



HAL
open science

Troubles anxieux et conseil homéopathique à l'Officine. Étude de quatre souches majeures : *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

Hélène Andreu Sabater

► To cite this version:

Hélène Andreu Sabater. Troubles anxieux et conseil homéopathique à l'Officine. Étude de quatre souches majeures : *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01414176

HAL Id: dumas-01414176

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414176>

Submitted on 12 Dec 2016

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 ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2016

N°

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 8 juillet 2016

par

ANDREU SABATER Hélène

Né(e) le 27 juillet 1989 à CAEN (14)

Troubles anxieux et conseil homéopathique à l'Officine.
Étude de quatre souches majeures : *Aconitum napellus*,
***Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*.**

Président du jury : Mme Élisabeth Seguin, Professeur de Pharmacognosie à l'UFR
de Médecine et de Pharmacie de Rouen

Membres du jury : Mlle Marie-Laure Groult, Maître de conférences à l'UFR de
Médecine et de Pharmacie de Rouen

Mme Sabine Chesneau, Docteur en médecine et Homéopathe

Mme Céline Lourette, Docteur en pharmacie

Dédicace

Je dédie cette thèse à ma petite mamie chérie. Je pense à toi chaque jour.

Remerciements

Aux membres de mon jury

Madame Élisabeth Seguin, merci d'avoir gentiment accepté de présider ce jury et de m'avoir accordé de votre temps.

Madame Marie-Laure Groult, merci infiniment de m'avoir encadrée tout au long de ce travail, de m'avoir rassurée et toujours encouragée. Merci pour l'enthousiasme dont vous avez fait preuve, je suis repartie motivée de chacun de nos rendez-vous. Vos conseils m'ont énormément apporté. J'ai été ravie de vous avoir comme Directrice de thèse.

Mesdames Sabine Chesneau et Céline Lourette, merci pour le temps que vous avez libéré pour moi, pour votre sympathie, vos précieux conseils et votre immense aide pour l'élaboration des cas cliniques de ce travail. Je suis honorée de vous compter parmi mes juges aujourd'hui.

À toutes, je vous suis très reconnaissante de m'avoir transmis votre expérience et votre passion évidente pour l'homéopathie. J'ai pu m'ouvrir grâce à vous à cette science et ne compte pas m'arrêter là !

À toutes les personnes qui m'ont aidé dans ce travail

Monsieur Valéry Lefebvre, anciennement directeur d'établissement du laboratoire Boiron d'Isneauville (76), merci de m'avoir aidée dans le choix de mon sujet et de m'avoir permis de me lancer dans ce travail.

Madame Marie Gaucheron, pharmacien Directeur du laboratoire Boiron d'Isneauville (76), merci de m'avoir accordé un rendez-vous et de m'avoir fait part de vos recommandations.

Fredo merci de m'avoir transmis tes connaissances quand j'étais étudiante et maintenant pour ma thèse. Enfin une de tes collègues qui te comprends dans tes délires d'homéopathe !

Madame Denis Raibaud, (BU de médecine et de pharmacie), merci pour vos conseils pour la bibliographie de ma thèse et pour le temps que vous m'avez gentiment accordé.

À mes parents, vous avez été les meilleurs pendant toutes ces années. Merci de m'avoir aidée, épaulée, soutenue dans toutes les circonstances. Vous m'avez toujours fait confiance et montré votre fierté et votre amour, je vous en suis très reconnaissante. C'est grâce à vous que j'ai pu mener mes études à bien. Merci maman d'avoir été ma référente pour la relecture et la correction de ma thèse !

À mes grands-parents, merci d'avoir relu ma thèse, merci pour votre soutien et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À ma famille, mon frère Guillaume, ma sœur Clémence et la famille Lemaire : merci pour votre soutien.

À Corinne, mille mercis d'avoir passé de longues heures avec moi à faire la mise en page de ma thèse. Je vous remercie pour votre soutien sans faille et votre patience !

À mes équipes officinales,

L'équipe de la pharmacie Chrétien de Bonsecours, ma « pharmacie de cœur » : Coco, Françoise, Sissi, Caro, Fredo, Dorothée, Laurent, Monsieur et Madame Chrétien, merci à tous pour tout ce que vous m'avez appris pendant mes études et pour tous ces bons moments passés avec vous.

L'équipe pharmacie de la Vatine, Marie-Hélène et Emmanuelle, je passe ENFIN ma thèse ! Merci à tous de m'avoir formée pendant cette année avec vous, j'ai appris tellement pendant mon passage à Mont-Saint-Aignan.

Les équipes de Charleval et de l'Hôtel de Ville à Yvetôt, merci pour tous ces bons moments ensemble, j'ai adoré travailler avec vous toutes et tous et je garde de supers souvenirs de mes expériences dans vos officines respectives.

À **Magathe**. Pam' ! Qu'est-ce qu'on aurait fait l'une sans l'autre pendant ces études ? Heureusement que tu étais là ! Ah... nos longues heures de révisions à la BU, de nos pauses au soleil dans l'herbe, de nos moments de motivation puis de démotivation pendant l'écriture de nos thèses. Sans toi, ça aurait été bien plus difficile. Je suis ravie d'avoir partagé tout ça avec toi. Et ça n'est pas fini ! Désormais, on ne fera que des choses sympas ensemble !

À **mes amis**, vous êtes tout simplement géniaux. Merci pour toutes ces soirées de folie, vacances, sorties qu'on a faites ensemble. Je suis tellement heureuse de vous avoir

À **Quentin**, merci de partager ma vie, d'être aussi attentionné et aimant, de m'avoir soutenue et supportée tout au long de mes études et de cette thèse à laquelle tu as contribué avec l'élaboration de mes « petites maisons » et schémas en tout genre ! Je me serais arraché les cheveux sans toi je crois... À moi maintenant de t'épauler dans tes projets et notre nouvelle vie qui commence.

*L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen
n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions
émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (surnombre)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (surnombre)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et Traumatologique
Mr Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (surnombre)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (surnombre)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence

Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (détachement)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence

Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Éric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Élisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique

Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Éric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine **DAHYOT**

Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**

Biochimie

Mme Hanane **GASMI**

Galénique

Mme Caroline **LAUGEL**

Chimie organique

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Élisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Élisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE À MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Élisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Table des matières

<i>INTRODUCTION</i>	34
<u>PARTIE 1 – PHYSIOPATHOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX</u>	36
1 GENERALITES SUR L’ANXIETE, L’ANGOISSE ET LA PEUR	36
1.1 Définition de l’anxiété	36
1.2 Anxiété pathologique	36
1.3 Distinction entre angoisse et anxiété	37
1.4 Distinction entre peur et anxiété	38
2 LE STRESS	39
2.1 Définition du stress et du syndrome général d’adaptation.....	39
2.1.1 Définition du stress	39
2.1.2 Découverte de la notion de stress : syndrome général d’adaptation.....	39
2.2 Mécanisme d’action du stress	40
2.2.1 Différents types de réponses au stress	40
2.2.2 Définition du stresser	41
2.2.3 Mécanisme physiologique	41
2.2.3.1 Les voies mises en jeu	41
2.2.3.2 Déroulement de la réaction de stress	42
2.2.3.3 Implication du système immunitaire	44
2.2.4 Mécanisme cognitif	45
2.2.4.1 L’évaluation cognitive	45
2.2.4.2 Le <i>coping</i>	46
2.2.4.3 Autres	46
2.3 Stress normal et stress pathologique	47
2.3.1 Bon stress et mauvais stress.....	47
2.3.2 Stress aigu et stress chronique	48
2.3.3 Stress physique et stress psychique	48
2.3.4 Du stress à l’anxiété.....	48
2.3.4.1 Mécanisme cognitif	48
2.3.4.2 Théorie d’un mécanisme physiologique	49
2.3.5 Impact du stress sur la santé	49
2.3.5.1 Symptômes d’un stress chronique	50

2.3.5.2	Répercussions sur le comportement.....	50
2.3.5.3	Maladies psychosomatiques	50
3	LES TROUBLES ANXIEUX	56
3.1	Généralité.....	56
3.1.1	Historique	56
3.1.2	Définition des troubles anxieux.....	57
3.1.2.1	Généralités	57
3.1.2.2	Classifications internationales	57
3.1.2.3	Les six catégories de troubles anxieux.....	59
3.1.2.4	Points communs aux six troubles anxieux	59
3.2	Description clinique des troubles anxieux	60
3.2.1	Attaque de panique et trouble panique avec ou sans agoraphobie	60
3.2.1.1	L'attaque de panique	60
3.2.1.2	Le trouble panique	61
3.2.1.3	L'agoraphobie.....	62
3.2.2	TAG : Trouble anxieux généralisé	63
3.2.3	TOC : Trouble obsessionnel compulsif.....	64
3.2.3.1	Définitions des obsessions et compulsions.....	64
3.2.3.2	Classifications thématiques.....	65
3.2.3.3	Lien entre obsessions et compulsions.....	66
3.2.3.4	Diagnostic.....	67
3.2.4	Les phobies spécifiques	68
3.2.4.1	Définition phobie.....	68
3.2.4.2	Critères cliniques de la phobie spécifique.....	68
3.2.4.3	Deux composantes de la clinique.....	69
3.2.5	La phobie sociale	69
3.2.5.1	Généralités	69
3.2.5.2	Les deux principales caractéristiques de la phobie sociale.....	70
3.2.5.3	Deux types de phobies sociales.....	70
3.2.5.4	Différence entre timidité et phobie sociale	71
3.2.5.5	Différence entre trac et phobie sociale.....	71
3.2.6	ESPT : l'état de stress post-traumatique	71
3.2.6.1	Caractéristiques.....	71
3.2.6.2	Les 3 phases du développement de l'ESPT	72

3.2.6.3	Stress aigu, ESPT et critères diagnostiques	73
3.3	Épidémiologie, facteurs de risques et comorbidité des troubles anxieux	73
3.3.1	Données épidémiologiques : prévalence et sex-ratio	73
3.3.2	Facteurs de risque	75
3.3.3	Les comorbidités	76
3.4	Neurochimie des troubles anxieux.....	77
3.4.1	Le GABA.....	78
3.4.1.1	Métabolisme et catabolisme du GABA	78
3.4.1.2	Récepteurs et rôles du GABA	78
3.4.1.3	Ligands des R GABA-A en thérapeutique anxiolytique	79
3.4.1.4	Implication du GABA dans l'anxiété	79
3.4.1.5	Recherche.....	79
3.4.2	La sérotonine	80
3.4.2.1	Métabolisme de la sérotonine	80
3.4.2.2	Récepteurs et rôles de la sérotonine	80
3.4.2.3	Ligands sérotoninergiques utilisés dans l'anxiolyse.....	80
3.4.2.4	Recherche.....	81
3.4.3	La noradrénaline	81
3.4.3.1	Synthèse et catabolisme	81
3.4.3.2	Récepteurs et molécules impliquées	81
3.4.4	Le glutamate	82
4	PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU STRESS ET DES TROUBLES ANXIEUX	83
4.1	La première visite chez le médecin : diagnostic, information, techniques de gestion du stress et mesures hygiéno-diététiques.....	83
4.1.1	Diagnostic	83
4.1.2	Information du patient	83
4.1.3	Mesures hygiéno-diététiques	84
4.1.3.1	Le sommeil	84
4.1.3.2	L'équilibre alimentaire	84
4.1.3.3	La consommation d'excitants	85
4.1.3.4	Pratique d'une activité physique régulière	85
4.1.4	Gestion du stress.....	85
4.2	Psychothérapies	86

4.2.1	Psychothérapies simples, non structurées.....	86
4.2.2	Psychothérapies structurées : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)....	86
4.2.2.1	Généralités sur les TCC.....	86
4.2.2.2	Déroulement d'une prise en charge en TCC	87
4.2.2.3	Exemples de techniques utilisées en TCC	87
4.3	Les traitements médicamenteux.....	88
4.3.1	Anxiolytiques	89
4.3.1.1	Benzodiazépines anxiolytiques	89
4.3.1.2	Autres anxiolytiques.....	90
4.3.2	Antidépresseurs	91
4.3.2.1	ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.....	92
4.3.2.2	IRSNA : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradréline	92
4.3.2.3	ADT : Antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques	93
4.3.3	Prise en charge médicamenteuses des troubles anxieux.....	93
4.3.3.1	Trouble anxieux généralisé (TAG)	93
4.3.3.2	Trouble panique avec ou sans agoraphobie	94
4.3.3.3	Phobie sociale.....	94
4.3.3.4	Phobie spécifique	95
4.3.3.5	TOC	95
4.3.3.6	ESPT	96
4.4	Cas particulier : Neurochirurgie du TOC résistant	96
4.4.1	TOC sévère et résistant.....	96
4.4.2	Techniques neurochirurgicales.....	97
4.4.2.1	La stimulation cérébrale profonde ou SCP.....	97
4.4.2.2	La stimulation magnétique transcrânienne répétée ou rTMS	98

PARTIE 2 : PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ PAR L'HOMÉOPATHIE :
ÉTUDE DE QUATRE SOUCHES MAJEURES

1	GÉNÉRALITÉS À PROPOS DE L'HOMÉOPATHIE	99
1.1	Définition et principes fondamentaux.....	99
1.1.1	Le principe de similitude	99
1.1.2	Le principe d'infinitésimalité	100
1.1.3	La pathogénésie	100
1.1.4	Le principe de globalité	100

21

1.2	Le médicament homéopathique	103
1.2.1	Présentation du médicament homéopathique	103
1.2.2	Action du médicament homéopathique	104
1.3	Règles de prescription.....	105
1.4	Comparaison entre l'allopathie et l'homéopathie	106
2	L'HOMÉOPATHIE DANS LES TROUBLES ANXIEUX	107
2.1	Utilisation de l'homéopathie dans la prise en charge des troubles anxieux	107
2.1.1	Une alternative aux médicaments psychotropes.....	108
2.1.2	Une thérapeutique sans effets indésirables, dans les pathologies courantes	110
2.2	Quelles sont les souches utilisées dans l'anxiété ?	111
3	ÉTUDE DE QUATRE SOUCHES MAJEURES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ : <i>Aconitum napellus</i>, <i>Argentum nitricum</i>, <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i> ..	117
3.1	<i>Aconitum napellus</i>	117
3.1.1	Botanique.....	117
3.1.1.1	Description	117
3.1.1.2	Composition et toxicité	117
3.1.2	Utilisation d' <i>Aconitum napellus</i> en homéopathie.....	118
3.1.2.1	Généralités	118
3.1.2.2	Type sensible	118
3.1.2.3	Pathogénésie.....	119
3.1.2.4	Étiologie et modalités.....	122
3.1.2.5	Indications cliniques.....	122
3.1.3	Profil valorisé d' <i>Aconitum napellus</i>	124
3.2	<i>Argentum nitricum</i>	125
3.2.1	Chimie et toxicologie	125
3.2.2	Utilisation en homéopathie.....	125
3.2.2.1	Généralités	125
3.2.2.2	Type sensible	126
3.2.2.3	Pathogénésie.....	126
3.2.2.4	Étiologies et modalités	129
3.2.2.5	Indications cliniques.....	130
3.2.3	Profil valorisé d' <i>Argentum nitricum</i>	132
3.3	<i>Arsenicum album</i>	133
3.3.1	Chimie et toxicologie	133

3.3.2	Utilisation en homéopathie.....	133
3.3.2.1	Généralités	133
3.3.2.2	Type sensible.....	134
3.3.2.3	Pathogénésie.....	135
3.3.2.4	Étiologies et modalités (Zissu & Guillaume, 2005).....	138
3.3.2.5	Indications.....	138
3.3.3	Profil valorisé d' <i>Arsenicum album</i>	141
3.4	<i>Phosphorus</i>	142
3.4.1	Chimie et toxicité	142
3.4.2	Utilisation en homéopathie.....	142
3.4.2.1	Généralités	142
3.4.2.2	Type sensible.....	143
3.4.2.3	Pathogénésies	144
3.4.2.4	Étiologies et Modalités	146
3.4.2.5	Indications cliniques.....	147
3.4.3	Profil valorisé de <i>Phosphorus</i>	149
4	PROFILS COMPARÉS DES QUATRE SOUCHES.....	150
4.1	Action générale	150
4.1.1	Au niveau organique.....	150
4.1.1.1	Action au niveau des muqueuses ORL, respiratoires, digestives, urogénitales et de la peau	150
4.1.1.2	Au niveau des parenchymes	152
4.1.1.3	Au niveau cardiovasculaire.....	153
4.1.1.4	Au niveau de la fièvre.....	153
4.1.2	Au niveau du système nerveux, de l'état général et du psychisme	154
4.1.2.1	Action sur le système nerveux	154
4.1.2.2	Action sur l'état général	154
4.1.2.3	Action sur le psychisme : Anxiété.....	155
4.1.3	Rythme et durée d'action.....	156
4.2	Réaction individuelle du malade.....	157
4.2.1	Sensations	157
4.2.2	Modalités	158
4.2.3	Désirs et aversions	158
4.3	Type sensible	159

4.4	Indications cliniques	160
4.4.1	Indications dans l'anxiété et les troubles anxieux	160
4.4.1.1	Attaque de panique et trouble panique.....	160
4.4.1.2	Agoraphobie.....	161
4.4.1.3	TAG	161
4.4.1.4	Phobies spécifiques.....	162
4.4.1.5	Phobie sociale.....	162
4.4.1.6	TOC.....	163
4.4.1.7	ESPT.....	163
4.4.2	Autres troubles psychiques.....	164
4.4.3	Indications dans les autres pathologies.....	164
4.4.3.1	Pathologies digestives.....	164
4.4.3.2	ORL et respiratoires.....	165
4.4.3.3	Cardiovasculaires.....	165
4.4.3.4	Ophtalmologiques.....	165
4.4.3.5	Urogénitales.....	166
4.4.3.6	Neurologiques.....	166
4.4.3.7	Infectiologie.....	166
4.4.3.8	Dermatologie.....	167
4.5	Complémentarité et synergie	167

PARTIE 3 : PRATIQUE DU CONSEIL HOMÉOPATHIQUE À L'OFFICINE APPLIQUÉE À DES CAS CLINIQUES DE TROUBLES ANXIEUX

1	PRATIQUE DE L'HOMÉOPATHIE A L'OFFICINE.....	168
1.1	L'entretien avec le patient.....	169
1.2	Le choix du remède.....	170
1.2.1	Valorisation	170
1.2.2	Hierarchisation.....	170
1.2.3	Choix du remède : posologies et schéma de Hering.....	171
1.2.3.1	Méthode de prescription basée sur le schéma de Hering	171
1.2.3.2	Posologies.....	173
2	APPLICATION À QUELQUES CAS CLINIQUES DE TROUBLES ANXIEUX.....	174
2.1	Cas clinique de trouble panique (TP)	174
2.1.1	Entretien avec le patient	174

