DE NON-OBSERVANCE(DANS TOUS LES ASPECTS DES SOINS)	15	77
<b>RECOMMANDATIONS (2 axes)</b>			
38	L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	10	82
39	M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	7	72

# QUESTIONNAIRE DE SANTE PSYCHOSOMATIQUE COMPLÉMENT DE LA METHODE D'ÉVALUATION DU RISQUE PSYCHOSOMATIQUE

12 juin 2013

**Manuel d'explication des 39 échelles. Objectifs scientifiques recherchés; explication du contenu de chacune des échelles.** (Établi par Jean Benjamin Stora à l'intention des médecins et des psychothérapeutes. Ce questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique est destiné à compléter l'entretien psychosomatique dont les résultats figurent dans la fiche simplifiée d'évaluation du risque psychosomatique).

## RECOMMANDATIONS

Le questionnaire de santé somatique est une aide aux médecins et psychothérapeutes pour l'établissement d'un diagnostic psychosomatique. Il doit être utilisé avec beaucoup de précautions car malgré une apparence quantitative, il s'agit de résultats du fonctionnement subjectif du patient ou de la patiente. Les résultats de ce test doivent être confrontés avec les résultats de l'entretien anamnestique. Les résultats doivent être complétés par toutes les sources d'information que l'on peut recueillir sur le patient ; nous avons besoin d'information concernant le contexte historique (passé présent du patient), le contexte familial et socio-professionnel ainsi que le contexte géopolitique dans certains cas. Il est important d'établir aussi la chronique des événements de vie et des troubles somatiques depuis l'enfance. Le tableau des événements de vie et des troubles somatiques doit permettre d'avancer des hypothèses concernant le temps de latence entre un traumatisme et la survenue d'une maladie.

Les résultats de ce questionnaire peuvent aider grandement à établir des hypothèses concernant les capacités du patient à développer des comportements d'adaptation ; il permet aussi de commencer à préciser les capacités de résistance et les ressources auxquelles il peut faire appel en cas de difficultés.

Les résultats de ce questionnaire peuvent aider les médecins et les thérapeutes à émettre des hypothèses concernant l'observance des prescriptions et des traitements.

Pour ce qui est de l'interprétation des chiffres, plus particulièrement les scores de prévalence, on peut avancer que tout score égal ou plus élevé que 60 est à retenir dans un premier temps en vue d'approfondir par un questionnement approprié du patient la nature du symptôme psychique. Toujours se rappeler de réintégrer un symptôme psychique dans le fonctionnement global du système psychique. Tout score de prévalence égal ou plus élevé que 75 peut être considérée comme pertinent.

Il vous est demandé de procéder avec précaution à l'administration de ce questionnaire ; le patient ne doit pas passer plus de 20 à 25 minutes pour le remplir. Vous constaterez en l'utilisant que parfois certains patients tentent de fausser leurs réponses que le questionnaire va révéler puisqu'il ne pourra pas obtenir un résultat approprié. Vous devez prendre en considération cette absence de résultats comme une révélation de dissimulation de données par le patient ; cela va vous permettre d'approfondir l'anamnèse en respectant profondément l'intégrité du patient. Vous devez comprendre pourquoi le patient a dissimulé ces données sans l'accuser de mensonges. Le patient a toujours des raisons inconscientes de dissimuler de nombreuses données car cela constitue pour lui un système de défense dans une relation de répétition avec le médecin ou le psychothérapeute, répétition de sa relation à l'autorité parentale.

Ma recommandation en conclusion est de vous demander de respecter profondément le patient dans toutes ses dimensions.

(Les caractères de couleur rouge sont les modifications apportées à la première version de ce manuel pour vous permettent de mieux comprendre l'ensemble des rubriques).

## **I. Indicateurs de validité et de pertinence du questionnaire rempli par le patient**

**1. L'indicateur de validité** comprend deux questions : la question 106 et la question 124 ; une réponse « vrai » doit être noté par le 1 ; une réponse fausse par le 0. Si le score de validité est égal à 2 on considère que le questionnaire n'est pas valable. Un score de 1 pose le problème de la validité du questionnaire. Un score de zéro valide le questionnaire.