2.1.2	Prescription.....	175
2.1.3	Alternatives.....	176
2.2	Cas cliniques d'état de stress post-traumatique.....	176
2.2.1	Cas n°1 : ESPT.....	176
2.2.1.1	Entretien avec le patient.....	176
2.2.1.2	Prescription.....	177
2.2.2	Cas n°2 : ESPT, prescription uniciste.....	178
2.2.2.1	Entretien avec le patient.....	178
2.2.2.2	Prescription.....	179
2.3	Cas clinique de trouble anxieux généralisé (TAG).....	180
2.3.1	Cas n°1 : TAG.....	180
2.3.1.1	Premier entretien avec le patient.....	180
2.3.1.2	Première prescription.....	180
2.3.1.3	Deuxième entretien avec le patient.....	182
2.3.1.4	Deuxième prescription.....	182
2.3.2	Cas n°2 : TAG, prescription uniciste.....	185
2.3.2.1	Entretien avec le patient.....	185
2.3.2.2	Prescription.....	185
2.4	Cas clinique de trouble obsessionnel compulsif (TOC).....	186
2.4.1	Entretien avec le patient.....	186
2.4.2	Prescription.....	186
2.5	Cas cliniques de phobie spécifique.....	187
2.5.1	Cas n°1 : phobie spécifique.....	187
2.5.1.1	Entretien avec le patient.....	187
2.5.1.2	Prescription.....	188
2.5.2	Cas n°2 : phobie spécifique.....	188
2.6	Cas clinique d'agoraphobie.....	189
2.6.1	Entretien avec le patient.....	189
2.6.2	Prescription.....	190
2.6.3	Alternative.....	191
2.7	Cas clinique de phobie sociale.....	192
2.7.1	Entretien avec le patient.....	192
2.7.2	Prescription.....	192
2.7.3	Alternatives.....	193

2.8	Cas d'anxiété liée aux examens de fin d'année	194
2.8.1	Entretien avec le patient	194
2.8.2	Prise en charge uniciste	195
2.8.3	Résultats du traitement	196
2.9	Conclusion sur l'utilisation d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i> dans les troubles anxieux.....	196
	<i>CONCLUSION</i>	198
	Bibliographie.....	200
	Sitographie.....	207

Liste des tableaux

Tableau 1 - Différences entre peur et anxiété - Rachman (1998).....	38
Tableau 2- Stratégies de coping dites "fonctionnelles" et "dysfonctionnelles"	46
Tableau 3 - Symptômes cliniques de la névrose d'angoisse selon Freud, 1895	57
Tableau 4 - Prévalence sur 12 mois et sur la vie des troubles anxieux (enquêtes récentes ayant utilisé le CIDI)	74
Tableau 5 - Éléments divergents des théories d'un excès et d'un déficit de sérotonine	81
Tableau 6 - Éléments de comparaison entre l'allopathie et l'homéopathie.....	107
Tableau 7 - Les différentes pathologies retrouvées en neuropsychiatrie lors d'une enquête dans la pharmacie de Sarreguemines entre octobre 2010 et octobre 2012	111
Tableau 8 – Signes concomitants d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	150
Tableau 9 – Action sur les muqueuses ORL d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	150
Tableau 10 – Action sur les muqueuses respiratoires d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	151
Tableau 11- Action sur les muqueuses urogénitales d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	151
Tableau 12 – Action sur la peau d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	151
Tableau 13 - Action sur les muqueuses digestives d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	152
Tableau 14 – Action sur les parenchymes d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	152
Tableau 15 – Action sur le système cardiovasculaire d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	153
Tableau 16 – Action sur la fièvre d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	153
Tableau 17 – Action sur le système nerveux d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	154

Tableau 18 – Action sur l'état général d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	154
Tableau 19 – Action sur le psychisme d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	155
Tableau 20 – Rythme et durée d'action d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	156
Tableau 21- Sensations d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	157
Tableau 22 – Modalités d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	158
Tableau 23 – Désirs et aversions d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	158
Tableau 24 – Type sensible d' <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	159
Tableau 25 – Attaque de panique et trouble panique chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	160
Tableau 26 – Agoraphobie chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	161
Tableau 27 – Trouble anxieux généralisé chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	161
Tableau 28 – Phobies spécifiques chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	162
Tableau 29 – Phobie sociale chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	162
Tableau 30 – Trouble obsessionnel compulsif chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	163
Tableau 31 – État de stress post-traumatique chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	163
Tableau 32- Autres troubles psychiques chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	164

Tableau 33 – Pathologies digestives chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	164
Tableau 34 – Pathologies respiratoires et ORL chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	165
Tableau 35 – Pathologies cardiovasculaires chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	165
Tableau 36 – Pathologies ophtalmologiques chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	165
Tableau 37 – Pathologies urogénitales chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	166
Tableau 38 – Pathologies neurologiques chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	166
Tableau 39 – Pathologies infectieuses chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	166
Tableau 40 – Pathologies dermatologiques chez <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Phosphorus</i>	167

Liste des figures

Figure 1 - La réponse au stress est triphasique.....	40
Figure 2 - Stress et glande surrénale.....	44
Figure 3 - Evaluation du stress (modèle de Lazarus)	45
Figure 4 - Tableau de stress aigu : effets généraux	47
Figure 5 - Courbe de performance.....	47
Figure 6 – Mécanismes par lesquels les stress interviennent dans les atteintes du système cardiovasculaire	51
Figure 7 - Spirale de la panique (modèle de Clark, 1986).....	61
Figure 8 - Lien entre obsession, anxiété et compulsion : un cercle vicieux	65
Figure 9 - L'anxiété augmente après exposition au stimulus anxiogène et baisse après le comportement de nettoyage.....	67
Figure 10 - La croix de Hering	102
Figure 11 - Fleurs d' <i>Aconitum napellus</i> L.....	117
Figure 12 - Illustration du « type sensible » <i>Argentum nitricum</i>	126
Figure 13 - Illustration du « type sensible » <i>Arsenicum album</i>	135
Figure 14 - Illustration du « type sensible » <i>Phosphorus</i>	144
Figure 15 - Méthode de prescription : maison de Hering selon la méthode du CEDH	172

Liste des abréviations

5-HIAA : Acide 5-hydroxyindol acétique

5-HT : Sérotonine ou 5-hydroxytryptamine

AD : Antidépresseur

ADT : Antidépresseur tricyclique ou antidépresseur imipraminique

ACTH : *Adreno Corticotrophine Hormone*

AIT : Accident ischémique transitoire

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AMPA : α -amino-3-hydroxy-5-méthyl-4-isoxasolepropionate

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ATCD : Antécédents

AVC : Accident vasculaire cérébral

BHE : Barrière hémato-encéphalique

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

BZD : Benzodiazépine

Ca²⁺ : Ion calcium

CEDH : Centre d'enseignement et de développement de l'homéopathie

CH : Centésimale hahnemannienne

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CIDI : *Composite International Diagnostic Interview*

CIM : Classification internationale des maladies

Cl : Ion chlore

COMT : catéchol-O-méthyltransférase

CRF : *Corticotropin Releasing Factor*

CYP1A2 : Cytochrome P450 1A2

DH : Décimale hahnemannienne

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DT1 : Diabète de type 1

DT2 : Diabète de type 2

ECG : Électrocardiogramme

ESEMeD : *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*

ESPT : État de stress post-traumatique

GABA : Acide γ -aminobutyrique

GAT-1 : Transporteur GABA type 1

GC : Glucocorticoïdes

HAS : Haute autorité de santé

HHCS : Hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien

HSV-1 : *Herpes simplex virus* de type 1

HTA : Hypertension artérielle

IC : Insuffisance cardiaque

IDM : Infarctus du myocarde

IH : Insuffisance hépatique

IL : Interleukine

IMAO : Inhibiteur de la monoamine oxydase

INF : Interféron

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

IR : Insuffisance rénale

IRSNA : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

K : (dilution) korsakovienne

K⁺ : Ion potassium

KAR : Récepteur au Kaïnate

MAG : Médicament d'action générale

MAI : Maladie auto-immune

MAO : Monoamine oxydase

MICI : Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

Mg : Milligramme

NA : Noradrénaline

Na⁺ : Ion sodium
NEMESIS : *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*
NCS : *National Comorbidity Survey*
NMDA : N-méthyl-D-aspartate
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PA : Principe actif
R : Récepteur
RA : Réaction d'alarme
RCPG : Récepteurs couplés aux protéines G
rTMS : Stimulation magnétique transcrânienne répétée
SCP : Stimulation cérébrale profonde
SE : Stade d'épuisement
SGA : Syndrome général d'adaptation
SII : Syndrome de l'intestin irritable
SNA : Système nerveux autonome
SNC : Système nerveux central
SNS : Système nerveux sympathique
SNPS : Système nerveux parasympathique
SR : Stade de résistance
SSA : Aldéhyde semi-succinique
TAG : Trouble anxieux généralisé
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
TM : Teinture-mère
TNF : *Tumor necrosis factor*
TOC : Trouble obsessionnel compulsif
TP : Trouble panique
UGD : Ulcère gastro-duodéal
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
Y-BOCS : Échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown

INTRODUCTION

Les troubles anxieux sont représentés par six tableaux différents : le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel compulsif, la phobie sociale, la phobie spécifique et l'état de stress post-traumatique. Ils constituent, devant les troubles dépressifs, les entités cliniques les plus fréquemment retrouvées en psychiatrie. En France, la prévalence de ces troubles sur la vie entière est de l'ordre de 25%. Ainsi, un individu sur quatre est touché au moins une fois au cours de sa vie, par l'apparition d'une anxiété pathologique. Celle-ci entraîne une souffrance psychique extrême et nécessite une prise en charge rapide afin de soulager les symptômes ressentis par le patient mais aussi d'éviter la survenue de comorbidités (dépression, association de plusieurs troubles anxieux, pathologies cardiovasculaires, respiratoires ou encore neurologiques).

Si un traitement allopathique (par antidépresseurs et anxiolytiques) est nécessaire à la prise en charge des troubles anxieux graves, il existe des thérapies complémentaires ou alternatives, capables de soulager le malade. En France, la surconsommation de psychotropes est avérée, malgré les risques connus de dépendance et d'effets indésirables liés à une utilisation prolongée de ces molécules. Il est donc indispensable pour le pharmacien d'officine, souvent sollicité en première intention par le patient, de reconnaître les manifestations de l'anxiété pathologique et les alternatives disponibles à l'utilisation des psychotropes. Ainsi la phytothérapie, l'aromathérapie ou encore l'homéopathie font partie des solutions qui s'offrent à lui pour répondre à une plainte anxieuse.

Nous nous intéresserons dans cette thèse à l'homéopathie, qui représente une thérapie efficace et dénuée d'effets indésirables. Thérapie que le pharmacien peut conseiller à l'officine.

La pratique homéopathique, en se concentrant sur le patient dans sa globalité et notamment sur les symptômes psychiques qu'il présente, constitue une approche particulièrement adaptée à la prise en charge des troubles anxieux. Elle pourra être délivrée en première intention, en complément d'un traitement allopathique déjà établi ou encore comme aide dans le sevrage d'une benzodiazépine ou d'un antidépresseur.

Dans la première partie de cette thèse, nous présenterons l'anxiété, la réaction de stress puis les manifestations cliniques de chacun des troubles anxieux. Nous évoquerons également les traitements allopathiques et les moyens psychothérapeutiques disponibles pour soigner l'anxiété. En deuxième partie, nous étudierons l'intérêt de l'homéopathie dans la prise en charge des troubles anxieux. Nous ciblerons notre travail sur l'étude de quatre souches indispensables dans le traitement de la pathologie anxieuse : *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*.

Pour terminer, nous expliquerons comment s'effectue le choix du remède homéopathique délivré et illustrerons l'utilisation de ces souches à travers des cas cliniques de troubles anxieux rencontrés à l'officine.

PARTIE 1 : PHYSIOPATHOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX

1 GENERALITES SUR L'ANXIETE, L'ANGOISSE ET LA PEUR

1.1 Définition de l'anxiété

Il n'existe pas, à ce jour, de définition universelle de l'anxiété. Celle du Professeur Maurice Ferreri, chef du service de psychiatrie au CHU Saint-Antoine à Paris, dans son *Dictionnaire de l'anxiété* est la suivante : « État émotionnel caractérisé par l'impression d'un danger imminent, inconnu, l'attente craintive de ce danger et un sentiment d'impuissance face à ce danger » (Ferreri & Ferreri, 2001).

L'anxiété s'exprime selon différents registres : **physiologiques** (étourdissements, palpitations, difficultés à respirer), **psychologiques** (peur de devenir fou, de perdre le contrôle), **émotionnels** (peur, inquiétude, irritabilité) et **comportementaux** (agitation, évitement, crispation). Les versants physiques, cognitifs et émotionnels de l'anxiété mobilisent des fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation. Sa composante physiologique permet de détecter une menace et préparer les attitudes de défense. Elle facilite donc l'adaptation et joue un rôle « tampon » face à des situations d'urgence, stressantes et est nécessaire face aux performances et aux épreuves (Graziani, 2003 ; Servant, 2012a).

1.2 Anxiété pathologique

L'anxiété peut perdre son rôle motivant et protecteur et devenir pathologique. Elle devient envahissante et inhibe l'adaptation du sujet face au monde environnant.

Comme le rapportent messieurs Piéron, Wallon et Laugier dans la revue *L'année psychologique*, le Docteur Heckel suppose, en 1917, que l'émotion anxieuse est un réflexe utile d'adaptation dont la violence peut-être tellement disproportionnée vis-à-vis du motif (et même se produire sans que rien ne la motive objectivement) qu'elle en devient pathologique (Piéron *et al.*, 1914).

Le sujet ressent une inquiétude persistante en l'absence de danger identifiable. La perception et le traitement de l'information sont altérés ; l'hypervigilance et l'anticipation du danger mettent le sujet en état d'alerte permanent face à un stressor hypothétique (Graziani, 2003).

L'anxiété est qualifiée de pathologique quand elle est intense, fréquente, handicapante, qu'elle échappe au contrôle et qu'elle entraîne une véritable souffrance. Les troubles anxieux sont caractérisés par la persistance des manifestations de l'anxiété dans le temps ainsi que son retentissement sur la vie quotidienne du patient (Servant, 2012a).

1.3 Distinction entre angoisse et anxiété (Servant, 2012a)

Alors que les langues latines, et plus particulièrement le français, distinguent l'anxiété, l'angoisse et la peur, l'anglais, par exemple, n'utilise que deux termes « *anxiety* » et « *fear* ». Le mot « *anguish* », synonyme d'angoisse, n'est pas utilisé en médecine mais réservé au domaine littéraire (Boulenger & Lépine, 2014). La psychiatrie française a longtemps fait une différence entre ces deux phénomènes. Ainsi pour plusieurs auteurs, l'angoisse est une sensation physique tandis que l'anxiété est un état d'âme. Dominique Servant relate ces distinctions dans son ouvrage « Gestion du stress et de l'anxiété » et plus particulièrement dans le premier chapitre « Concepts et modèles de l'anxiété » (Servant, 2012a) :

*Effectivement, pour Littré en 1863, l'anxiété relève du versant psychologique (c'est une « angoisse de l'esprit, état de trouble et d'agitation avec sentiment de gêne et de resserrement dans la région précordiale ») et l'angoisse du versant somatique (sensation de striction, d'oppression physique et difficulté à respirer).

*Brissaud écrit en 1890 : « L'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement, l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable ».

*Claude et Lévy-Valensi complètent cette théorie en 1938, en décrivant l'angoisse comme étant « l'ensemble des sensations et des réactions somatiques qui accompagnent d'ordinaire l'anxiété ».

*Par ailleurs, Pierre Bonnier (1913), utilise indifféremment les deux concepts qu'il considère représenter à eux deux, un syndrome bulbaire, la résultante d'excitations se propageant dans les noyaux du bulbe qui gouvernent, pour certains, les fonctions organiques (dérobement des jambes, effets de vertiges) (Piéron *et al.*, 1914). Le côté cérébral serait la conscience de l'anxiété.

Pour finir, l'angoisse et l'anxiété ont parfois été distinguées par :

- **Leur intensité** : dans ce cas, l'angoisse exprime une très forte anxiété
- **Leur durée** : l'anxiété est plus durable que l'angoisse qui constitue un symptôme aigu.

Actuellement, la distinction entre angoisse et anxiété n'a plus lieu d'être, nous utilisons plutôt le mot « anxiété » dans le domaine médical et « angoisse » dans le registre philosophique.

1.4 Distinction entre peur et anxiété

À l'inverse de l'anxiété qui survient en dehors de toute menace environnementale objective, la peur est une émotion associée à la confrontation avec un danger réel, immédiat, présent.

D'après Servant (Servant, 2012a), Jaspers indique que « la peur est dirigée vers quelque chose, l'angoisse est sans objet », dans son traité *Psychopathologie générale* (1913).

La peur existe chez l'homme comme chez l'animal, elle mobilise l'organisme pour faire face à la menace. Elle est considérée comme étant une alarme biologique entrant en jeu dans le « *Fight and Flight System* » : augmentation de l'éveil du système nerveux autonome permettant de lutter ou fuir face au danger (Graziani, 2003 ; Servant, 2012a).

Graziani énonce les différences entre peur et anxiété (selon Rachman en 1998) dans le tableau suivant :

PEUR	ANXIÉTÉ
Focalisation spécifique sur le danger Lien clair entre le danger et la peur Habituellement épisodique Tension circonscrite Danger identifié Provoquée par des signaux de danger Ce qui l'atténue est détectable Les limites du danger sont circonscrites Danger imminent Caractère d'urgence Sensations physiques de l'urgence Caractère rationnel	Source de danger floue Lien incertain entre le danger et la menace Prolongée Nervosité, Tension envahissante Parfois sans objet Cause imprécises Persistante Ce qui l'atténue est parfois incertain Le danger n'a pas de limites bien définies Le danger est rarement imminent Vigilance élevée Sensations corporelles de la vigilance Caractère incertain, confus

Tableau 1 - Différences entre peur et anxiété - Rachman (1998) d'après (Graziani, 2003)

2 LE STRESS

2.1 Définition du stress et du syndrome général d'adaptation

2.1.1 Définition du stress

Dans le langage courant, le mot stress est utilisé pour désigner l'anxiété, l'angoisse ou l'inquiétude. Nous avons effectivement vu, dans le chapitre précédent, la complexité que représente la distinction entre toutes ces notions. Nous confondons aussi régulièrement le stress avec les facteurs de stress. Par exemple, le bruit n'est pas un stress en soi, le stress est la réaction personnelle à ce bruit (Boiron *et al.*, 2012). Il est la réaction adaptative de l'organisme à une sollicitation de l'environnement (Ferreri & Ferreri, 2001).

2.1.2 Découverte de la notion de stress : syndrome général d'adaptation

Le « stress » est un mot anglais sans traduction française qui a tout d'abord été utilisé en littérature (au XVII^{ème} siècle) pour désigner « un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et l'adversité », puis dans le domaine de la physique pour définir « une contrainte excessive subie par un matériau ». Plus tard au XX^{ème} siècle, c'est l'endocrinologue Hans Selye, considéré comme étant le « père » de la recherche sur le stress en médecine, qui introduit cette notion sous le modèle de « Syndrome général d'adaptation » (SGA). Il décrit ce SGA comme étant une réaction hormonale en réponse à un stresseur. Il va plus loin en faisant l'hypothèse que, quelle que soit la nature de l'agent stresseur, il existe une réponse physiologique unique, identique, stéréotypée du système hormonal (Servant, 2012d). En effet, il tire cette conclusion à la suite de plusieurs études sur l'animal : il obtient la même réaction de l'organisme que l'agent stresseur soit un produit injecté (extraits tissulaires, formol, hormones purifiées, adrénaline...) qu'un agent physique comme le froid ou la chaleur, les rayons X ou un traumatisme. Il écrit « À la vérité, tout élément pernicieux paraissait susceptible de provoquer le syndrome » (Selye, 1975).

Cette réponse serait une contre-réaction de l'organisme mettant en jeu les hormones surrénaliennes, en grande partie, et qui permettrait de maintenir l'homéostasie¹ (c'est-à-dire, l'équilibre de l'organisme) face à une menace (Servant, 2012d).

En 1936, Hans Selye publie un article dans le journal anglais *Nature* intitulé « *A Syndrome Produced by Diverse Nocuous² Agents* » (« Un syndrome provoqué par différents agents nocifs ») dans lequel il décline les trois phases composant le SGA :

- Phase 1- Réaction d'alarme (RA) : l'organisme mobilise ses forces défensives. Cette phase disparaît si l'agression ne se poursuit pas.
- Phase 2 - Stade de résistance (SR) : le corps s'adapte et résiste à l'agression qui continue.
- Phase 3 – Stade d'épuisement (SE) : la force d'adaptation acquise se perd finalement, le corps est exténué (Selye, 1975).

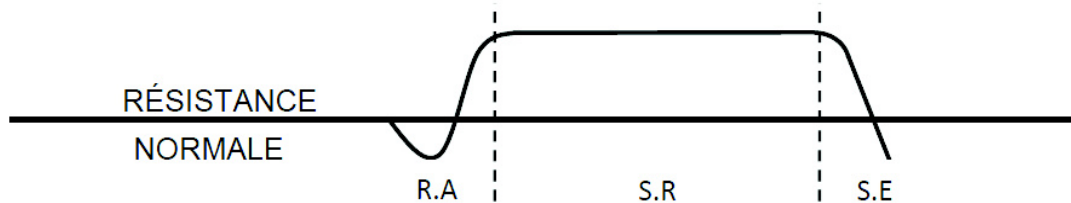


Figure 1 - La réponse au stress est triphasique (Selye, 1975)

2.2 Mécanisme d'action du stress

2.2.1 Différents types de réponses au stress

Aujourd'hui et à l'inverse de ce que pensait Selye, la réponse au stress n'est plus considérée comme stéréotypée mais bien variable selon les individus et l'environnement (Servant, 2012d).

¹ Maintien à leur valeur normale des différentes constantes physiologiques de l'individu (température, tonus cardiovasculaire, composition du sang, etc.). L'homéostasie est réglée par le système nerveux végétatif et les glandes endocrines. (Delamare *et al.*, 2012)

² Terme utilisé par Selye pour désigner des réactions organiques, en substitution du mot « stress » qui impliquait dans l'anglais courant, une idée de tension nerveuse qu'il voulait éviter.

Trois types de réponses s'expriment (Chapelle & Monié, 2008 ; Monié, 2014) :

- Physiques (consécutives à des réactions biologiques) : palpitations, transpiration, chaleur, accélération du rythme cardiaque
- Mentales/cognitives : elles dépendent de la capacité de traitement de l'information et de la capacité à se représenter la situation
- Comportementales : adaptées ou désadaptées, qui sont la conséquence de l'ensemble de ces réactions (fuite ou lutte).

La réaction de stress est donc un **ensemble de réponses** de notre organisme face à un stresser. Nous allons donc développer ces processus ci-après.

2.2.2 Définition du stresser

Le stresser est, selon Selye, « l'agent producteur du stress » et « n'importe quel agent est, plus ou moins, un stresser en puissance selon sa capacité à provoquer le stress » (Selye, 1975).

Il existe deux types de stressers :

- **Les stressers majeurs**, ponctuels, événementiels. Ce sont les événements de la vie, les changements brutaux qu'ils soient positifs ou négatifs.
- **Les stressers mineurs**, aigus (tracas de la vie courante) qui deviennent difficiles à vivre s'ils s'additionnent ou bien se répètent (Chapelle & Monié, 2008).

2.2.3 Mécanisme physiologique (Servant, 2012d)

2.2.3.1 Les voies mises en jeu

La réponse biologique implique plusieurs voies en interaction les unes avec les autres :

- Le **système nerveux autonome (SNA)** composé de deux branches agissant de manière antagoniste : le système nerveux sympathique (SNS) d'une part, dont le rôle est de mettre en alerte l'organisme (augmentation de la fréquence cardiaque et de la fréquence respiratoire, dilatation des bronches, contraction des artères, sécrétion de la sueur, ralentissement du tonus digestif) via ses deux neuromédiateurs, l'adrénaline et la noradrénaline. D'autre part, nous trouvons le système nerveux parasympathique (SNPS), dont l'objectif est à l'inverse, de mettre au repos les fonctions de l'organisme (diminution

de la fréquence cardiaque/ventilatoire, accélération de la fonction digestive...) par le biais de son neuromédiateur, l'acétylcholine.

- Le **cerveau**
- Le **système neuroendocrinien hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien (HHCS)**
- Le **système immunitaire**

2.2.3.2 Déroulement de la réaction de stress

Ainsi, la réaction de stress se déroule de la manière suivante :

- Réception du stress : perception de la situation via les organes sensoriels de l'organisme.
- Le message est alors analysé par le complexe cortex-système limbique (composé de plusieurs entités telles que l'amygdale, l'hippocampe, le bulbe olfactif...) : il agit comme une « bibliothèque » qui mémorise toutes les situations passées et les réponses y ayant été apportées. (Chapelle & Monié, 2008)

Le stress peut alors comparer la situation à la référence de l'expérience déjà vécue et apporter la réponse la plus adéquate.

- Le déclenchement de cette réponse est effectué par l'amygdale et l'hippocampe. Ils agissent eux même sur l'hypothalamus et le tronc cérébral qui activent le système nerveux et le système endocrinien (glandes endocrines surrénales). La réponse se fait en deux étapes :
 - o Étape 1 - Action rapide d'alarme : le système noradrénergique, via le système nerveux sympathique et le *locus coeruleus*, cible la médullosurrénale (partie centrale de la glande surrénale) qui libère adrénaline et noradrénaline. Ces deux catécholamines ont pour effet de stimuler :
 - Le système cardiovasculaire : augmentation de la fréquence et de la force de contraction cardiaque, augmentation de la pression artérielle, irrigation du cerveau et des muscles ;
 - Le métabolisme : libération de l'énergie stockée dans l'organisme (lipolyse, glycogénolyse).

Le cerveau et les muscles approvisionnés sont alors prêts à agir selon le mode *Fight or Flight* (combattre ou fuir). Il s'agit donc d'une réaction d'urgence, rapide

(quelques secondes au plus), c'est la « décharge d'adrénaline » qui permet de façon plus générale, d'amener l'oxygène aux organes qui vont être sollicités (Chapelle & Monié, 2008).

- Étape 2 : Phase de résistance ou d'endurance qui a lieu dès lors que la situation stressante persiste. Le système d'action rapide présenté ci-dessus s'épuise et un deuxième système, plus lent, est mis en jeu : le système hypothalamo-hypophysocortico-surrénalien (HHCS) encore appelé « axe corticotrope » ou « axe du stress ». L'hypothalamus libère le CRF (*corticotropin releasing factor*) qui stimule la production d'ACTH (*adreno corticotrophine hormone*) par l'hypophyse. L'ACTH à son tour agit sur la corticosurrénale (partie périphérique de la glande surrénalienne) en induisant la sécrétion des hormones stéroïdes dont le cortisol. Ce glucocorticoïde a pour rôle d'augmenter le métabolisme de l'organisme en mobilisant les réserves (augmentation de la glycémie, induction du catabolisme protéique, effet vasoconstricteur et inotrope cardiaque...) pour permettre la poursuite de la lutte : l'**effort musculaire** est rendu possible grâce à la mise à dispositions de sources d'énergie (glucides, graisses...) et l'**état d'hypervigilance** est maintenu (les glucocorticoïdes, liposolubles, passent la Barrière Hémato Encéphalique[BHE]) (Delévaux *et al.*, 2013).

Le schéma « Stress et glande surrénale » (Figure 2) illustre cette succession d'événements (Marieb & Hoehn, 2015).

- Rétrocontrôle : Afin d'éviter l'épuisement des ressources en énergie de l'organisme, il existe un rétrocontrôle négatif des glucocorticoïdes sur la production d'ACTH et de CRF.

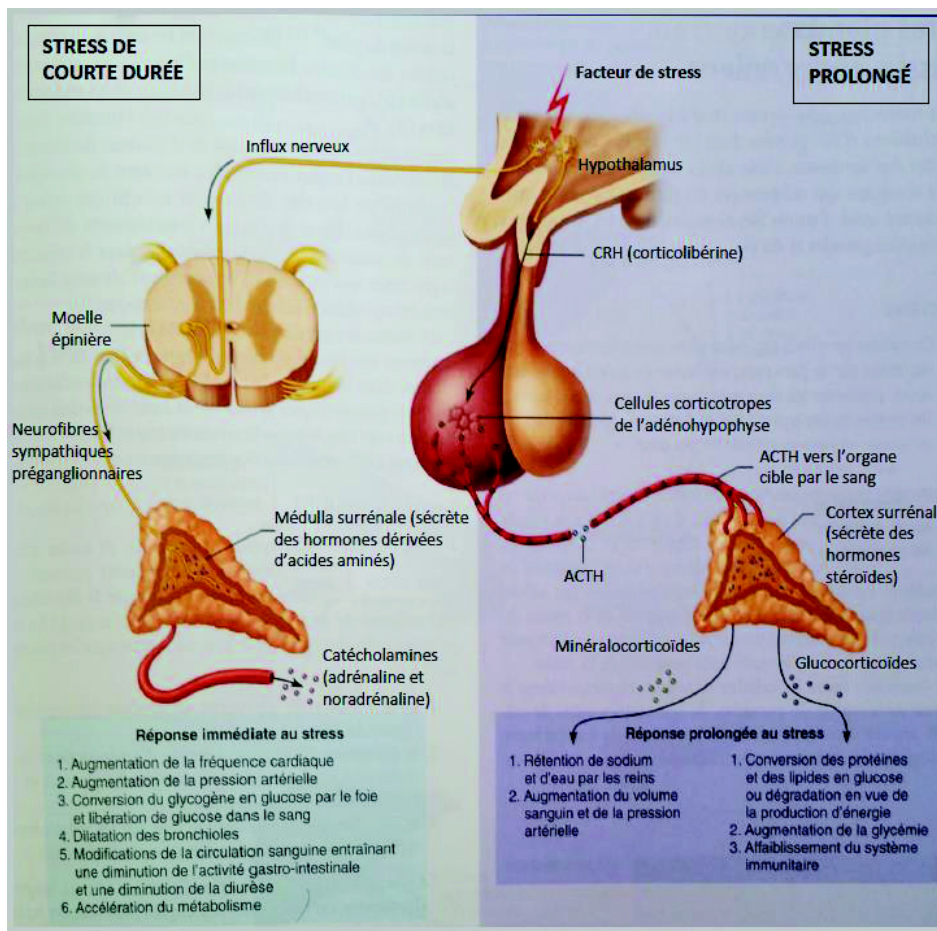


Figure 2 - Stress et glande surrénale (Marieb & Hoehn, 2015)

2.2.3.3 Implication du système immunitaire

Le système immunitaire, en plus des systèmes nerveux et endocriniens, serait également impliqué dans la réponse au stress. Les modifications hormonales occasionnées par la réaction de stress influent sur ce système immunitaire : les lymphocytes exprimant des récepteurs hormonaux et les organes lymphoïdes innervés par le SNS sont sensibles aux variations des taux de catécholamines et corticoïdes, et l'augmentation de la sécrétion de GC favorise la réponse immunitaire humorale (via les anticorps) (Chapelle & Monié, 2008 ; Delévaux *et al.*, 2013).

2.2.4 Mécanisme cognitif (Servant, 2012d)

Chaque individu perçoit de manière différente une situation stressante. Sa réponse à l'événement peut dépendre de son état d'esprit, son état de conscience, sa forme physique ou ses souvenirs de situations apparentées. Il existe deux processus cognitifs fondamentaux de la réponse au stress : l'évaluation cognitive et le *coping*.

2.2.4.1 L'évaluation cognitive

Monié relate que, selon Lazarus (1984), un sujet soumis à un stress fait une double évaluation cognitive (Monié, 2014) :

- Évaluation du stresser (**évaluation primaire**) : intensité, enjeu
- Évaluation de ses propres ressources, de sa capacité à faire face (**évaluation secondaire**).

Cette double évaluation permet l'apparition ou non d'une réponse de stress et son intensité. Elle est variable d'un individu à l'autre, et peut être vécue de manière différente par une même personne en fonction du moment, de l'âge, de l'expérience, la personnalité, etc. (Bounhoure *et al.*, 2010).

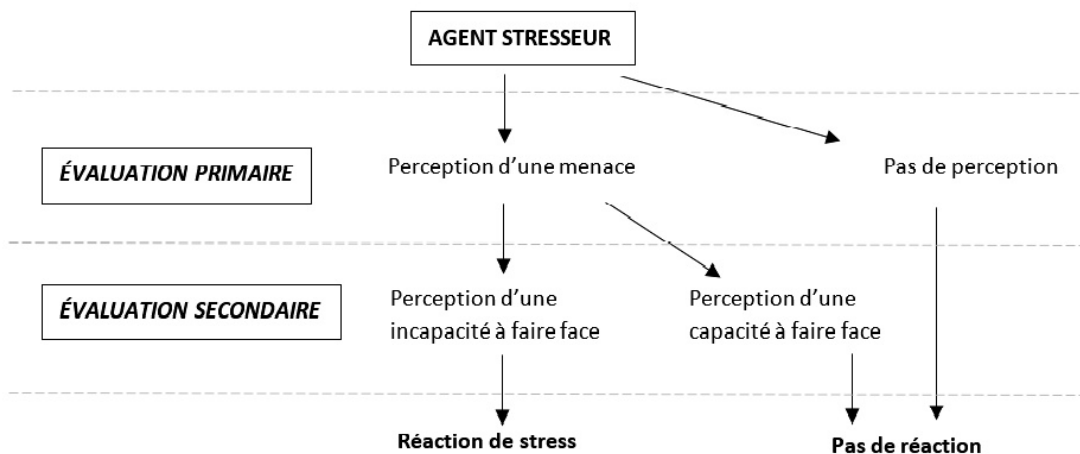


Figure 3 - Evaluation du stress (modèle de Lazarus selon (Bounhoure et al., 2010))

2.2.4.2 Le coping

C'est l'ensemble des efforts et stratégies mis en place par un sujet pour affronter un stressor, le but étant de réguler la détresse émotionnelle et de gérer le problème à l'origine de cette détresse. Ces stratégies peuvent être classées selon qu'elles sont « fonctionnelles » ou « dysfonctionnelles », comme le montre le tableau suivant (Servant, 2012d).

STRATÉGIES « FONCTIONNELLES »	STRATÉGIES « DYSFONCTIONNELLES »
<ul style="list-style-type: none">- L'acceptation de la crise- La restitution du problème dans son contexte- La recherche d'informations, d'aides matérielles- La recherche de support social- Le partage des émotions négatives- La résolution de problèmes (identifier les problèmes spécifiques, développer des réponses actives au problème, rechercher et analyser des solutions alternatives)- L'autocontrôle (contrôle de soi, réassurance, remise en question)	<ul style="list-style-type: none">- La négation de l'événement (le déni)- La mise à distance- L'évasion (penser vivre dans un monde parfait où tout se passe bien)- L'évitement (éviter l'information, éviter les solutions alternatives)- La fuite (dans le sommeil, les médicaments, etc.)- La répression des émotions négatives- La pensée en mode « tout ou rien »- L'isolement

Tableau 2- Stratégies de coping dites "fonctionnelles" et "dysfonctionnelles" (Servant, 2012d)

2.2.4.3 Autres

D'autres aspects psychologiques peuvent entrer en jeu comme le support social, la personnalité, les émotions, les valeurs, les expériences antérieures... (Bounhoure *et al.*, 2010).

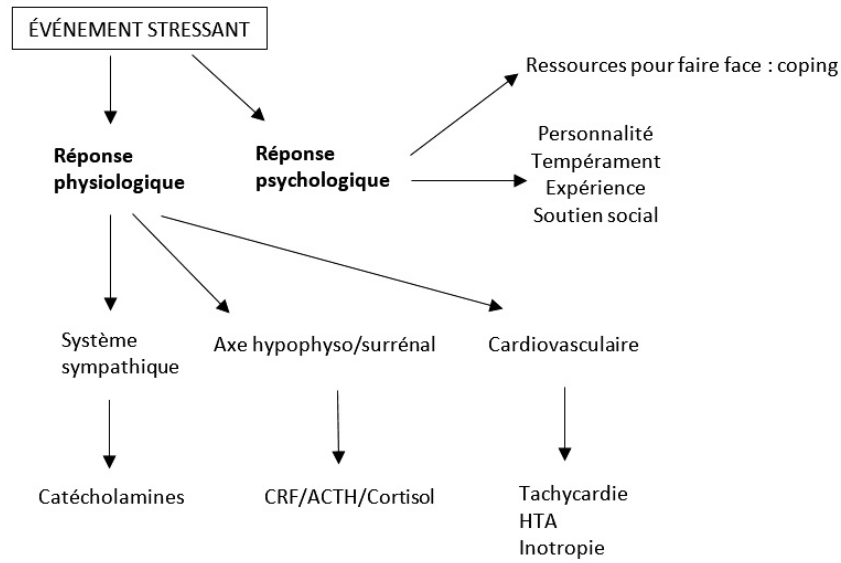


Figure 4 - Tableau de stress aigu : effets généraux (Bounhoure et al., 2010)

2.3 Stress normal et stress pathologique

2.3.1 Bon stress et mauvais stress (Chapelle & Monié, 2008 ; Monié, 2014)

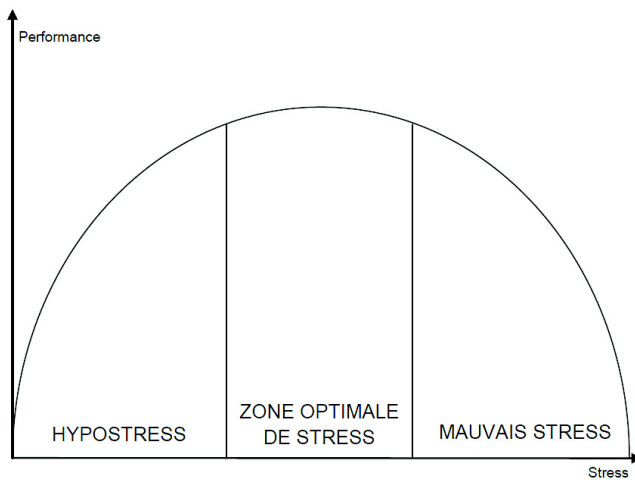


Figure 5 - Courbe de performance (Monié, 2014)

Le stress étant une réponse permettant l'adaptation, nous avons vu qu'il était utile et même indispensable pour l'organisme. Il est primordial de savoir gérer son stress de façon à tirer profit de ce dernier. Le bon stress, optimal et bien géré, est un facteur de performance. Il permet d'être meilleur. Une absence de stress ou une faible présence de celui-ci ne permet pas la motivation

ni la performance. À l'inverse, le « mauvais » stress peut être destructeur et paralyse.