### **2. Révélations sur soi-franchise : échelle X**

Cette échelle a pour but d'évaluer la capacité du patient à être franc et à se révéler dans les réponses qu'il apporte. Ce score peut révéler le désir du patient de garder secrète sa vie privée ; il peut aussi révéler la crainte du patient de faire confiance à autrui. En psychanalyse on pourrait avancer que le noyau schizo-paranoïde a une grande sensibilité, et il doit être exploré lors de l'anamnèse. Un score de 0 à 8 est classé comme faible, c'est-à-dire qu'il n'y a aucun problème ; un score de 9 est classé comme moyen et un score de 10 est classé comme élevé.

### **3. Désir de paraître sous son meilleur jour : échelle Y**

Cette échelle identifie le désir des patients d'apparaître intéressant et bien équilibré émotionnellement ; ce désir de valorisation personnelle doit interroger le psychothérapeute ou le médecin sur la relation du patient avec l'environnement parental dans ses premières années de vie. La dimension narcissique est en jeu. Un score de 0 à 9 est classé comme faible, de 10 à 12 classé comme moyen et de 13 à 15 comme élevé.

### **4. Dépréciation du patient dans sa relation au médecin : échelle Z**

Il s'agit ici de patients qui dans la relation au médecin et psychothérapeute ont tendance à se dévaloriser en rapportant de façon exagérée leurs problèmes accompagnés d'émotion. Ces patients tentent de ce fait d'attirer l'attention des soignants. (parfois détresse, parfois mythomanie). Cette échelle révèle des tendances opposées à celles de l'échelle Y. Un score élevé de cette échelle peut attirer l'attention du psychothérapeute ou du médecin car il peut s'agir d'un appel au secours du patient. Il s'agit de manifestations de détresse. Un score de 0 à 4 est considéré comme faible, un score de 5 comme moyen et un score de 6 à 15 comme élevé.

## **II. INDICATEURS REVELANT UN COMPORTEMENT NUISIBLE A LA SANTE (6 VARIABLES)**

**5. Indicateur de consommation d'alcool** : indicateur notant la présence d'un problème de consommation d'alcool.

### **6. Indicateur de consommation de drogue ou de médicaments non prescrits**

Il peut s'agir ici aussi d'automédication ou de dépendance vis-à-vis de certaines substances.

### **7. Indicateur de comportement alimentaire**

Il s'agit ici de patients en surpoids, révélant leur dépendance d'une sur-alimentation. Surcharge pondérale, etc. Indicateur de syndrome métabolique ; on doit alors explorer les habitudes alimentaires de l'environnement familial pendant l'enfance et les fixations orales possibles. (cf. Méthode d'évaluation du risque psychosomatique)

### **8. Indicateur de consommation de café**

Consommation excessive de café ; indicateurs révélant une consommation excessive de café mais aussi un recours pour calmer son anxiété dans la journée et continuer de poursuivre une activité comportementale d'action en lieu et place d'élaboration mentale.

### **9. Indicateur d'activités sportives**

Cet indicateur est important parce que le style de vie sédentaire des patients accroît le risque cardio-vasculaire. L'absence d'activité physique régulière et hebdomadaire peut révéler les difficultés de décharge motrice et l'accumulation des tensions dans le corps. Il est évident que des problèmes métaboliques surgissent du fait de cette absence.

### **10. Indicateur de consommation de cigarettes**

La consommation régulière et excessive de cigarettes sur de très nombreuses années accroît le risque cardio-vasculaire ainsi que le risque de cancer.

### III. INDICATEURS DE SANTE ET D'EQUILIBRE PSYCHIQUE (5 VARIABLES)

#### 11. Échelle anxiété-tension

Des niveaux élevés d'anxiété et de tension sont souvent associés à un certain nombre de désordres et de troubles somatiques ; le stress permanent, les problèmes familiaux, etc. ont des conséquences médicales. Un score élevé sur cette échelle révèle la fragilité des patients et l'on doit découvrir leurs troubles somatiques (à majorité cardio-vasculaire, système digestif, ou autres). Cet indicateur est très général, et l'on doit lors de l'anamnèse approfondir la nature du trouble : il peut s'agir d'abord de l'anxiété de séparation liée à la séparation de figures parentales, troubles qui se développent habituellement dans l'enfance ; il peut s'agir aussi de manifestations phobiques à explorer ; il peut s'agir d'un état de stress post-traumatique, d'attaques de panique, d'agoraphobie, de troubles obsessionnels compulsifs etc. en tout état de cause, le patient se sent menacé et l'on doit explorer ce que Sigmund Freud appelle angoisse signal d'alarme. Il peut s'agir enfin d'une anxiété liée directement aux troubles somatiques dont souffre le patient.