Cette théorie est réfutée par certains auteurs pour qui la seule distinction scientifique possible oppose **stress aigu** et **stress chronique** (Chouanière, 2008).

2.3.2 Stress aigu et stress chronique

Le stress pathologique est ainsi défini par le professeur Ferreri : « Échec d'une réponse adaptative à une sollicitation de l'environnement. Le stress pathologique correspond à une réaction de stress marquée par la phase de rupture qui fait suite aux phases d'alerte et de lutte lorsque ces réponses ont été insuffisamment efficaces pour endiguer ou aménager la situation stressante. Le sujet se trouve débordé tant sur le plan physique, avec des manifestations neurovégétatives importantes, que sur le plan psychique avec une incapacité à élaborer de nouvelles stratégies d'action » (Ferreri & Ferreri, 2001). Effectivement, sur le plan neuroendocrinien, la phase de rupture, ou d'épuisement, décrit une hyperactivité de l'axe HHCS, des taux élevés de CRF et de GC ainsi qu'un rétrocontrôle inefficace. Il existe par ailleurs une diminution des récepteurs aux glucocorticoïdes en plus d'une résistance à ces GC (Delévaux *et al.*, 2013).

Le stress aigu correspond alors au mécanisme d'adaptation face aux stressseurs de la vie quotidienne (changements de l'environnement) et le stress chronique se développe lors de la répétition et la durée dans le temps de stress aigus. Il devient néfaste (Chouanière, 2008).

2.3.3 Stress physique et stress psychique

On peut distinguer deux types de stress, physique et psychique, souvent associés (Bounhoure *et al.*, 2010) :

- **Stress cognitifs** dus à des traumatismes psychiques : effroi, émotions intenses et violentes, chagrins dus à des événements tragiques de la vie.
- **Stress non cognitifs** : traumatismes et blessures physiques, infections, douleurs, bruits, chaleur/froid excessifs.

2.3.4 Du stress à l'anxiété

2.3.4.1 Mécanisme cognitif

Nous avons vu que l'accumulation et la répétition de stressseurs aigus au cours d'une vie pouvaient être dommageables pour l'individu. En effet, le vécu de certains événements stressants durant

l'enfance, l'adolescence ou même à l'âge adulte peuvent tenir un rôle dans l'apparition d'un trouble anxieux. Ces événements stressants peuvent être distingués selon (Servant, 2012d) :

- Leur qualité : famille, travail, études, santé...
- Leur durée : ponctuel ou prolongé
- Leur caractère positif ou négatif
- Leur sévérité
- Leur prévisibilité

Ainsi, l'accumulation d'événements stressants et l'incapacité à y faire face peuvent amener à développer un trouble anxieux. L'effet subi par l'individu devient alors beaucoup invalidant dans la mesure où l'anxiété existe en dehors de la présence de stressseurs : le sujet est dans un état d'inquiétude et d'appréhension permanent (Chapelle & Monié, 2008).

2.3.4.2 Théorie d'un mécanisme physiologique

Selon Servant (Servant, 2012d), Thayer et Lane, en 2000, expliquent que le système nerveux central (SNC) est impliqué dans la flexibilité (régulation et adaptation de la réponse émotionnelle) du système nerveux autonome. En cas de rigidité du SNC, la réponse est moins adaptative, on observe une hyperactivité du SNS lors de la réaction de stress et le trouble anxieux peut alors émerger.

2.3.5 Impact du stress sur la santé (Chouanière, 2008 ; Servant, 2012d)

Nous avons développé précédemment le mécanisme d'action biologique du stress. S'il devient chronique, l'organisme est soumis de manière durable à une hyperstimulation des systèmes en jeu ainsi qu'à une submersion d'hormones activatrices (catécholamines et glucocorticoïdes) (INRS, 2015).

2.3.5.1 Symptômes d'un stress chronique

S'en suit l'apparition des **symptômes physiques** suivants :

- Troubles cardiovasculaires : douleurs thoraciques, tachycardie, sueurs, sensation d'oppression...
- Troubles rhumatologiques : douleurs tendineuses/articulaires, troubles musculosquelettiques, lombalgies...
- Troubles digestifs : douleurs abdominales, troubles du transit, de l'appétit et de la digestion...
- Troubles neurologiques : vertiges, céphalées, troubles du sommeil...
- Troubles de la sexualité : baisse de la libido (INRS, 2015).

A ces symptômes peuvent s'en ajouter d'autres, d'ordre :

- **Émotionnel** : sensibilité et nervosité accrue, excitation, tristesse
- **Intellectuel** : problèmes de concentration, oublis, erreurs...

2.3.5.2 Répercussions sur le comportement

Le sujet a parfois recours à des conduites addictives : il utilise des produits « relaxants » afin de calmer son excitation permanente : tabac, alcool, hypnotiques, anxiolytiques, stupéfiants...

Il est possible d'observer un repli sur soi, une baisse des interactions sociales ou une inhibition générale.

2.3.5.3 Maladies psychosomatiques

Si la situation s'installe sur le long terme, le stress peut jouer un rôle aggravant et précipitant dans l'apparition de nombreuses pathologies. En effet, une maladie est décrite comme psychosomatique si une partie de l'origine des altérations biologiques et organiques relevées, vient du psychisme (facteurs psychosociaux, stress, personnalité du malade). Ces facteurs psychiques peuvent induire l'évolution ou même le déclenchement d'une pathologie (Consoli *et al.*, 2010).

Le stress peut ainsi aggraver ou provoquer les troubles suivants :

- **Maladies cardiovasculaires** : HTA, infarctus et pathologies coronariennes (Bounhoure *et al.*, 2010).

En effet, les atteintes cardiovasculaires du stress peuvent être expliquées par les processus physiopathologiques décrits dans l'encadré suivant (Bounhoure *et al.*, 2010) :

Effets du SNS et de l'axe HHCS :

- ↗ cortisolémie ;
- ↗ glucose et cholestérol sanguins ;
- ↗ acide gras libres ;
- ↘ insuline.

Effets cardiaques :

- Arythmies ;
- Ischémie ;
- Altérations myocytaires ;
- ↘ de la variabilité sinusale.

Effets hématologiques :

- ↗ fibrinogène ;
- ↗ agrégation plaquettaire ;
- ↗ facteur plaquettaire 4 ;
- ↗ β -thromboglobuline.

Effets cardiovasculaires :

- Dysfonction endothéliale ;
- Épaississeur intima-média ;

Figure 6 – Mécanismes par lesquels les stress interviennent dans les atteintes du système cardiovasculaire (Bounhoure *et al.*, 2010)

Hypertension artérielle (HTA) : Des études chez l'animal ont pu montrer que la répétition de stress émotionnels induit des changements de l'homéostasie cardiovasculaire, s'il y a cumul de facteurs favorisants (facteurs génétiques, liés à la réactivité vasculaire au mode de vie habituel et à l'environnement) et facilite l'hypertension artérielle permanente. Jean-Paul Bounhoure, Éric Bui et Laurent Schmitt rapportent les résultats d'une étude dans laquelle il a été constaté que des bouleversements dans le mode de vie de rats génétiquement prédisposés à l'hypertension favorisent l'apparition de ce trouble. Des rats sont isolés depuis leur naissance, vivent seuls et privés d'ordre social puis sont introduits dans une colonie avec une hiérarchie déjà organisée. Il est remarqué qu'ils développent une HTA avec augmentation des résistances vasculaires. Si cette situation est prolongée pendant 6 mois, l'élévation de la tension perdure et est retrouvée encore 2 mois après un nouvel isolement du rat.

N.B. : un régime pauvre en sodium retarde l'apparition de l'HTA (Bounhoure *et al.*, 2010).

Infarctus, athérosclérose et pathologie coronarienne : Jean-Paul Bounhoure (Bounhoure *et al.* 2010) rapporte qu'en 2006, une méta-analyse de 14 études a examiné l'impact de divers types de stress au travail sur le risque de cardiopathie ischémique ; toutes les études ont montré une augmentation du risque d'athérosclérose (dépôt de plaque d'athérome, composée de lipides, entraînant une lésion de la paroi artérielle (Inserm & Jeunemaître, 2014)) de 50% chez les sujets stressés. L'étude INTERHEART incluant 11100 patients ayant déjà fait un infarctus, suggère qu'un stress professionnel permanent multiplie par deux le risque d'IDM (infarctus du myocarde) par rapport aux sujets n'ayant pas ce facteur de risque.

De plus, diverses études épidémiologiques soulignent la très grande fréquence d'événements de vie importants (décès, divorce, perte d'emploi...) dans les 6 mois qui précèdent l'infarctus myocardique (Fontaine *et al.*, 1996).

En Finlande, la *Cardiovascular Risk Young Finns Study* a confirmé qu'un stress professionnel intense et prolongé est associé chez les hommes jeunes et sains (âge moyen 32 ans) à des lésions d'athérosclérose carotidienne précoce (Bounhoure *et al.*, 2010).

Le stress permanent a un effet thrombogène ; on constate une augmentation des facteurs VII, VIII et de Willebrand, une diminution de la fibrinolyse et une augmentation du fibrinogène qui constituent des facteurs de risque d'accidents coronariens (Bounhoure *et al.*, 2010).

- **Syndrome métabolique** : hypertension artérielle (HTA) + obésité abdominale + résistance à l'insuline + perturbations du métabolisme des lipides (cholestérol et triglycérides). Ces symptômes sont les témoins d'une activation sympathique chronique et d'une stimulation cortico-surrénalienne inadaptée. En effet, des taux élevés de catécholamines augmentent la concentration en lipoprotéine lipase (qui permet l'hydrolyse des triglycérides), la glycémie et facilitent l'installation d'une HTA.

- **Affections dermatologiques** : eczéma, herpès, psoriasis, etc. (Consoli *et al.*, 2010).

L'importance du rôle du stress dans l'apparition ou la survenue de récurrences de nombreuses dermatoses a été mis en évidence par le biais de plusieurs études.

Psoriasis : Il est admis par de nombreux auteurs que le stress est l'un des principaux facteurs de déclenchement ou d'aggravation de poussées de psoriasis. Dans la plupart des études, le délai

d'apparition d'une poussée de psoriasis est de 2 jours à 4 semaines après le vécu d'un stress. Nous pouvons également noter qu'il existe une corrélation entre l'intensité du stress (et l'impact émotionnel subi par le malade) et la gravité du psoriasis.

Dermatite atopique (eczéma atopique) : Une étude réalisée chez 50 patients souffrant de dermatite atopique, sur 15 jours, a révélé (grâce à des comptes rendus quotidiens) que le stress était significativement lié aux poussées d'eczéma atopique. Un stress le jour « j » prédisait une poussée de dermatite le jour « j+1 », et réciproquement.

Herpès : Si le mécanisme et la fréquence des réactivations du virus HSV-1 (*Herpès Simplex Virus*) demeurent à ce jour non élucidés, les facteurs déclenchants et les prodromes, eux, sont bien connus : le stress en fait partie, tout comme les infections générales, la fièvre, l'exposition au soleil, la fatigue, les règles, etc. (Deback & Huraux, 2007).

- **Douleurs** (Radat, 2014) : Les modèles explicatifs du lien entre douleur et stress renvoient à des anomalies de l'axe HHCS sur le plan biologique. Une expérience précoce de stress au cours de la vie, additionnée à une prédisposition biologique tempéramentale, provoquerait une altération précoce du développement cérébral, impliquant une augmentation de la réactivité de l'axe corticotrope donc une réactivité accrue aux stressseurs ultérieurs qui, elle-même, entraînerait un plus grand risque de développement de douleur chronique.
- **Affections digestives** : ulcère, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn, syndrome de l'intestin irritable...

MICI et SII (Bonaz & Pellissier, 2013) : La communication entre cerveau et intestin se fait via le système nerveux autonome, représenté par le SNPS (en particulier le nerf vague) et le SNS. Une anomalie de cet axe cerveau-tube digestif est observée dans le syndrome de l'intestin irritable (SII) et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) qui regroupent la maladie de Crohn et la recto-colite hémorragique. Le stress joue un rôle dans l'initiation et l'aggravation du SII et semble être également impliqué dans les MICI.

Effectivement, le stress a un effet pro-inflammatoire puisqu'il stimule le système sympathique pro-inflammatoire et inhibe la voie cholinergique anti-inflammatoire du SNPS (en particulier le nerf

vague). Par cela, le stress inhibe la vidange gastrique, ralentit la motricité du grêle, accélère le transit et a un effet sécrétoire colique ; il entraîne classiquement une diarrhée.

Or, des anomalies de la balance sympatho-vagale ont été mises en évidence dans plusieurs études concernant les MICI et le SII.

Bonaz et Pellissier relatent les résultats d'une étude canadienne (groupe de Berstein, 2010) qui a montré, à partir d'un groupe de 500 patients atteints de MICI, que le stress était un facteur favorisant de poussées inflammatoires par les anomalies de l'axe neuro-endocrino-immunitaire qu'il entraînait. Quelques hypothèses physiopathologiques permettraient d'expliquer le rôle de ce stress dans les MICI :

- Il augmente la perméabilité intestinale, or des troubles de cette même perméabilité sont retrouvées dans les pathologies inflammatoires chroniques de l'intestin.
- Il a un rôle pro-inflammatoire (il inhibe le SNPS antiinflammatoire et stimule le SNS pro-inflammatoire).
- Dans des conditions d'inflammation chronique, il existe une diminution de l'expression des récepteurs au CRF hypothalamique. Or, en temps normal, le CRF a une action anti-inflammatoire en stimulant l'axe corticotrope anti-inflammatoire.

Ulcère gastro-duodéal : le stress observé lors d'un choc ou un traumatisme, par le biais de facteurs neuropsychiques, constitue une étiologie possible de l'UGD (Dine *et al.*, 2008).

- **Maladies auto-immunes** (Delévaux *et al.*, 2013)

Le stress est probablement une des composantes étiologiques des maladies auto-immunes (MAI). En effet, près de 80% des patients relatent un événement traumatisant à l'initiation de leur MAI.

C'est la balance Th1/Th2 qui semble être déséquilibrée au cours d'un stress. Les lymphocytes T auxiliaires (T helper, Th), acteurs intermédiaires de la réponse immunitaire adaptative (ou acquise), peuvent se différencier en deux sous-types de cellules différents, les lymphocytes Th1 ou Th2, qui produisent chacun des cytokines spécifiques. Les Th1 sont à l'origine de la production de l'IL-2, le TNF- α et l'IFN- γ qui ont une activité pro-inflammatoire et stimulent l'immunité cellulaire. Les Th2 produisent l'IL-4, -5, -9, -10 et -13 (qui promeuvent l'immunité humorale) et ont une activité

anti-inflammatoire. Il existe une inhibition mutuelle entre les deux voies qui permet le maintien de l'équilibre et l'homéostasie.

Au cours d'un stress chronique, le déséquilibre cytokinique³ engendre une inhibition de la réponse immunitaire cellulaire (exposition du sujet aux infections), une inhibition des cellules impliquées dans la prévention de la carcinogénèse (qui favorise l'émergence de cancers) et une hyperstimulation chronique de la réponse immunitaire (qui favorise l'émergence de MAI).

Les MAI ont un profil Th1 ou Th2 mais quel que soit ce profil, ces maladies sont aggravées par le stress.

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie à profil cytokinique Th1 et des études montrent, après interrogatoire des patients, que le stress augmente le nombre de poussées.

Le diabète de type 1 (DT1) est également une pathologie à profil cytokinique Th1. Le déséquilibre de la balance Th1/Th2 et l'activation cytokinique Th1 qui en découle est à l'origine de la destruction progressive des îlots de Langerhans. De plus, l'apparition du DT1 peut être précédée de taux sanguins élevés d'IL-2 et d'IFN- γ .

D'un point de vue hormonal, la libération de glucocorticoïdes hyperglycémisants lors d'un stress est connue depuis longtemps comme étant impliquée dans le déclenchement d'un diabète.

Par ailleurs, une hyperactivité de l'axe HHCS et des concentrations plasmatiques et urinaires en cortisol sont liées à l'état basal chez le sujet diabétique de type 1.

- **Autres pathologies** : Fragilité immunitaire influencée par l'action anti-inflammatoire des glucocorticoïdes, maladies de l'appareil respiratoire, maladies rhumatologiques, cancers et troubles anxieux et dépressifs que nous développerons dans le chapitre suivant.

³ Les cytokines sont des substances régulant l'activité de cellules immunitaires. Elles interviennent dans de nombreuses réactions immunitaires et inflammatoires ainsi que dans la maturation des cellules sanguines. Elles sont, pour les plus connues, les IL (interleukines), IFN (interférons), TNF (*Tumor Necrosis Factor*) et les facteurs de croissance. (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2016)

3 LES TROUBLES ANXIEUX

3.1 Généralité

3.1.1 Historique

S'il existe des descriptions de l'émotion anxieuse depuis l'Antiquité, c'est Freud, qui, à la fin du XIX^{ème} siècle, propose la première description clinique de la pathologie anxieuse qu'il nomme « névrose d'angoisse », dont les symptômes sont les suivants :

- « L'excitabilité générale, symptôme fréquent dans de nombreux états nerveux, apparaît constamment dans la névrose d'angoisse et s'exprime particulièrement par une hyperesthésie auditive, une sensibilité excessive au bruit, qui est souvent la cause d'insomnie.
- L'attente anxieuse trouve écho dans le normal (« une femme qui souffre d'attente anxieuse pense que, chaque fois que son mari tousse, cela signifie qu'il a une pneumonie grippale et elle voit passer son cortège funèbre ; rentrant à la maison, elle voit devant sa porte deux personnes debout et elle ne peut se défendre de la pensée qu'un de ces enfants est tombé par la fenêtre ; si elle entend la cloche sonner, c'est qu'on lui apporte la nouvelle d'un deuil, etc. »), dépasse l'anxiété normale et peut prendre une forme hypochondriaque lorsqu'elle concerne la santé du sujet.
- L'attaque d'angoisse associée à la sensation d'angoisse un trouble d'une ou plusieurs fonctions corporelles : respiration, activité cardiaque, innervation vasomotrice, activité glandulaire.
- Les attaques d'angoisse rudimentaires et des équivalents de l'accès d'angoisse ont vraisemblablement tous la même signification et présentent de nombreuses formes :
 - Avec trouble de l'activité cardiaque
 - Avec trouble de la respiration
 - Avec accès de sudation, souvent nocturnes
 - Avec accès de tremblements
 - Avec accès de fringale
 - Avec diarrhées
 - Avec accès de vertige locomoteur
 - Avec congestion
 - Avec paresthésie.
- Le réveil nocturne dans l'effroi s'accompagne habituellement d'angoisse, de dyspnée, de sueur, etc., et peut être source d'insomnie.
- Le vertige va du simple étourdissement à l'accès de vertige, et s'accompagne ou non d'angoisse. État de malaise, accompagné de sensation que le sol flotte, que les jambes se dérobent, qu'il est impossible de tenir debout. Ce vertige n'aboutit jamais à une chute mais peut être remplacé par un état d'évanouissement profond.
- Deux types de phobies à partir de l'attente anxieuse et des accès d'angoisse se développent : le premier en rapport avec les menaces communes (serpent, orage,

obscurité, hyperscrupulosité morale) et le deuxième en rapport avec la locomotion, dont la forme typique est l'agoraphobie.

- Des troubles digestifs, nausées, fringales, diarrhées, et l'envie impérieuse d'uriner.
- Les paresthésies qui accompagnent souvent les attaques d'angoisse et de vertige et qui peuvent égarer le diagnostic lorsqu'elles prennent la forme de douleurs rhumatismales.
- Beaucoup de symptômes qui accompagnent les accès d'angoisse peuvent se présenter sur un mode chronique. Le diagnostic est alors moins facile, notamment pour les diarrhées, les vertiges et les paresthésies. »

Tableau 3 - Symptômes cliniques de la névrose d'angoisse selon Sigmund Freud, 1895 d'après Servant (Servant, 2012a)

On peut considérer ces états comme étant les ancêtres des troubles anxieux actuels, Freud ayant fait une description clinique des névroses d'angoisse, phobique et obsessionnelle très précise et proche de ceux-ci (Servant, 2012a).

3.1.2 Définition des troubles anxieux

3.1.2.1 Généralités

Dès lors que l'anxiété apparaît à des moments inappropriés et de manière excessive, elle devient pathologique. Les troubles anxieux sont les maladies psychiatriques les plus fréquentes et ont des conséquences très handicapantes qui mènent à une souffrance importante et réduisent la qualité de vie (Colasanti & Nutt, 2014). Ils sont durables et s'étendent la plupart du temps sur plusieurs mois voire sur plusieurs années. L'anxiété est l'élément principal de ces troubles et plusieurs troubles anxieux peuvent cohabiter en même temps chez un même patient, ou se succéder dans le temps (Pelissolo, 2009b).

3.1.2.2 Classifications internationales (Servant, 2012a ; Chapelle, 2014b)

Depuis les années 70, des classifications internationales ont vu le jour. Elles regroupent les définitions et critères de diagnostic pour chacun des troubles anxieux et permettent une

« standardisation » des diagnostics et prises en charge par les praticiens s’y référant. Les plus reconnues sont :

- Le DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*)

Il est écrit par l’*American psychiatric association* (Association américaine de psychiatrie), et sa 5^{ème} version a vu le jour en 2013 aux États-Unis puis en juin 2015 en France. L’organisation s’y fait en 5 axes qui regroupent, entre autres, les caractéristiques, la nature et la prévalence des troubles.

- La CIM : Classification Internationale des Maladies

C’est la plus ancienne des deux classifications et elle est publiée par l’OMS (Organisation mondiale de la santé). Elle décrit une liste de toutes les maladies et comporte un chapitre entier consacré aux troubles mentaux (le chapitre V). La dernière version est la CIM-10 et date de 1990, la CIM-11, elle, est en cours de travaux.

Ces deux ouvrages se rejoignent sur le fait qu’ils créent chacun une nomenclature reconnue de manière internationale mais les descriptions cliniques qu’on y trouve sont différentes. Ils reçoivent régulièrement des critiques quant aux révisions qu’ils subissent et qui entraînent de nombreux changements. Ils sont également soumis aux soupçons d’influence de laboratoires pharmaceutiques (qui conduiraient l’augmentation croissante du nombre de pathologies recensées). D’autre part, le corps psychanalytique dit ne pas se retrouver dans ces classifications. C’est pourquoi nous n’utiliserons pas la CIM ni le DSM pour classer les troubles anxieux mais nous nous servirons par contre des définitions et symptômes relatés qui restent utiles pour la compréhension de ces troubles.

3.1.2.3 Les six catégories de troubles anxieux

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), on peut retrouver six entités cliniques dans les troubles anxieux (HAS, 2007b) :

- Le **TAG : trouble anxieux généralisé**
- La **phobie sociale** (ou Trouble anxiété sociale)
- La **phobie spécifique**
- Le **trouble panique** (avec ou sans agoraphobie)
- Le **TOC : trouble obsessionnel compulsif**
- L'**ESPT : état de stress post-traumatique**

3.1.2.4 Points communs aux six troubles anxieux

Trois processus émotionnels sont rencontrés dans les différents troubles anxieux (Philippot & Douilliez, 2014) :

- **L'attaque de panique** : C'est une expérience paroxystique d'anxiété dans laquelle sont retrouvés des symptômes physiologiques (palpitations et accélération cardiaques, gêne respiratoire et hyperventilation entraînant la survenue de vertiges et paresthésies, sensation de chaud/froid, transpiration, nausées, etc.), psychologiques (sensation de mort imminente, peur de « devenir fou ») et comportementaux (agitation hypervigilante, tremblements, etc.) (Ferreri & Ferreri, 2001). L'attaque de panique est expérimentée dans tous les troubles anxieux et non pas uniquement dans le trouble panique, ce que nous étudierons plus loin.
- **Le comportement de vérification** : C'est une stratégie de régulation émotionnelle mise en place par l'individu dans les différents troubles anxieux, qui s'avère entretenir le maintien de ces troubles sur le long terme. Elle constitue un évitement de l'expérience émotionnelle, la vérification servant alors à ne pas être exposé au stimulus anxiogène.

- **Les pensées récurrentes négatives** : Ce sont des inquiétudes, des ruminations que l'individu ressasse de manière répétée et persistante. On les retrouve dans le TAG, les phobies (sous forme de ruminations anticipatoires), dans les TOC et l'ESPT.

3.2 Description clinique des troubles anxieux

3.2.1 Attaque de panique et trouble panique avec ou sans agoraphobie

3.2.1.1 L'attaque de panique

Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'attaque de panique est un épisode aigu d'anxiété, à début brutal, pendant lequel des symptômes d'ordre psychique, physiologiques et comportementaux sont observés. Selon le DSM-5[®], « une attaque de panique est une montée brusque (et durant un état de calme ou d'anxiété) de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants (American Psychiatric Association, 2015) :

1. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausée ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou d'impression d'évanouissement.
9. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
11. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir. »

Les signes psychiques amènent l'esprit à être envahi de pensées catastrophiques (peur de devenir fou, de perdre le contrôle, de mourir). La concentration sur une tâche devient alors impossible, et la mémoire peut défaillir. Les symptômes comportementaux varient énormément d'un individu à l'autre : agitation, fuite, inhibition ou même sidération. Les signes physiques sont très polymorphes

et impressionnants. Les symptômes cardiaques (laissant croire au sujet à la survenue d'un infarctus ou autre accident fatal), l'hyperventilation (entraînant paresthésies, sensation ébrieuse et vertiges) par exemple, ne font qu'augmenter l'anxiété du patient (Pelissolo, 2009a).

C'est un « cercle vicieux » comme le décrit le modèle de Clark (1986) : la spirale de la panique (Servant, 2012f).

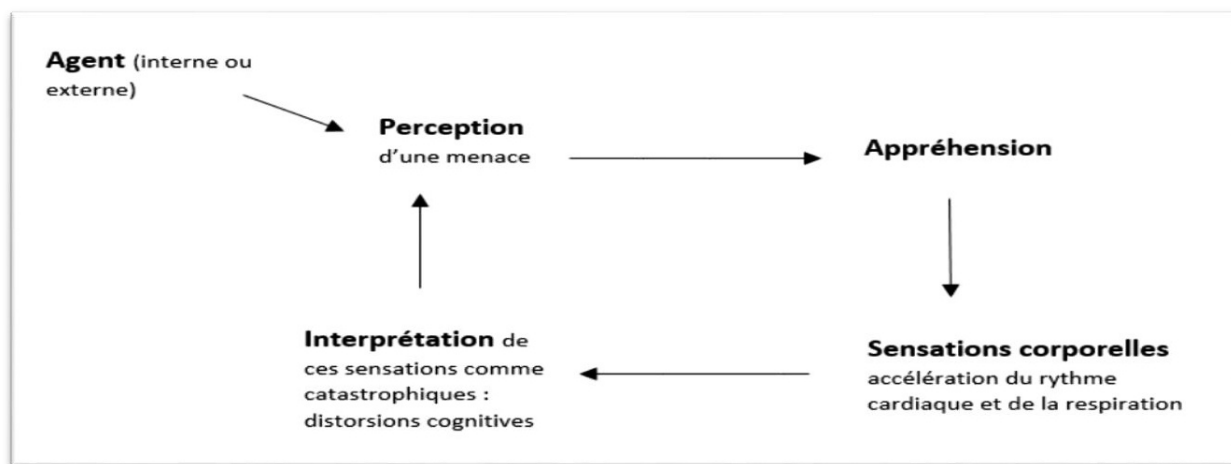


Figure 7 - Spirale de la panique (modèle de Clark, 1986) d'après (Servant, 2012f)

La durée totale d'une crise d'angoisse peut aller de quelques minutes à une heure. En général, l'intensité des symptômes arrive à son maximum très rapidement, on observe ensuite un plateau de quelques minutes, et le calme revient progressivement (Pelissolo, 2009a).

Chez certaines personnes, les accès de panique peuvent être isolés, sans lendemain. Chez d'autres, elles se répèteront et donneront lieu à l'instauration d'un trouble panique (Servant, 2001).

3.2.1.2 Le trouble panique

Le trouble panique correspond à la répétition des attaques de panique dans le temps, laissant place à un trouble marqué par la présence d'une anxiété anticipatoire. Cette anxiété peut augmenter entre les crises et est le symptôme central du trouble panique (Servant, 2001). C'est la « peur d'avoir peur ». Initialement, le patient ne craint pas une situation ni un objet en particulier, car l'attaque de panique survient sans motif et de manière inattendue, mais il se met à redouter sa propre réaction de peur. Il y pense toute la journée et tous les jours et se met à modifier son comportement à cause

du risque de survenue d'une crise d'angoisse. En effet, le comportement d'évitement est lui aussi un symptôme majeur du trouble panique (Pelissolo, 2009b).

Les critères diagnostiques du trouble panique énoncés dans le DSM-5[®] sont retrouvés en Annexe 1 (American Psychiatric Association, 2015).

3.2.1.3 L'agoraphobie (Pelissolo, 2009b ; Boulenger & Capdeville, 2014)

Si le caractère inattendu, inexplicable et imprévisible des premières crises entraîne la « peur d'avoir peur », cette anxiété anticipatoire peut, au fil du temps, devenir une « peur des situations » qui favoriserait la survenue d'une attaque de panique. Ce sont toutes les situations au cours desquelles on ne peut s'échapper facilement en cas de crise d'angoisse et où il serait compliqué voire impossible d'être secouru. Elle ne correspond donc pas uniquement à la définition que nous connaissons tous qui implique une peur de la foule ou des places.

Le symptôme central de l'agoraphobie est l'évitement de situations phobogènes susceptibles de provoquer une crise de panique (Boulenger & Capdeville, 2014) :

- Foule, magasins, centres commerciaux
- Conduite automobile, autoroutes, encombrements
- Transports en commun, avion, endroits clos
- Espaces vides, lieux publics, salles de spectacle
- Situations d'immobilisation (coiffeur, dentiste, files d'attente)
- Ponts, tunnels, routes sinueuses ou escarpées
- Être seul, loin d'un pôle de sécurité (maison, hôpital, pharmacie)
- Effort physique, activité sexuelle, émotions intenses.

L'agoraphobie peut s'ajouter à un trouble panique déjà existant (c'est le cas pour un trouble panique sur deux). Dans ce cas, le patient craint la survenue d'une attaque de panique dans les situations décrites ci-dessus. Il existe également des cas d'agoraphobie sans antécédents d'attaques de panique, qui suivent la survenue d'événements marquants ayant menacé le sentiment personnel de sécurité (deuil, perte...) (Graziani, 2003), ou bien la survenue d'événements paroxystiques

d'origine organique (épilepsie, vertiges, hypoglycémie). Chez ces autres sujets, la crainte n'est plus la crise de panique mais est plus vague : peur d'un malaise, d'une chute, d'un accident mal défini. Les critères diagnostiques de l'agoraphobie énoncés dans le DSM-5[®] sont retrouvés en Annexe 1 (American Psychiatric Association, 2015).

Les répercussions de ce trouble peuvent être grandement handicapantes par la perte d'autonomie qu'occasionnent les évitements de situation : arrêt de la conduite, nécessité de se faire accompagner, etc. Ils renforcent également le sentiment de peur puisque les sujets n'affrontent plus les situations.

3.2.2 TAG : Trouble anxieux généralisé (Graziani, 2003 ; Pelissolo, 2009b ; Servant, 2012e ; Boulenger & Ansseau, 2014)

L'élément caractérisant le mieux le TAG est la présence d'une anxiété et des soucis excessifs dont l'intensité, la fréquence et la durée sont disproportionnées par rapport à la probabilité réelle d'un événement négatif. Cette anxiété excessive dure plus de quelques jours, sur au moins 6 mois. Les caractéristiques qui font d'elle un trouble anxieux (en opposition à une tendance non pathologique à l'inquiétude observée chez de nombreux sujets « sains ») sont les suivantes :

- Elle est permanente, survient très souvent dans la journée et presque tous les jours
- Elle est durable : présente depuis au moins 6 mois
- Elle est incontrôlable, le patient ne pouvant plus se raisonner
- Elle porte sur au moins deux thèmes différents
- Elle appartient à des domaines de la vie quotidienne qui concernent le patient ou ses proches : santé, argent, travail, réussite, famille, etc. Ex : l'individu imagine des scénarios catastrophe si un proche n'est pas rentré à l'heure attendue, si la sonnerie du téléphone retentit, s'il reçoit une lettre recommandée...

Ce trouble est également accompagné de signes physiques et physiologiques qui traduisent une hyperactivité végétative : la tension musculaire est un symptôme dominant de cette pathologie. Les nausées, une miction fréquente, des sueurs, difficultés à se concentrer, insomnies et surtout une hypervigilance (donnant lieu à des réactions de sursauts déclenchées par des stimuli soudains, faisant foi de la présence d'une attente craintive importante) sont notés.

Les critères de diagnostic issus du DSM-5[®] et reprenant les caractéristiques cliniques du TAG sont énoncées dans l'Annexe 1 (American Psychiatric Association, 2015).

L'altération de la qualité de vie du patient est extrêmement importante : afin d'obtenir un sentiment de sécurité renforcé, il rumine, ressasse, vérifie, cherche des solutions pour éviter tout danger et développe une intolérance à l'incertitude (qu'il n'y ait pas de danger, que tout se passe bien). Tous ces stratagèmes ne font que renforcer la nécessité de s'inquiéter et le sujet s'épuise (Chapelle, 2014f).

3.2.3 TOC : Trouble obsessionnel compulsif (Graziani, 2003 ; Pelissolo, 2009b ; Chapelle, 2014g ; Doumy & Aouizerate, 2014)

Le TOC est défini par la présence chez un patient de deux éléments sémiologiques distincts mais liés : les obsessions et les compulsions.

3.2.3.1 Définitions des obsessions et compulsions

L'obsession est une « idée qui s'impose à l'esprit de manière répétitive, pénible, reconnue par le sujet comme absurde, morbide, mais dont il ne peut se départir malgré une lutte anxieuse pour la chasser » (Ferreri & Ferreri, 2001). La plupart du temps, les obsessions concernent une idée que le patient réprime sur le plan moral (Millet-Ilharreguy, 2015). Elles ont alors un caractère « égodystonique » : le contenu des pensées est interprété par le sujet comme en contradiction avec ses propres croyances, valeurs et volonté. À l'inverse, une obsession « égodynamique » évoque le fait que l'individu soit en accord avec cette idée (Pelissolo, 2009b ; Doumy & Aouizerate, 2014). C'est le cas lorsque les troubles sont anciens, l'anxiété n'apparaît alors plus (Chapelle, 2014g). Ce sont ces idées obsédantes qui provoquent un état d'anxiété chez le patient.

À côté, nous trouvons les compulsions, qui elles, visent à réduire l'anxiété générée par les obsessions. Elles traduisent la lutte anxieuse contre les obsessions. Ce sont des comportements de répétitions d'actes physiques ou mentaux appartenant au quotidien ou bien des séquences d'actions devant être effectuées d'une manière précise que ce soit par le nombre ou par leur ordre (Clair et al., 2012) . On parle de « rituel compulsif » (Pelissolo, 2009b).

Le lien entre obsession, anxiété et compulsion est apparenté à un cercle vicieux, comme le montre le schéma suivant (Millet-Ilharreguy, 2015).

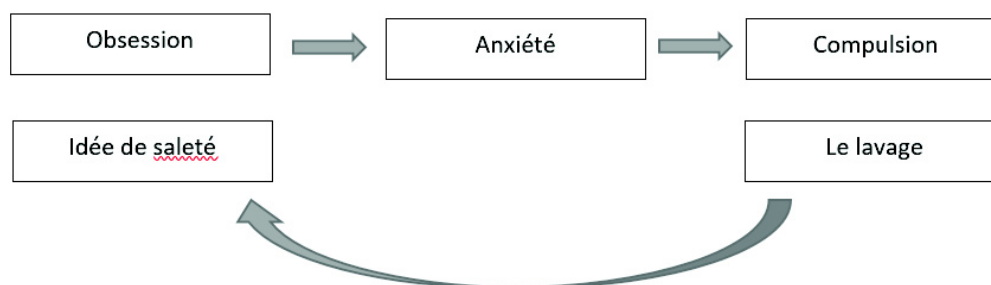


Figure 8 - Lien entre obsession, anxiété et compulsion : un cercle vicieux selon (Millet-Ilharreguy, 2015)

3.2.3.2 Classifications thématiques

Les thèmes des obsessions et compulsions sont très nombreux et variés. Face à cette hétérogénéité, des « sous-types » cliniques ont été créés afin de tenter de classer ces symptômes. (Clair *et al.*, 2012). Différentes classifications ont vu le jour, mais les thèmes retrouvés plus fréquemment sont les suivants :

- **Les obsessions peuvent être classées selon quatre thèmes** (Chapelle, 2014g ; Doumy & Aouizerate, 2014) :
 1. Le thème agressif regroupe des obsessions agressives (crainte de faire du mal aux autres ou à soi, d'agir de façon non voulue comme pousser quelqu'un, poignarder un ami), des obsessions sexuelles (pensées/impulsions interdites, amORAles), religieuses et somatiques (pensées centrées sur la santé). Ces types de pensées poussent à des comportements compulsifs de vérification.
 2. Le thème erreur/perfection dans lequel on retrouve les obsessions de symétrie, d'ordre (chaque objet doit être placé au bon endroit) et d'exactitude (peur d'avoir commis une erreur au travail, peur d'avoir oublié de couper l'eau ou le gaz en quittant son domicile) ou encore des pensées qui feraient intervenir un malheur. Ces obsessions donnent souvent lieu à des comportements de comptage ou de conduites compulsives de rangement.

3. Les obsessions de souillure : contamination par des germes/produits toxiques, peur d'être en contact avec la saleté, peur de contracter une maladie (VIH, méningite, vache folle), dégoût pour les sécrétions naturelles (urine, sueur, selles). Ces types d'idées s'accompagnent souvent de compulsions de lavage/nettoyage/désinfection.
4. Ce thème regroupe les obsessions d'accumulation et de collection d'objets.