#### 12. Échelle de dépression

Cette échelle est centrée sur l'état végétatif et sur l'humeur du patient, à savoir baisse de l'appétit, retrait social, découragement, sentiment de culpabilité, apathie comportementale, perte d'intérêt dans les activités qui apportent un plaisir. Des scores élevés de cette échelle indiquent la fragilité du patient et l'aggravation probable des troubles somatiques.

Lors de l'anamnèse, on doit approfondir la nature de la dépression (méthode d'évaluation du risque psychosomatique). On doit identifier s'il s'agit d'une dépression essentielle, objectale ; établir l'histoire du phénomène dépressif au cours de l'enfance, de l'adolescence et à l'âge adulte ; la dépression s'est-elle installée dans le temps depuis plus de trois mois, depuis plus de six mois ; le patient prend-t-il des psychotropes ? Évaluer le rôle de la dépression dans l'équilibre psychosomatique.

#### 13. Échelle de dysfonction cognitive et psychique

Cette échelle évalue de façon globale le dysfonctionnement des deux principes du fonctionnement mental : pensée rationnelle et pensée associative. Il s'agira donc lors de l'anamnèse de comprendre s'il s'agit des deux types de fonctionnement ou s'il s'agit uniquement d'un dysfonctionnement de l'appareil psychique ; on doit alors explorer ce que l'on appelle l'épaisseur du préconscient à savoir l'imaginaire du patient et ses capacités d'élaboration mentale.

Cette échelle repose sur l'évaluation de la capacité de se remémorer des expériences du passé, de penser de façon abstraite, de se représenter des événements, de les inter-relier et de les penser de façon symbolique.

#### 14. Échelle des fluctuations émotionnelles

Les patients somatiques ont des troubles endogènes de l'humeur, passent par des périodes d'apathie, et basculent souvent dans des états de colère, d'anxiété ou d'euphorie. Il s'agit de troubles du système neuronal de l'émotion (système limbique, ganglions de la base) parfois accompagnés de pensées suicidaires.

Ces troubles révèlent une déliaison entre les pensées (représentations mentales) du système psychique, les émotions du système limbique et des ganglions de la base, et dans l'appareil psychique le sentiment d'une émotion. Lors de l'anamnèse il est important d'évaluer la nature de l'expression émotionnelle : se référer à la méthode d'évaluation du risque psychosomatique.

#### 15. Échelle de comportement défensif : évaluer la dimension masochique

Ces patients sont irritables et soupçonneux, il provoque souvent de l'exaspération de la part du personnel soignant. Il semble que ces patients ne font pas confiance aux médecins et sont sur la défensive.

Évaluer la probable répétition du comportement des patients dans la relation à « un agresseur » ; explorer le noyau schizo-paranoïde du patient. Une pathologie masochique peut apparaître et ou être révélée lors de l'anamnèse.

### IV. INDICATEURS DE COMPORTEMENTS D'ADAPTATION (11 VARIABLES)

Il s'agit d'établir avec les prochaines échelles les caractéristiques qui reflètent les stratégies cognitives, comportementales, et interpersonnelles des patients en vue d'éviter la douleur et les malaises dans des environnements médicaux et dans d'autres sphères de leur vie. **Ces stratégies sont un système de défense mentale.**

**16. Comportement de retrait et d'absence d'affect** (mise à distance de l'affect, alexithymie, ou autre manifestation à analyser).

Des scores élevés de cette échelle sont liés à des patients qui semblent ne pas être concernés par leurs problèmes, ils sont calmes, peu bavards, à distance de leurs émotions. Les professionnels de la santé doivent donner à ces patients des directives très claires dans leurs recommandations, et ne doivent pas s'attendre à ce que les patients prennent une initiative quelconque.

Explorer lors de l'anamnèse la répression des affects, évoquer un probable traumatisme ; explorer le développement des émotions dans la relation maternelle au cours des premières années de vie. Explorer ce qu'on appelle en psychanalyse la distance à l'objet et les capacités d'autonomie du patient.

**17. Comportement craintif, inhibé, perte d'estime de soi**

Les scores très élevés de cette échelle signifient que les patients sont souvent timides, mal à l'aise, et qu'on doit les aborder avec beaucoup de prudence parce qu'ils sont très sensibles et craignent que les autres ne puissent leur faire du mal.

Il est fort possible que leur isolement ait pour source une perte d'estime de soi consécutive à la maladie. Comme on dit en psychosomatique une perte de l'intégrité narcissique. On doit faire preuve à leur égard d'une attitude clinique empathique et les patients peuvent devenir tout à fait coopératifs. Établir une relation de confiance avec le patient lors de l'anamnèse car nous nous trouvons probablement en présence d'une répétition d'une expérience traumatique dans la relation à l'objet.

**18. Comportement d'anhédonie, d'incapacité de jouir de l'existence**

Des scores élevés expriment une incapacité à jouir de l'existence et des plaisirs de la vie ; les patients abandonnent facilement leurs activités professionnelles et/ou familiales en prétextant de leurs problèmes émotionnels et somatiques.

Évaluer dans ce cas lors de l'anamnèse la baisse de libido due à l'atteinte somatique ; la libido se retire sur l'organe ou la fonction nécessitant des soins médicaux. Dans ce cas évaluer la dimension économique de l'unité psychosomatique.

**19. Comportement coopérant en apparence, déni de la maladie.**

Le déni est un mécanisme de défense archaïque (consulter le glossaire de la méthode d'évaluation du risque psychosomatique). Il s'agit profondément de la relation au corps, on peut se poser le problème du défaut de constitution de l'image psychique et de l'image neuronale du corps.

Des scores élevés indiquent une tendance des patients à coopérer avec les soignants et à suivre les conseils médicaux de façon très précise. Ces patients ne prennent pas habituellement l'initiative de chercher un traitement et on devra leur dire exactement ce qu'ils doivent faire. Ces patients peuvent devenir très dépendants de leurs soignants.

Recherche inconsciente de la dépendance. S'interroger sur la relation première à l'objet : évaluer l'indifférenciation et la fusion à l'objet.

**20. Comportement d'observance, recherche de l'approbation**

Les scores élevés indiquent un comportement très ouvert, de recherche de relations sociales ; le contact est agréable. Ces patients sont en général très observants de leur traitement, mais on doit être sur ses gardes car cette observance peut-être de courte durée. Ces patients sont faciles à soigner.

Il s'agit d'une répétition de la relation au surmoi parental dans la recherche d'approbation et d'affection.

**21. Comportement de confiance et d'observance, attente d'être traité avec courtoisie**

Des scores élevés indiquent que les patients sont sûrs d'eux-mêmes et confiants ; ils sont très motivés pour suivre les traitements recommandés par les médecins car ils « croient » ou ils pensent que cela va assurer leur bien-être.

Il s'agit ici d'une réaffirmation narcissique des patients.

**22. Comportement sceptique, non-conforme, action impulsive**

Des scores élevés de cette échelle indiquent que les patients sont non-conventionnels dans leur comportement ; ils expriment des doutes sur les motivations d'autrui, tendent à agir de façon impulsive. Les médecins peuvent avoir des difficultés avec ce type de comportement. Attention au passage à l'acte.

Vous pouvez avancer ici l'hypothèse des tendances paranoïdes du patient dans sa relation aux autres et de traits de caractère narcissique.

### **23. Comportement autoritaire, agressif, peu observant**

Il s'agit de personnalités autoritaires, cherchant à dominer, difficiles à convaincre. On doit les encourager à observer leur traitement en sachant qu'ils peuvent ne pas les suivre. Évaluer ici la manifestation des pulsions agressives qui peut révéler, dans certains cas, des tendances pathologiques de nature sadique ; si le patient est peu observant, son comportement est à analyser dans le cadre du conflit parental œdipien.

### **24. Comportement responsable, et co-opérant**

Ces patients gardent leurs sentiments pour eux même et cherchent à apparaître comme des personnes très sérieuses, responsables dans leur façon d'être, et d'adaptation au milieu. En général ils prennent leurs médicaments et suivent les recommandations des médecins. Il s'agit dans ce cas d'une bonne relation avec le surmoi œdipien qui n'est pas persécuteur ; on doit retrouver cette même relation avec le médecin ou le psychothérapeute.