La plupart du temps, les personnes souffrant de TOC présentent plusieurs obsessions simultanément avec parfois des intrications entre elles. Les obsessions de contamination sont les plus fréquentes (45%) avec les obsessions somatiques (36%) et d'ordre et de symétrie (31%).

- **Les compulsions les plus retrouvées sont** (Chapelle, 2014g ; Doumy & Aouizerate, 2014 ; Millet-Ilharreguy, 2015) :

1. Les compulsions de vérification (63%) : vérification visuelle (boutons du gaz en position fermée), manuelle (toucher, serrer) ou auditive. Elles sont là pour répondre à l'idée obsédante du doute.
2. Les compulsions de lavage (50%) : les mains sont concernées dans la majeure partie des cas, moins l'ensemble du corps. Le rituel est long et fait usage de produits souvent agressifs.
3. Les compulsions mentales : le fait de compter ou arithmomanie (36%) en rapport avec une croyance superstitieuse ou sans but, se répéter certaines phrases, compter un certain nombre de fois les actes à faire (compulsion de répétition : taper trois fois du doigt, monter 3 marches puis en descendre 2).
4. Les compulsions de type comportemental : aligner, ranger, se lever/asseoir, ne pas marcher sur les lignes...

3.2.3.3 Lien entre obsessions et compulsions

Il est possible d'expliquer maintenant que les obsessions peuvent être vues comme induites par une surestimation des conséquences négatives auxquelles le sujet s'expose dans certaines situations. Le doute obsessionnel correspond au fait que le patient se pense en situation d'erreur. C'est d'ici que naît l'anxiété. Les compulsions apparaissent comme des réponses comportementales destinées

à réguler cette anxiété (Doumy & Aouizerate, 2014), bien qu'elles soient inadaptées. C'est ce que nous pouvons observer dans le schéma suivant (Graziani, 2003).

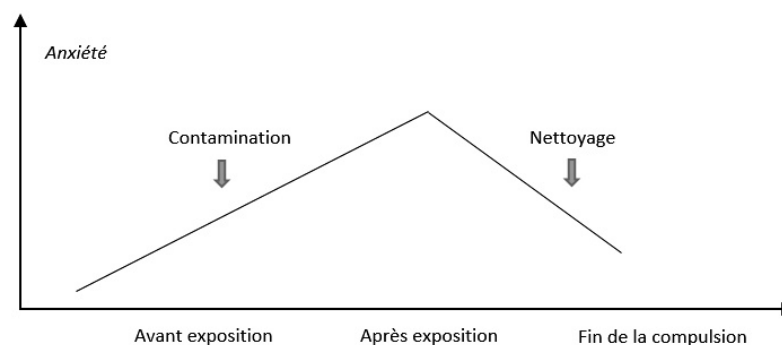


Figure 9 - L'anxiété augmente après exposition au stimulus anxiogène et baisse après le comportement de nettoyage, d'après (Graziani, 2003)

Elles peuvent avoir un caractère préventif (les compulsions de vérification par exemple, servent à empêcher qu'il arrive quelque chose de grave) ou bien elles ont le but de réduire les conséquences négatives craintes (par le lavage, le sujet évite la contamination).

Le comportement de lavage/nettoyage présente également une composante d'évitement (le sujet peut porter des gants pour éviter d'être en contact avec la moindre salissure ou fuir les endroits où il pourrait être contaminé par le moindre agent pathogène) qui est très fréquente dans les TOC et vient les renforcer (Graziani, 2003). Sur un plan clinique, les TOC regroupent donc obsessions, compulsions, anxiété et évitements (Chapelle, 2014g).

3.2.3.4 Diagnostic

Pour que le diagnostic de TOC soit posé, il faut que les obsessions et compulsions le composant aient un retentissement et un caractère envahissant significatif dans la vie de l'individu, c'est-à-dire une perte de temps quotidienne d'au moins une heure. De plus, la reconnaissance du caractère disproportionné et excessif du trouble par le patient est nécessaire (Clair *et al.*, 2012 ; Chapelle, 2014g). Les critères de diagnostic du DSM-5[®] concernant les TOC sont retrouvés en Annexe 1 (American Psychiatric Association, 2015).

Une fois le diagnostic de TOC posé, il est possible de l'affiner en déterminant si le trouble est :

- **À dominance compulsive** : cette forme serait le plus souvent associée à des compulsions de type moteur effectuées en réponse à une anxiété plus qu'à une peur de quelque chose de précis.
- **À dominance obsessionnelle** : les pensées de thème agressif sont davantage représentées ici.
- **Mixte** : la plus classique, fréquente et facile à diagnostiquer (obsessions de contamination avec rituel de lavage la plupart du temps) (Clair *et al.*, 2012).

3.2.4 Les phobies spécifiques

3.2.4.1 Définition phobie

C'est une « peur non raisonnée et continue d'un objet, d'un être vivant ou d'une situation déterminée qui, en eux-mêmes, ne présentent aucun danger. Le sujet est conscient de l'irrationalité de sa phobie et il souffre du fait que son comportement est régi par l'évitement du stimulus phobogène et la crainte de lui être confronté » (Postel, 2011).

3.2.4.2 Critères cliniques de la phobie spécifique

Cette phobie est caractérisée par une peur irraisonnée, incontrôlable et prolongée déclenchée lors de la confrontation ou l'anticipation à des objets ou situations réelles qui représentent un danger externe (Servant, 2012g). Elle peut déclencher une attaque de panique. Pour empêcher cette issue, le sujet a tendance à adopter une conduite d'évitement pour se soustraire à la confrontation phobogène. Ce comportement d'évitement conduit à un degré de handicap variable sur la vie de l'individu (Ferreri & Ferreri, 2001).

Alors, qu'il se sent en sécurité quand il n'est pas confronté à l'objet/situation qu'il appréhende, le patient vient à consulter son médecin lorsque peur, évitement et anticipation anxieuse interfèrent de manière envahissante avec sa vie quotidienne (avoir peur de conduire est plus handicapant que craindre de se retrouver face à un lion, par exemple).

Sont distingués plusieurs sous-types de phobie spécifique :

- **Le type animal** : vision ou rencontre avec un animal, le plus souvent insectes, serpents, souris, etc.

- **Le type environnement naturel** : orages, l'eau, le vide, la hauteur, etc.
- **Le type sang, injection, accident**
- **Le type situationnel** : ponts, tunnels, transports en commun, conduite automobile, etc.
La peur est alors souvent axée sur l'anticipation d'avoir un accident (Servant, 2012g).
- **Autre type** : s'étouffer, vomir, contracter une maladie.

Les critères diagnostics du DSM-5 sont exposés en Annexe 1 (American Psychiatric Association, 2015).

3.2.4.3 Deux composantes de la clinique (Chapelle, 2014d ; Cottraux and Mollard, 2014)

L'**anxiété** peut s'exprimer au maximum par une attaque de panique, avec les symptômes que nous avons déjà évoqués : tremblements, gêne respiratoire, tachycardie, palpitations.

Dans certains cas, une réponse particulière peut être observée. En effet dans la phobie type sang-accident on remarque pour 70% des personnes ayant peur du sang : une tension artérielle et un rythme cardiaque qui s'accroissent pendant quelques secondes pour ensuite chuter de manière brusque et entraîner un évanouissement.

L'**évitement** qui vient renforcer la phobie contrairement à ce que le patient pense et qui peut être de deux ordres :

- **situationnel strict** : éviter un lieu ou un animal redouté, ne pas conduire...
- **partiel** : prise de médicaments, objets contraphobiques, être accompagné.

3.2.5 La phobie sociale (Graziani, 2003 ; Tignol, 2014)

3.2.5.1 Généralités

C'est une crainte irraisonnée et infondée dont l'objet est une ou plusieurs situations sociales. Ces situations sociales sont banales et chez la personne saine, ne suscitent pas de crainte. Elles peuvent être (Chapelle, 2014e ; Servant, 2012g) :

- Des situations de prise de parole et d'interaction sociale formelle (réunion au travail) ou informelle (invitation à une soirée, parler à son voisin de palier)

- Des situations d'affirmation de soi (exprimer son désaccord)
- Des situations de performance (faire une présentation ou jouer d'un instrument en public)
- Des situations où le sujet est soumis à l'observation d'autrui (aller au restaurant, manger, boire devant quelqu'un)

En effet, le sujet craint de se conduire de façon embarrassante et humiliante sous le regard d'autrui et d'être jugé ou évalué de façon négative. La peur de l'extériorisation de certains symptômes somatiques est marquée dans la phobie sociale : la peur de rougir, de transpirer, de bégayer... (Pelissolo, 2009b).

Les critères cliniques du trouble d'anxiété sociale sont réunis dans le tableau de l'Annexe 1 issu du DSM-5® (American Psychiatric Association, 2015).

3.2.5.2 Les deux principales caractéristiques de la phobie sociale

L'**anxiété importante** et l'**évitement** caractérisent la sévérité de la phobie sociale. Lorsque le patient est exposé à la situation qu'il craint, il ressent une forte anxiété qui peut aller jusqu'à l'attaque de panique. C'est l'affrontement anxieux.

Il peut choisir également l'évitement de la situation phobogène. Il ne se confronte alors qu'en partie à cette situation, ou bien pas du tout. On peut noter deux types d'évitements :

- **Situationnels classiques** : éviter certains lieux, ne pas prendre la parole
- **Subtils** : ne pas manger dans certaines situations, masquer une rougeur par des crèmes (Chapelle, 2014e).

3.2.5.3 Deux types de phobies sociales (Graziani, 2003 ; Tignol, 2014)

1. **L'anxiété sociale généralisée** : le patient craint pratiquement toutes les situations sociales
2. **L'anxiété sociale spécifique** : elle n'apparaît que dans certaines situations. Elle est donc proche de la phobie spécifique.

Le DSM-5[®] ne retient plus ces distinctions mais parle d'un cas particulier, l'anxiété sociale de « type seulement de performance » : si la peur est limitée aux situations de performance (musique, danse...) ou de parler en public (American Psychiatric Association, 2015).

3.2.5.4 Différence entre timidité et phobie sociale (Servant & Parquet, 1997 ; Graziani, 2003)

La timidité est une sorte de « version non pathologique » de la phobie sociale. Son intensité et le retentissement de ses symptômes sont moindres que dans le trouble d'anxiété sociale : ne pas oser parler dans un groupe ne justifie pas le diagnostic de phobie sociale. En effet, pour cela, il faut pouvoir observer des symptômes de grande anxiété et d'évitements altérant la qualité de vie du patient ainsi qu'une perception erronée du jugement des autres par le patient (il se dévalorise et minimise ses performances).

3.2.5.5 Différence entre trac et phobie sociale (Servant & Parquet, 1997 ; Boiron et al., 2012)

Le trac, autrement appelé « anxiété de performance », survient lors de l'exécution d'une tâche dans des conditions d'observation par une ou plusieurs personnes (sportif, acteur, enseignant...) ou toute autre situation dans laquelle l'individu ne se permet pas l'échec. Le trac diminue en général avec la poursuite de l'activité, le sujet trouve ses moyens de réussite. Mais il peut également évoluer dans le temps et aboutir à une phobie sociale une fois que des récives et des comportements d'évitement ont eu lieu.

3.2.6 ESPT : l'état de stress post-traumatique (Ferreri & Ferreri, 2001 ; Graziani, 2003)

3.2.6.1 Caractéristiques

Les caractéristiques de ce trouble consistent dans le développement d'un symptôme de souffrance après que le sujet ait vécu un événement hors du commun.

L'ESPT est observé à la suite d'un événement traumatique majeur menaçant la vie ou l'intégrité physique du patient : guerre, terrorisme, catastrophes naturelles, agressions physique et sexuelles, découverte de quelqu'un gravement blessé ou mort, etc. La latence d'apparition est très variable, pouvant aller jusqu'à plusieurs mois.

L'ESPT est le seul état anxieux qui se définit par sa cause, le traumatisme, qui est obligatoire mais pas nécessairement suffisante (les stressors les plus importants ne produisent pas forcément de trouble post-traumatique chez toutes les personnes) (Graziani, 2003 ; Boiron *et al.*, 2012).

3.2.6.2 Les 3 phases du développement de l'ESPT

Trois phases successives s'observent sans le développement de l'état de stress post-traumatique (Pelissolo, 2009b ; Boiron *et al.*, 2012) :

Phase 1 : la confrontation à l'événement stressant

Les capacités adaptatives de l'individu sont complètement dépassées, différents types de réactions « inadaptatives » de stress dépassé peuvent être observés (Ducrocq & Vaiva, 2014) :

- Réaction de sidération affective et motrice : peur intense, sentiment d'impuissance
- Fuite affolée et irréfléchie
- Agitation confuse
- Conduite automatique (gestes automatiques, préoccupations inadaptées au contexte), dépersonnalisation, déréalisation et amnésie.

Phase 2 : latence

Période d'accalmie pendant laquelle la détresse diminue durant quelques jours à quelques mois voire années.

Phase 3 : apparition de l'ESPT

Elle peut durer des mois ou des années et est caractérisée par plusieurs symptômes observables :

- Les symptômes de répétition traumatique (elle est systématique) consistent en la reviviscence constante de l'événement choquant : omniprésence d'images, cauchemars, pensées, flash-backs)

- La conduite d'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme : évitement de pensées, lectures, images, lieu de l'accident qui évoqueraient l'événement et entraîneraient une détresse psychologique. Ces conduites peuvent induire de véritables phobies et des troubles de la relation sociale.
- L'émoussement affectif : perte de plaisir pris dans les activités habituelles, d'intérêt pour la vie courante, isolement, détachement vis-à-vis des autres, etc.
- Hyperactivité neurovégétative entraînant difficultés d'endormissement, irritabilité, problèmes de concentration, hypervigilance anxieuse (sursaut au moindre bruit, claquement de porte, sonnerie de téléphone) et modifications du caractère (Pelissolo, 2009b ; Ducrocq & Vaiva, 2014).

3.2.6.3 Stress aigu, ESPT et critères diagnostiques

On parle de stress aigu lorsque les symptômes durent moins d'un mois et d'ESPT à partir d'un mois jusqu'à plusieurs années. La gravité de ce trouble repose sur l'intensité extrême des symptômes, la souffrance engendrée par l'anxiété permanente et le risque accru de survenue de complications psychiatriques, comme la dépression ou les conduites addictives.

Les critères diagnostiques du DSM-5[®] sont énoncés en Annexe 1 (American Psychiatric Association, 2015).

3.3 Épidémiologie, facteurs de risques et comorbidité des troubles anxieux

3.3.1 Données épidémiologiques : prévalence et sex-ratio

Les troubles anxieux sont les pathologies psychiatriques les plus répandues, devant les troubles dépressifs. Plusieurs études ont tenté de quantifier les taux de prévalence des troubles anxieux sur 12 mois et sur la vie entière, à l'aide d'un même outil diagnostique qu'est le CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). Ces études sont entre autres, l'ESEMED (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) qui concerne 6 pays européens (Belgique, France, Pays-Bas, Espagne, Italie et Allemagne), la NCS (*National Comorbidity Survey*) concernant les États-

Unis et la NEMESIS (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) pour les Pays-Bas (Norton *et al.*, 2014). L'ESEMeD est la plus récente, ayant été réalisée entre 2001 et 2003.

On remarque dans le tableau suivant, que la prévalence des troubles anxieux sur la vie en France est de 22,4%, pour 13,6% dans les 6 pays européens (Servant, 2012b).

	Prévalence sur 12 mois (en%)	Prévalence sur la vie (en%)
France (ESEMeD)	9,8	22,4
Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas (ESEMeD)	6,4	13,6
États-Unis (NCS)	17,2	24,9
Pays-Bas (NEMESIS)	12,4	19,3

Tableau 4 - Prévalence sur 12 mois et sur la vie des troubles anxieux (enquêtes récentes ayant utilisé le CIDI) selon (Servant, 2012b)

Aussi, sur l'ensemble des troubles anxieux, les femmes seraient deux fois plus touchées que les hommes.

Concernant chacun des troubles anxieux, les prévalences, évolution et sex-ratio sont les suivants (Servant, 2012b ; Norton *et al.* 2014) :

***Phobies spécifiques** : elles touchent beaucoup plus fréquemment les femmes avec un sex-ratio de 2 à 4 pour 1. Elles débutent dans l'enfance entre 5 et 9 ans ou plus tard entre 20 et 30 ans et à l'âge adulte sont associées 2 fois sur 3 à un autre trouble psychiatrique.

Elles ont une prévalence de 4,7% sur 12 mois et de 11,6% sur la vie entière, en France. Il s'agit du trouble anxieux le plus répandu et, parallèlement, du moins handicapant (Servant, 2012g).

***TAG** : il est le trouble le plus répandu après la phobie sociale. Sa prévalence sur 12 mois est de 2,1% et de 6,0% sur la vie entière.

Deux femmes pour un homme sont touchées par cette pathologie. Elle débute en général vers 20 ans et son incidence augmente avec l'âge. Neuf fois sur dix, cette pathologie s'associe à un autre trouble psychologique (Servant, 2012e).

Sa durée est particulièrement longue et son évolution instable.

***Phobie sociale** : Elle a, en France, une prévalence sur 12 mois de 1,7% et sur la vie de 4,7%.

Cette pathologie peut débuter dès l'enfance (Servant, 2012g).

***Trouble panique** : Les crises de panique concerneraient au moins 7 à 9% de la population au cours de la vie. Elles sont très fréquentes chez le jeune adulte. Le trouble panique lui, a une prévalence sur 12 mois de 1,2% et sur la vie entière de 3%, en France. Il touche également l'adulte jeune, 2 fois sur 3, il s'agit d'une femme (Servant, 2012f).

***TOC** : ils atteignent 2 à 3% de la population générale sur la vie (pour 0,5 à 1% sur 12 mois) et touche autant d'hommes que de femmes (sex-ratio = 1). Ils peuvent se déclarer dès l'enfance (Clair *et al.*, 2012). Malgré des périodes de rémissions intermittentes, l'évolution reste à tendance chronique.

***ESPT** : la prévalence sur 12 mois est de 2,2% et de 3,0% sur la vie. Son évolution varie d'un patient à l'autre mais quelques études ont abouti aux statistiques suivantes : en prenant l'exemple d'un accident de la voie publique, on observerait une rémission complète à 6 mois chez 40% des individus, 50% verraient des manifestations légères à modérées perdurer et 10% seraient sujets à une aggravation de leur symptomatologie (Ducrocq & Vaiva, 2014).

3.3.2 Facteurs de risque (Servant, 2012b ; Norton *et al.*, 2014)

- **Le sexe** : Dans toutes les études, la prévalence des troubles anxieux chez la femme est deux fois plus élevée que chez l'homme (particulièrement dans le trouble panique, les phobies spécifiques et le TAG) et les femmes ont un risque 3 fois plus important que les hommes de développer une comorbidité (ici, la dépression).
- **L'âge** : l'apparition de pathologies anxieuses intervient en moyenne entre 15 et 25 ans (sauf pour la phobie spécifique avec un pic entre 5 et 9 ans).
- **Le mode de vie** : la prévalence des troubles anxieux chez les personnes divorcées, vivants seules, veuves, sans emploi, ou en milieu urbain est plus importante. Par exemple, selon l'étude ESEMeD, 9,3% des personnes recherchant un emploi présentent une pathologie anxieuse contre 6,2% ayant un travail. Aussi, le fait de vivre seul et d'avoir peu de liens familiaux et sociaux peut être considéré comme un risque de complication dépressive.
- **Facteurs de vulnérabilité** : ils sont les facteurs héréditaires et familiaux (les troubles anxieux sont plus présents dans les familles d'anxieux) et l'inhibition comportementale

(la présence de ce tempérament de peur face à une nouveauté environnementale dans l'enfance peut être en lien avec le développement d'une pathologie anxieuse).