### **25. Comportement imprévisible, d'observance fluctuante, insatisfaction et troubles de l'humeur**

Au contraire des patients de la rubrique 24, ces patients avec des scores élevés sur cette échelle sont de nature imprévisible et difficile dans leurs relations. Ils suivent leur traitement de façon erratique, soit trop de médicaments soit peu ou pas du tout sans consulter leur médecin. Ce sont des personnes qui ne sont pas satisfaites de leur état psychologique et/ou physique, et changent souvent d'humeur sans raison apparente. L'instabilité de l'humeur doit attirer l'attention sur la présence d'un phénomène dépressif (profond ou pas) ; on peut aussi émettre l'hypothèse d'un trouble de l'humeur liée à l'affection somatique dont souffre le patient.

**26. Comportement plaintif**, pense qu'il ou qu'elle mérite de souffrir. On peut parler dans ce cas de comportement masochique.

Ces patients se comportent comme s'ils méritaient de souffrir ; ils pensent qu'ils méritent ce qui leur arrive et se rappellent l'ensemble des troubles dont ils ont souffert dans le passé. On doit ici évaluer le sens du symptôme somatique comme événement agressant l'individu pour lui causer des souffrances ; ainsi le patient peut entretenir sa relation masochique avec un agresseur interne : la maladie.

## **V. LES MODERATEURS DU STRESS COMME INDICATEURS DU PRONOSTIC DES TRAITEMENTS (6 VARIABLES)**

Trois domaines sont particulièrement concernés : évaluation cognitive, ressources, et facteurs contextuels. La Dimension cognitive et psychique est appréhendée par le biais de trois échelles : appréhension de la maladie, sensibilité à la douleur, et pessimisme du futur. Deux autres échelles : l'isolement sociale et l'absence de vie spirituelle, permettent d'identifier les ressources du patient qui peuvent contribuer à atténuer l'influence des différentes sources de stress. Une dernière échelle : les déficits fonctionnels, fournit de l'information sur différents aspects des contextes de la vie du patient qui peuvent affecter sa capacité de s'adapter aux demandes de traitement en vue de mieux gérer sa maladie quotidiennement.

### **27. Échelle d'appréhension de la maladie versus acceptation de la maladie**

Cette échelle reflète l'intérêt du patient pour tous les signes de changement de leur état somatique tels que : tensions, relaxation, éveil, fatigue. Leur intérêt pour toute modification de leur corps les conduit à ruminer des pensées ou bien à abuser des services médicaux. On peut assimiler ces patients à ceux manifestant un comportement hypocondriaque. Les symptômes somatiques sont, comme une atteinte narcissique attirant l'attention du patient sur toutes les manifestations corporelles.

À l'inverse de ce type de patients, certains présentent un niveau inhabituel d'acceptation de leur maladie, révélant un comportement de contrôle d'eux-mêmes.

### **28. Indicateur de perte de qualité de vie versus capacités fonctionnelles**

Les effets de la maladie, et les infirmités de l'âge peuvent limiter les capacités fonctionnelles des patients ; cette échelle de déficits fonctionnels évalue le degré de perception par les patients de leur incapacité d'action dans leur vie quotidienne. Il s'agit d'un indicateur de qualité de vie ; il mesure le sentiment de perte de l'indépendance et de la liberté de s'engager dans des activités quotidiennes. Le vécu psychique renvoie au sentiment de castration et d'atteinte profonde ainsi que de sentiment d'impuissance.

À l'inverse les patients révèlent leur capacité de s'engager sans obstacles dans des activités quotidiennes.



### **29. Échelle de sensibilité à la douleur versus résistance à la douleur**

L'échelle de sensibilité à la douleur indique la tendance du patient d'être très sensible et réactif à des douleurs légères ou modérées. Elle évalue le degré de susceptibilité à la douleur qui va finir par affecter l'ensemble du tableau clinique et obère les traitements. À l'inverse certains patients ne manifestent pas de signes de douleur associée à leur maladie.

### **30. Échelle de mesure de l'isolation sociale versus soutien social**

le soutien familial et amical a des conséquences importantes pour modérer les conséquences des sources de stress. Cette échelle mesure la perception par les patients du soutien social dont ils bénéficient. Des scores élevés sur cette échelle indiquent que les patients sont susceptibles de souffrir psychologiquement et somatiquement alors qu'il n'en est pas de même de scores plus faibles. De tels patients peuvent rechercher l'hospitalisation afin d'obtenir un soutien psycho-émotionnel. L'hôpital comme "bonne mère".