- **Facteurs environnementaux** : les événements de vie (la survenue d'un ou plusieurs « événements de vie » négatifs serait en lien avec l'étiologie des troubles anxieux), les problèmes familiaux et les modes relationnels intrafamiliaux (modalités d'apprentissage, manque d'attention, par exemple.).

3.3.3 Les comorbidités

Nous présentons ici une liste non exhaustive des comorbidités des troubles anxieux.

1. Comorbidité dépressive :

La comorbidité dépressive est de loin la plus rencontrée. En effet, dans l'étude ESEMeD, 28,3% des patients ayant un trouble anxieux au cours des 12 derniers mois avaient aussi un trouble dépressif (Norton *et al.*, 2014). Plusieurs caractéristiques peuvent prédire l'apparition d'une dépression : la présence d'au moins deux troubles anxieux, un retentissement fonctionnel important et l'existence d'attaques de panique (Pelissolo, 2014).

2. Comorbidité entre les troubles anxieux

Le niveau de comorbidité est très élevé entre les différents troubles anxieux. Par exemple, pour le TAG les autres pathologies anxieuses associées sont l'agoraphobie, le trouble panique, les phobies sociale et spécifique et l'ESPT (par ordre décroissant d'importance). L'ESPT, lui, est fortement associé au trouble panique. La phobie spécifique est la pathologie la moins liée aux autres (Norton *et al.*, 2014).

3. Troubles bipolaires et psychotiques (Clair *et al.*, 2012)

Les troubles bipolaires touchent 10 à 20% des patients souffrant de TOC et 40% en moyenne des individus souffrant de TAG (Norton *et al.*, 2014). Seulement 1 à 2% de patients atteints de TOC souffrent aussi d'un trouble psychotique. A l'inverse, 8 à 20% des patients atteints d'un trouble psychotique type schizophrénie souffrent également de TOC (Clair *et al.*, 2012).

4. Pathologies cardiovasculaires : les troubles anxieux peuvent augmenter le risque d'hypertension artérielle, de maladie coronarienne, d'infarctus du myocarde.
5. Pathologies respiratoires : les pathologies comme l'asthme qui entraînent une sensation de suffocation sont logiquement liées aux troubles anxieux (6,5% des patients asthmatiques auraient un trouble panique).
6. Pathologies neurologiques : jusqu'à 38% des personnes atteintes de la maladie de Parkinson présenteraient un trouble anxieux (Norton *et al.*, 2014).
7. Conduites addictives : Exemple de l'alcool.

La comorbidité entre consommation éthylique et troubles anxieux est très forte. Cette association est liée aux effets anxiolytiques voire antiphobiques et désinhibiteurs de l'alcool à court terme (à long terme, l'alcool est anxiogène). Dans le syndrome de sevrage à l'alcool, de nombreux symptômes sont similaires à ceux de l'anxiété (ce sevrage peut aller jusqu'à prendre une forme d'attaque de panique). Pour chacun des troubles anxieux, il faut donc déterminer la relation de causalité entre addiction à l'alcool et pathologie anxieuse (lequel est un facteur de risque de développer l'autre) (Servant & Parquet, 1995 ; Dupuy & Vorspan, 2014). La prévalence du trouble panique est, elle, multipliée par 4 chez les sujets dépendants à l'alcool par rapport aux individus non consommateurs (Servant, 2001).

8. Autres comorbidités : pathologies endocriniennes, conduite suicidaire, migraines, etc.

3.4 Neurochimie des troubles anxieux (Colasanti & Nutt, 2014)

Afin de pouvoir aborder dans le chapitre suivant les différents traitements pharmacologiques utilisés dans les pathologies anxieuses, nous nous intéressons ici, et dans un premier temps, à l'étude neurochimique de l'anxiété. C'est en fait la découverte inattendue de médicaments anxiolytiques qui a permis la recherche sur la neurochimie de l'anxiété.

Il existe plusieurs systèmes cérébraux susceptibles d'entrer en jeu dans l'anxiété dont le GABA, la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine, le glutamate, les opioïdes... Nous étudierons les plus importants dans ce chapitre.

3.4.1 Le GABA (Landry & Gies, 2014a ; Stahl, 2015)

Le GABA, acide γ -aminobutyrique, est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central (SNC). En s'opposant au glutamate (excitateur), il permet le contrôle de l'excitabilité neuronale et le maintien des fonctions normales du SNC par exemple, un déséquilibre entre les deux médiateurs est impliqué dans l'épilepsie).

3.4.1.1 Métabolisme et catabolisme du GABA

Le GABA est synthétisé à partir du glutamate par la L-Glutamate-Décarboxylase (et le Cofacteur phosphate de pyridoxal, vitamine B6). Après sa capture neuronale, il est dégradé en aldéhyde semi-succinique (SSA) par la GABA-transaminase puis en acide succinique par l'aldéhyde déshydrogénase (ou SSA-déshydrogénase).

3.4.1.2 Récepteurs et rôles du GABA

Récepteurs : Le GABA agit sur deux principaux types de récepteurs (R) :

- R. d'action rapide (R. canaux ioniques Cl⁻ inhibiteurs) : R. GABA-A et R. GABA-C
- R. d'action lente, couplé aux protéines G : R. GABA-B

Rôles :

Le récepteur GABA-A (composé de 5 sous-unités, qui, regroupées, forment un canal chlore) est le plus présent au niveau du SNC et est ciblé par la majorité des anxiolytiques, c'est pourquoi de nombreuses études ont été faites à son sujet concernant les anomalies de sa fonction et de son expression. Il joue également un rôle modérateur sur d'autres types de neurones : dopaminergiques, cholinergiques et sérotoninergiques.

Nous savons que l'augmentation du signal GABAergique est : anxiolytique, anticonvulsivante, sédative, amnésique et décontractante musculaire.

La diminution de la transmission donne à l'inverse des symptômes proches de ceux des troubles anxieux : éveil, anxiété, agitation, sentiment de mort imminente, etc.

3.4.1.3 Ligands des R GABA-A en thérapeutique anxiolytique

BZD : Les benzodiazépines agissent comme des agonistes du récepteur GABA-A. Ce dernier est composé de 5 sous-unités protéiques et les BZD ciblent un site spécifique de liaison des benzodiazépines, situé entre les sous-unités α et γ . L'action thérapeutique de ces médicaments est donc anxiolytique, amnésiante, hypnotique, anti-convulsivante et décontractante musculaire. Ces propriétés sont obtenues à des degrés divers en fonction du profil pharmacologique de la molécule.

Barbituriques : Ils ont été la première génération d'hypnotiques et agissent en agonistes du R GABA-A en se liant à la sous-unité α du récepteur. Ils ne sont plus utilisés dans l'anxiété actuellement, du fait de leurs nombreux effets indésirables.

3.4.1.4 Implication du GABA dans l'anxiété

Plusieurs hypothèses ont vu le jour pour expliquer le fonctionnement exact du système GABAergique dans l'anxiété :

- Une anomalie des récepteurs des BZD du GABA pourrait exister chez les patients atteints de trouble panique : des études d'imagerie médicale montreraient la réduction de la fixation des BZD chez les patients paniqueurs.
- L'altération du métabolisme du GABA pourrait également entrer en jeu dans les troubles anxieux.

3.4.1.5 Recherche

La prégabaline (LYRICA®), analogue du GABA et molécule jusque-là utilisée pour ces propriétés anti-convulsivantes, a obtenu en 2006 une autorisation de mise sur le marché (AMM) concernant le traitement du TAG (Blin, 2008). Depuis, de nombreuses recherches continuent d'être effectuées à propos des anticonvulsivants agissant sur le GABA et la tiagabine (inhibiteur sélectif de la recapture du GABA, bloquant son transporteur GAT-1) est un traitement prometteur du TAG et de

l'ESPT. Effectivement des études récentes montrent son efficacité anxiolytique, antidépressive et sédative (Sałat *et al.*, 2015).

3.4.2 La sérotonine (Landry & Gies, 2014d)

3.4.2.1 Métabolisme de la sérotonine

La sérotonine ou 5-hydroxytryptamine (5-HT) est un neurotransmetteur synthétisé à partir du tryptophane par la tryptophane hydroxylase puis par la 5-HT P décarboxylase. Elle est métabolisée en 5-HIAA (acide 5-hydroxyindol acétique) par la monoamine oxydase (MAO) puis l'aldéhyde déshydrogénase.

3.4.2.2 Récepteurs et rôles de la sérotonine

La 5-HT agit sur plusieurs fonctions de l'organisme (l'appétit, le sommeil, le contrôle des impulsions et la régulation neuro-endocrinienne) de manière excitatrice ou inhibitrice en fonction des récepteurs en cause et le R 5-HT1A serait particulièrement lié aux troubles anxieux.

3.4.2.3 Ligands sérotoninergiques utilisés dans l'anxiolyse

De la même manière que pour le système GABAergique, la découverte de médicaments anxiolytiques mettant en jeu la sérotonine a permis la recherche au sujet du rôle du système sérotoninergique dans ces troubles.

Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont actuellement prescrits en première intention dans les pathologies anxieuses. Nous savons que leur effet thérapeutique est retardé (efficacité anxiolytique au bout de quelques jours seulement) tandis qu'en début de traitement, certains patients présentent une augmentation aiguë de l'anxiété. Il en est de même pour la buspirone, agoniste partiel des R 5-HT1A, pour laquelle un effet thérapeutique favorable n'est observé qu'après une ou deux semaines de traitement. Cet effet retard serait la conséquence de modifications transcriptionnelles (dont la nature n'est pas encore connue) faisant suite à la liaison de la molécule à son récepteur.

3.4.2.4 Recherche

Deux théories sont particulièrement étudiées : la théorie selon laquelle il y aurait un excès de 5-HT dans les troubles anxieux, et la théorie, à l'inverse, du déficit sérotoninergique. Leurs arguments sont détaillés dans le tableau suivant (Landry & Gies, 2014d) :

TABLEAU 8-I. – Éléments divergents des théories d'un excès et d'un déficit de sérotonine.	
<i>Théorie de l'excès de la sérotonine</i>	<i>Théorie du déficit de la sérotonine</i>
Les ISRS/clomipramine en aigu sont anxiogènes	La déplétion de tryptophane, qui fait baisser la 5-HT cérébrale, est anxiogène dans les troubles anxieux
La mCPP (agoniste 5-HT) en aigu est anxiogène	Dans les expériences de microdialyse (précliniques), la 5-HT cérébrale augmente avec la réponse clinique aux ISRS
La fenfluramine (libératrice de la 5-HT) en aigu est anxiogène	Les ISRS en prise chronique sont un traitement efficace pour tous les troubles anxieux
Le <i>turnover</i> de la 5-HT cérébrale est augmenté dans le TP	
Les taux urinaires de 5-HIAA sont élevés dans le TAG	

5-HIAA : acide 5-hydroxyindol acétique ; 5-HT : sérotonine ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; mCPP : m-chlorophényl-pipérazine ; TAG : trouble anxieux généralisé ; TP : trouble panique.

Tableau 5 - Éléments divergents des théories d'un excès et d'un déficit de sérotonine selon (Landry & Gies, 2014d)

3.4.3 La noradrénaline (Landry and Gies, 2014b)

3.4.3.1 Synthèse et catabolisme

C'est le principal neurotransmetteur catécholaminergique du système nerveux (devant la dopamine et l'adrénaline). Elle est synthétisée à partir de la dopamine par la dopamine β -hydroxylase et est le précurseur de l'adrénaline. Le schéma de la biosynthèse des catécholamines se trouve en Annexe 2. Une fois libérée, la noradrénaline est catabolisée par l'action successive de deux enzymes : la MAO (monoamine oxydase) et la COMT (catéchol-O-méthyltransférase).

3.4.3.2 Récepteurs et molécules impliquées (Stahl, 2015)

Les deux principaux récepteurs adrénergiques sont les R α et β .

Les R β périphériques sont impliqués dans les effets périphériques autonomes de l'anxiété (augmentation du rythme cardiaque, transpiration...) ainsi ces symptômes peuvent être bloqués par des bêtabloquants tels que le propranolol. Les R α_2 sont les plus souvent retrouvés dans les troubles anxieux.

Une hyperactivité noradrénergique peut entraîner de nombreuses manifestations périphériques liées à une suractivité végétative et déclencher des symptômes centraux d'anxiété, comme des cauchemars, des états d'hypervigilance, des flashbacks et des attaques de panique.

Les symptômes d'hypervigilance peuvent être bloqués chez certaines personnes par des $\alpha 1$ bloquants tels que la prazosine. La peur et l'inquiétude peuvent être améliorées par des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). Plusieurs classes de médicaments, en diminuant l'activité noradrénergique, sont efficaces dans les troubles anxieux. On retrouve les ISRS, les antidépresseurs tricycliques, les IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase) et les ISRNA.

3.4.4 Le glutamate (Landry and Gies, 2014c)

Le glutamate (ou acide glutamique sous sa forme ionisée) est le principal neurotransmetteur excitateur du SNC, et serait impliqué dans la mémoire, l'apprentissage, les performances et l'anxiété.

Deux types de R au glutamate sont rencontrés :

- Les R canaux (Na^+ , Ca^{2+} et K^+) : NMDA (N-méthyl-D-aspartate), AMPA (α -amino-3-hydroxy-5-méthyl-4-isoxasolepropionate), kaïnate (KAR).
- Les RCPG (récepteurs couplés aux protéines G) : mglu1 à mglu8.

Une activité excessive des R NMDA serait associée à l'ischémie cérébrale, les maladies d'Alzheimer, de Parkinson et de Huntington ainsi qu'à des états de douleurs chroniques.

Si un grand nombre d'études ont démontré l'effet anxiolytique du blocage des R NMDA, les recherches concernant les façons potentielles de diminuer le tonus glutamatergique par l'antagonisme des R AMPA et kaïnate, sont toujours aux stades précliniques de développement et constituent un axe de recherche important.

4 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DU STRESS ET DES TROUBLES ANXIEUX

Une fois la plainte anxieuse reçue par le spécialiste de santé, plusieurs étapes s'offrent à lui pour traiter au mieux son patient. Ainsi, la prise en charge de la plainte anxieuse ou du stress peut aller d'une simple application d'un changement de mode de vie par le patient, à la prescription d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou encore d'un traitement médicamenteux. Ce traitement par le médicament peut être, dans les cas peu sévères, axé sur la phytothérapie, l'aromathérapie ou l'homéopathie. Si l'anxiété est jugée comme étant sévère par le praticien, le traitement sera orienté vers la prise de psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, éventuellement antipsychotiques) (HAS, 2007b ; HAS, 2010).

4.1 La première visite chez le médecin : diagnostic, information, techniques de gestion du stress et mesures hygiéno-diététiques (HAS, 2007a ; HAS, 2007b)

4.1.1 Diagnostic (Servant, 2012b)

Nous avons évoqué les critères diagnostiques de chacun des 6 troubles anxieux, dans le chapitre précédent, que le médecin devra reconnaître lors de la consultation. Pour cela, il interroge le patient sur les symptômes ressentis (qu'ils soient physiques ou psychologiques), le contexte de leur survenue, leur fréquence, etc. Il effectue un examen clinique du malade et peut le compléter par des examens supplémentaires (ECG, analyses sanguines) afin d'éliminer une pathologie organique en cause (de type cardiaque, pulmonaire, endocrinienne, neurologique, etc.). Une fois le diagnostic posé, il faut également rechercher la présence de troubles associés car, comme nous l'avons vu précédemment, le taux de comorbidité avec les pathologies anxieuses est très élevé.

4.1.2 Information du patient

Le patient doit être informé du diagnostic posé et le médecin lui donne les clés d'une meilleure compréhension de sa pathologie. Ces informations concernent :

- La nature du trouble anxieux, ses manifestations, son évolution, ses causes, etc.
- Une bibliographie que le médecin conseillera au malade afin qu'il puisse se renseigner de son côté par le biais de documents/livres.
- La sensibilisation de l'entourage du patient.
- Les différents traitements possibles avec leurs avantages et inconvénients : TCC (par qui sont-elles effectuées ? déroulement global...) et médicaments (le délai d'action, effets indésirables, modalités de prise, efficacité...)
- Un conseil sur des mesures hygiéno-diététiques à adopter ainsi que quelques outils pour apprendre à gérer son stress/anxiété, seul.

4.1.3 Mesures hygiéno-diététiques

Elles visent à améliorer le mode de vie et à prévenir l'anxiété et le stress. Elles concernent plusieurs niveaux.

4.1.3.1 Le sommeil

Il doit être de bonne qualité et d'une durée suffisante, favorisé par des horaires fixes de lever et de coucher, un diner léger, la relaxation (lire mais éviter les écrans avant le coucher, dormir dans une pièce calme à température pas trop élevée) (Chapelle & Monié, 2008).

4.1.3.2 L'équilibre alimentaire

Il est important de manger à heures fixes afin de donner un rythme à l'organisme (Chapelle & Monié, 2008). La consommation de certains aliments comme les sucres lents à index glycémique important (pain complet, flocons d'avoine, chocolat, riz et pâtes complètes...) est conseillée et permet de compenser la perte énergétique induite par la tension. L'alimentation peut être enrichie en nutriments ou acides aminés (tryptophane par exemple) impliqués dans la synthèse de neuromédiateurs en jeu dans l'anxiété (GABA, 5-HT, dopamine) comme les œufs, les céréales, les légumes verts, le poisson, les acides gras oméga 3... (Clere & Robert, 2014).

4.1.3.3 La consommation d'excitants

La tempérance ou l'abstinence est recommandée vis-à-vis de ces substances (alcool, café, thé, tabac ou drogues).

4.1.3.4 Pratique d'une activité physique régulière

L'activité physique apparaît comme un facteur d'équilibre (par une compensation de la sédentarité), de bien-être, de prévention de certaines maladies mentales et troubles psychiques et de thérapie pour certains troubles psychiques. Elle réduit l'anxiété de la population générale adulte. Les conseils pratiques de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) pour diminuer les niveaux d'anxiété et de dépression sont les suivants :

- Travail de type aérobic (endurance) ou de renforcement musculaire ; 3 à 5 fois par semaine ; intensité modérée (séquences de 30 minutes)
- Pendant au moins 12 semaines consécutives
- En groupe ou individuellement
- Effets notés dès 8 semaines de pratique (INSERM, 2008).

4.1.4 Gestion du stress

Le médecin peut prodiguer quelques conseils simples pour aider le patient à gérer lui-même son anxiété. Ces moyens peuvent être l'apprentissage de techniques de respiration (lutter contre l'hyperventilation, se détendre) ou de relaxation (avoir le contrôle sur ses sensations) (Chapelle & Monié, 2008).