### **31. Échelle d'évaluation du pessimisme du futur versus optimisme du futur**

Une telle échelle tente d'évaluer la perception qu'a le patient de l'évolution de sa maladie. Une telle caractéristique peut avoir une influence sur de nombreuses problématiques médicales y compris l'adhésion et la confiance dans les traitements ; un score élevé sur cette échelle peut refléter la réponse subjective du patient à ses problèmes médicaux ; on doit faire la différence des résultats de cette échelle avec l'échelle de la dépression (12) . Ces deux dernières échelles indiquent une tendance à plus long terme.

### **32. Échelle d'absence de vie spirituelle versus croyance spirituelle**

La croyance spirituelle a été très souvent corrélée à une capacité de survie et de résistance à de très graves maladies.

## **VI. PRONOSTIC DES TRAITEMENTS (5 VARIABLES)**

Ces cinq échelles ont pour objectif d'identifier le comportement de la vie des patients qui peuvent compliquer ou accroître l'efficacité du traitement.

### **33. Échelle d'évaluation de l'appréhension des procédures médicales versus résilience**

Une faible proportion des patients manifeste de la crainte pour les procédures médicales qu'ils associent avec la maladie et la souffrance. Ils peuvent présenter des décompensations s'ils sont débordés par de tels « stressseurs ». À relier à l'atteinte narcissique de l'unité psychosomatique et à la sensibilité à la douleur.

### **34. Échelle mesurant l'abus de médicaments versus responsabilité et respect des prescriptions médicales**

Cette échelle évalue la prédisposition des patients à suivre les prescriptions médicales. Cela peut prendre la forme de modifier les doses, de combiner les médicaments de façon inappropriée, d'utiliser des médicaments dont la date de prescription est dépassée. Mise en garde: il s'agit de comportements dangereux qu'il est important de surveiller dans le suivi des prescriptions médicales.

### **35. Échelle d'évaluation de la relation du patient à la maladie versus recherche et compréhension des procédures médicales**

Cette échelle évalue la résistance des patients et leur incapacité « d'accueillir en eux » (cela suppose des résistances psychiques importantes) les détails spécifiques relatifs au diagnostic, au pronostic, et aux procédures médicales. Certains patients veulent délibérément ignorer jusqu'au nom de leur maladie. (Comportement pathologique). Ce « désir » de ne rien savoir renvoie au comportement aveugle, et peut évoquer sur le plan psychanalytique soit la dénégation (verleugnung) soit le déni de réalité, à préciser lors de l'anamnèse.

### **36. Échelle de mesure des demandes excessives des patients de prescription médicale versus une utilisation appropriée**

Certains patients deviennent très exigeants dans leur demande de services médicaux : demande d'attention excessive, etc. Ces patients peuvent envahir l'espace médical en réclamant des soins ; comportements qui peuvent finir par lasser les soignants. (Patients révélant une tendance à la dépendance ; répétition du comportement de dépendance maternelle dans la relation aux médecins et aux psychothérapeutes.)

### **37. Échelle d'évaluation de la non-observance versus observance**

Ce problème est devenu primordial dans l'exercice de la médecine aujourd'hui et les médecins savent pertinemment que de nombreux patients manifestent de la résistance dans l'observance des prescriptions médicales.

## VII. RECAPITULATIF DES PROBLEMES MAJEURS DU PATIENT (2 VARIABLES)

**38. Échelle d'évaluation des difficultés d'adaptation du patient - échelle de risque** : dimension psychique et dimension somatique.

Cette échelle synthétise les indicateurs de santé mentale, des comportements d'adaptation et de la relation à la maladie.

Cette échelle évalue le risque de complications lors de l'observance des traitements. Elle mesure les conséquences du fonctionnement psychologique du patient dans sa vie quotidienne et évalue les risques qu'il ne s'engage dans des comportements nuisibles à sa santé.

**39. Échelle d'évaluation de la référence du patient pour aide psychologique**

Cette échelle évalue les bénéfices que pourrait retirer le patient d'un soutien psychologique. Elle est établie en se référant aux indicateurs de santé psychique ci-dessus.

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*