4.2 Psychothérapies (HAS, 2007b)

4.2.1 Psychothérapies simples, non structurées

Elles constituent l'information au patient, le soutien psychologique, une écoute et des conseils simples (mesures hygiéno-diététiques, gestion simple du stress, etc.) qui lui sont apportés lors des consultations médicales. Elles se doivent d'être systématiques.

4.2.2 Psychothérapies structurées : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (Braha, 2009)

Les psychothérapies structurées ont pour but de diminuer les symptômes du trouble anxieux et améliorer le fonctionnement social du patient. On retrouve dans cette catégorie la **psychanalyse**, centrée sur l'individu et ses conflits psychiques, qui vise à changer les modalités de fonctionnement du patient. Les indications de la psychanalyse dans le cadre du traitement des troubles anxieux concernent les troubles phobiques et obsessionnels.

Mais les psychothérapies structurées les plus utilisées à l'heure actuelle sont les thérapies cognitivo-comportementales ou TCC, qui s'intéressent aux symptômes et comportements sources de souffrance et qui constituent des solutions efficaces pour la plupart des patients.

4.2.2.1 Généralités sur les TCC

Les thérapies cognitives et comportementales fonctionnent selon un modèle intégrant l'environnement, les pensées, les émotions et les comportements du malade (Chapelle & Rusinek, 2014). Elles sont indiquées dans le traitement des phobies, attaques de panique, TAG et TOC (Braha, 2009). La durée d'une TCC varie de 6 mois à 1 an, en général, pour un total de 12 à 20 séances. Chaque séance dure de 30 à 60 minutes et est renouvelée toutes les semaines en début de traitement. La structure des entretiens est standardisée. Ainsi, une synthèse de la semaine est réalisée, un choix de thème à analyser en séance est fait puis une prescription de tâches est effectuée pour la semaine à venir (Poinsot, 2014).

Ces TCC peuvent se présenter sous forme de thérapie individuelle, de groupe, de couple ou familiale (INSERM, 2004).

4.2.2.2 Déroulement d'une prise en charge en TCC

Plusieurs étapes sont systématiquement retrouvées dans la prise en charge au cours d'une TCC (INSERM, 2004 ; Braha, 2009 ; Poinot, 2014) :

- L'analyse fonctionnelle émotionnelle, comportementale et cognitive permet d'identifier les éléments en lien avec le comportement-problème, les facteurs de déclenchement, de maintien de ce comportement.
- L'information au patient concernant le diagnostic.
- L'établissement d'un contrat thérapeutique qui comprend le choix des objectifs ainsi que la nature et le plan de traitement.
- Les entretiens thérapeutiques : collaboration active entre patient et thérapeute au cours des séances.
- La phase d'évaluation qui permet de mesurer (grâce à des échelles d'évaluation, questionnaires...) le trouble en début, milieu et fin de prise en charge.

4.2.2.3 Exemples de techniques utilisées en TCC

Les techniques comprennent (INSERM, 2004) :

- La résolution de problèmes
- L'apprentissage de la gestion des traumatismes psychologiques pour cesser d'avoir une crise au moment d'un souvenir (exposition)
- En groupe : gestion des émotions, relations interpersonnelles, acceptation de soi...

○ L'exposition

Elle peut être comportementale (graduelle « simple » ou désensibilisation systématique) ou cognitive et se fait soit *in vivo* soit en imaginaire. L'exposition comportementale graduelle « simple » consiste à l'apprentissage d'un comportement au malade qui doit se confronter progressivement à des situations anxiogènes (on débute par la situation la moins anxiogène pour ne pas renforcer la peur du patient) et permet la disparition de cette peur par une habitude à

l'anxiété. La désensibilisation systématique consiste en l'apprentissage de techniques de relaxation pouvant réduire l'anxiété lors d'un stimulus anxiogène. Enfin, le principe de l'exposition cognitive réside dans le fait de se confronter à des pensées angoissantes redoutées afin qu'une habitude se mette en place.

La thérapie par exposition se retrouve dans les traitements des phobies, TOC et TAG (exposition cognitive) (Chapelle, 2014c).

- **L'affirmation de soi**

Utilisée surtout dans le traitement de la phobie sociale, en individuel ou en groupe, cette thérapie permet de développer la capacité de chacun à exprimer son avis, ses émotions, obtenir ce qu'il veut, sans agressivité ni résignation, par l'intermédiaire de jeux de rôles le plus souvent. Exemples de thèmes de l'affirmation de soi : « gérer les conflits », « prendre la parole en public », « apprendre à dire non », etc.

- **Restructuration cognitive**

Elle est basée sur le modèle de traitement de l'information et permet au patient d'identifier et modifier les schémas cognitifs (croyances fortes à propos de soi liées à des expériences antérieures) biaisés dans les troubles anxieux (Willard, 2014b).

- **Autres**

Résolution de problème, relaxation (contrôle respiratoire, relaxation musculaire qui a prouvé son efficacité dans le TAG et le trouble panique, méditation...), induction d'émotions positives, etc. (Servant, 2012c).

4.3 Les traitements médicamenteux(HAS, 2007b ; Karila, 2009 ; Caulin, 2015)

Nous effectuerons dans ce chapitre une classification des traitements médicamenteux disponibles pour chacun des troubles étudiés, selon les recommandations officielles de la HAS et de l'ANSM

(Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) souvent synthétisées par le Vidal Recos[®].

4.3.1 Anxiolytiques

4.3.1.1 Benzodiazépines anxiolytiques (BZD) (Willard, 2014a)

Elles sont indiquées lorsque l'anxiété a besoin d'être contrôlée instantanément (crise de panique) car elles ont un effet rapide (quelques heures) et efficace. Toutes possèdent des propriétés sédative, anxiolytique, amnésiante, anticonvulsivante et myorelaxante mais les seules benzodiazépines ayant une AMM dans l'anxiété sont : **l'aprazolam (XANAX[®]), le bromazépam (LEXOMIL[®]), le clobazam (URBANYL[®]), le clorazépatate dipotassique (TRANXENE[®]), le clotiazépam (VERATRAN[®]), le diazépam (VALIUM[®]), le loflazépate d'éthyle (VICTAN[®]), le lorazépam (TEMESTA[®]), le nordazépam (NORDAZ[®]), l'oxazépam (SERESTA[®]) et le prazépam (LYSANXIA[®]).**

INDICATIONS :

- Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes
- Prévention et traitement du delirium tremens et autres manifestations du sevrage alcoolique

Elles sont réservées à un traitement ponctuel, pour soulager les troubles du sommeil ainsi que la symptomatologie invalidante des troubles anxieux, et de 2^{ème} intention. Elles n'ont cependant pas d'action curative ni d'action préventive des crises de panique. Leur durée de prescription est limitée à 12 semaines du fait du risque important de mésusage (par déviation d'utilisation ou prescription hors AMM), dépendance, tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour maintenir un effet thérapeutique) et effet rebond. Ainsi, la posologie doit être diminuée de 25% par semaine afin que le sevrage soit progressif.

EFFETS INDESIRABLES NOTABLES :

- Somnolence, amnésie antérograde, sensations ébrieuses, confusion
- Dépendances psychique et physique, même à doses thérapeutiques, avec syndrome de sevrage (anxiété, myalgies, céphalées, confusion, agitation, voire convulsions) ou de rebond (exacerbation transitoire de l'anxiété) à l'arrêt du traitement.

CONTRE-INDICATIONS :

- Insuffisance respiratoire et apnée du sommeil
- Insuffisance hépatique sévère
- Myasthénie
- Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients

4.3.1.2 Autres anxiolytiques

Buspirone 10 mg : molécule indiquée dans l'anxiété, inhibitrice des R 5-HT_{1A}, ayant un délai d'action de 1 à 3 semaines. Elle ne présente ni d'effets sédatifs, ni myorelaxants, ni antiépileptique et agit sur les symptômes psychiques des pathologies anxieuses. Il n'existe pas de syndrome de sevrage ni de dépendance. La posologie de début de traitement est de 5mg 3 fois par jour et peut être augmentée jusqu'à 60mg/J au maximum en 2 ou 3 prises. Le traitement se fait généralement sur 3 à 6 mois. Les effets indésirables sont rares et les contre-indications sont l'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique sévères.

Hydroxyzine 25mg (ATARAX®) : Antihistaminique H1 à effets anticholinergiques modérés, elle possède une AMM dans les troubles mineurs de l'anxiété ainsi que dans les manifestations allergiques diverses. La posologie maximale est de 100mg/J et le traitement ne doit pas excéder 12 semaines. Les principaux effets indésirables sont la somnolence, les effets anticholinergiques (de type bouche sèche, constipation, rétention urinaire, en cas de surdosage). Les contre-indications sont liées aux effets anticholinergiques (glaucome, trouble urétr prostatique) et concernent également les personnes ayant un risque d'allongement de l'espace QT (pathologies cardiovasculaires, troubles électrolytiques).

Prégabaline 25, 50, 75, 100, 150, 200 et 300mg (LYRICA®) : antiépileptique analogue du GABA, a une AMM dans le traitement du trouble anxieux généralisé. Les posologies utilisées sont alors de 150 à 600 mg/J en 2 ou 3 prises et le traitement doit être arrêté progressivement sur au moins une semaine afin d'éviter un syndrome de sevrage souvent décrit. Les effets indésirables fréquents

observés sont une augmentation de l'appétit et une prise de poids, des vertiges, céphalées, irritabilité, une vision trouble, des étourdissements et une somnolence, nausées et diarrhées. Les contre-indications sont limitées à l'hypersensibilité au principe actif ou à l'un des composants.

Propranolol 40mg (AVLOCARDYL®) : β -bloquant ayant une activité réductrice sur les manifestations végétatives et somatiques de l'anxiété telles que les sueurs, tachycardie, palpitations, tremblements. La posologie utilisée est alors : 40mg à prendre 1h avant la situation stressante. Les effets indésirables du propranolol sont entre autres une asthénie, une bradycardie, cauchemars, syndrome de Raynaud. Les contre-indications absolues sont l'asthme ou la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque (IC) non contrôlée, l'angor de Prinzmetal, l'hypotension artérielle et le syndrome de Raynaud.

Étifoquine 50mg (STRESAM®) : molécule ayant une AMM dans l'anxiété avec manifestations psychosomatiques. La posologie usuelle est de 3 à 4 gélules par jour réparties en 3 prises. Il y a possibilité de somnolence diurne en début de traitement et les contre-indications au traitement par STRESAM® sont la myasthénie, l'état de choc et les insuffisances rénales et hépatiques sévères.

Chlordiazépoxyde+Bromure de clinidium (LIBRAX®) : benzodiazépine anxiolytique associée à un antispasmodique anticholinergique, le LIBRAX® (non-remboursé), est indiqué dans l'anxiété avec troubles fonctionnels digestifs.

4.3.2 **Antidépresseurs**

Les antidépresseurs (AD) représentent la classe thérapeutique de première intention dans le traitement de fond des troubles anxieux graves. Certaines classes d'AD ont une AMM dans les troubles anxieux : les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), IRSNA (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline) et ADT (Antidépresseurs Tricycliques ou imipraminiques).

4.3.2.1 ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Les molécules concernées dans le traitement des troubles anxieux sont : **Escitalopram (SEROPLEX®)**, **Citalopram (SEROPRAM®)**, **Fluoxétine (PROZAC®)**, **Sertraline (ZOLOFT®)**, **Paroxétine (DEROXAT®, DIVARIUS®)**, **fluvoxamine (FLOXYFRAL®)**.

Utilisés principalement dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs, ces ISRS ont aussi différentes indications dans les troubles anxieux de l'adulte.

Les effets indésirables les plus recensés sont les nausées, céphalées, prise de poids, somnolence, allongement de l'intervalle QT (**citalopram, escitalopram**), troubles de l'éjaculation chez l'homme. Nous pouvons noter également qu'il existe, dans le trouble panique, une possibilité d'exacerbation des symptômes anxieux en début de traitement. Les contre-indications de cette classe thérapeutique sont l'hypersensibilité au principe actif ou à l'un des constituants, la présence chez le patient d'un allongement de l'espace QT, l'association à des médicaments allongeant l'espace QT ainsi que l'association aux IMAO du fait du risque de survenue d'un syndrome sérotoninergique mettant en jeu le pronostic vital (apparition brutale, à l'instauration d'un traitement sérotoninergique, de symptômes tels qu'une confusion mentale, des myoclonies, une agitation, des tremblements, une hypo- ou hypertension artérielle, une tachycardie, une hyperthermie, une diarrhée...).

4.3.2.2 IRSNA : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Deux IRSNA sont retrouvés dans le traitement des troubles anxieux graves : **Duloxétine (CYMBALTA®)** et **Venlafaxine (EFFEXOR®)**.

Ils possèdent des propriétés communes aux ISRS, mais nous pouvons ajouter des effets indésirables qui leurs sont propres ; concernant la duloxétine, il est important de noter dans les effets indésirables recensés, une augmentation de la tension artérielle, des palpitations, une vision floue, des acouphènes. Les contre-indications concernent l'association aux IMAO, l'instauration du traitement chez un patient hypertendu non-équilibré, les insuffisantes rénale et hépatique. La

duloxétine est substrat du CYP1A2 (cytochrome P450 1A2) ce qui entraîne de nombreuses mises en garde concernant son association à d'autres molécules (risque de surdosage).

Au sujet de la venlafaxine, nous retrouvons les mêmes effets indésirables auxquels nous pouvons ajouter une hyperhidrose, des sensations vertigineuses et un état confusionnel souvent remarqués.

4.3.2.3 ADT : Antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques

Les antidépresseurs tricycliques utilisés dans le traitement de certains troubles anxieux sont la **clomipramine (ANAFRANIL®)** et l'**imipramine (TOFRANIL®)**. De par leurs actions anticholinergique, noradrénergique, sérotoninergique et α -adrénergolytique, ils entraînent des effets atropiniques (bouche sèche, constipation, rétention urinaire, tension intra-oculaire...), cardiovasculaires (palpitations, tachycardie, hypotension orthostatique), asthénie, somnolence, vertiges. De ce fait, ils sont contre-indiqués si glaucome ou trouble urétrorprostatique, en association aux IMAO et en cas d'infarctus du myocarde récent.

4.3.3 Prise en charge médicamenteuses des troubles anxieux (ANSM, 2006 ; Chapelle, 2014a ; Caulin, 2015 ; HAS, 2015)

4.3.3.1 Trouble anxieux généralisé (TAG)

Bien que les TCC soient recommandées en première intention, il se peut que dans les formes graves du TAG, le traitement médicamenteux soit instauré d'emblée.

Traitement de fond : L'escitalopram, la paroxétine (ISRS) et la venlafaxine (IRSNA) ont l'AMM dans le TAG et sont utilisées en 1^{ère} intention afin de réduire la symptomatologie psychique de l'anxiété. S'il n'y a pas d'amélioration, après augmentation des doses, les benzodiazépines (ou la buspirone, si risque de dépendance) peuvent être utilisées en seconde intention, de façon ponctuelle et discontinue, ainsi que l'imipramine (ADT), hors AMM.

La prégabaline et la duloxétine (non-remboursées) ont également une indication dans le TAG.

Traitement de crise : la prise de BZD ou d'hydroxyzine est permise en cas d'anxiété paroxystique, en complément du traitement de fond.

Une fois le traitement du TAG équilibré, il doit être maintenu 6 mois, voire plus, dans les formes sévères, et doit être arrêté de manière progressive afin d'éviter un sevrage marqué.

4.3.3.2 Trouble panique avec ou sans agoraphobie

La TCC seule peut être indiquée dans la prise en charge du trouble panique, mais associée à un traitement médicamenteux, elle a montré une plus grande efficacité. Les objectifs de la thérapie médicamenteuse sont la disparition et la prévention des attaques de panique, et l'effacement de l'anxiété anticipatoire.

Traitement de fond : Il est possible d'utiliser en 1^{ère} intention des ISRS (citalopram, escitalopram, sertraline et paroxétine) ou un IRSNA (venlafaxine), à des doses plus importantes que pour la dépression, doses qui doivent donc être instaurées de manière très progressive (sur 2 ou 3 semaines) afin d'éviter l'exacerbation des symptômes anxieux de début de traitement. Le délai d'action est plus long que pour les états dépressifs. En cas d'échec du traitement, la clomipramine (ADT) ou les associations ISRS+BZD ou ISRS+Buspirone sont utilisées en deuxième intention.

Traitement de crise : il fait appel à la prise d'un anxiolytique (benzodiazépine) si l'attaque se prolonge.

Chez les patients ayant répondu au traitement médicamenteux, celui-ci doit être maintenu sur au moins une année après la dernière attaque de panique.

4.3.3.3 Phobie sociale

Les thérapies cognitives et comportementales sont instaurées seules dans les cas de gravité légère à modérée du trouble et sont associées à un traitement médicamenteux dans les formes sévères et généralisées.

Traitement de fond

- 1^{ère} intention : ISRS (paroxétine, escitalopram, sertraline ont l'AMM) et IRSNA (venlafaxine) agissent en 2 à 6 semaines à doses faibles à l'instauration et pouvant être augmentées si besoin après 2 à 4 semaines. Les benzodiazépines peuvent être utilisées en supplément du traitement antidépresseur, sur de courtes durées et en cas d'anxiété invalidante.
- 2^{ème} intention : en cas de forme résistante, les ADT (imipramine et clomipramine) ainsi que certains IMAO (moclobémide, iproniazide) peuvent être prescrits sur avis spécialisé.

Traitement de crise : le propranolol (β -bloquant) peut être pris ponctuellement pour des situations anxiogènes de performance.

La prise en charge médicamenteuse de la phobie sociale est maintenue 6 à 12 mois.

4.3.3.4 Phobie spécifique

Le traitement repose sur les TCC, aucun médicament n'ayant montré d'efficacité ni d'utilité jusque-là. Les benzodiazépines sont utilisées en cas d'anxiété anticipatoire invalidante.

4.3.3.5 TOC

Les psychothérapies sont indiquées d'emblée dans le TOC, en plus des traitements médicamenteux. Les ISRS ayant l'AMM dans ce trouble sont l'escitalopram, la fluvoxamine, la paroxétine, la sertraline et la fluoxétine. Ils sont utilisés en première intention et leur délai d'action et les doses prescrites sont plus importantes que dans le traitement des dépressions. Les antidépresseurs ont une meilleure efficacité sur les obsessions que sur les compulsions. En cas d'échec, il est possible d'utiliser dans un second temps, la clomipramine (ADT) à doses élevées.

Le traitement efficace doit être maintenu au moins 1 an après la disparition des symptômes, et la dose est diminuée très progressivement (15% tous les 6 mois), ce qui explique que la durée totale de la prise en charge peut durer des années. Dans les cas extrêmement sévères et résistants, la neurochirurgie peut être une solution. Nous évoquerons ce sujet un peu plus bas.

4.3.3.6 ESPT

L'efficacité de l'association thérapie cognitive et comportementale et traitement médicamenteux est meilleure que celle de chaque prise en charge isolément et vise à traiter le trouble en lui-même mais aussi ses comorbidités extrêmement fréquentes (dépression, insomnies...).

Paroxétine et sertraline sont les deux ISRS ayant l'AMM dans l'état de stress post-traumatique et en cas d'échec d'efficacité de l'un ou l'autre, les prescriptions de seconde intention se feront hors AMM. Le traitement à dose efficace doit être entretenu pendant au moins 1 an avant d'envisager un arrêt progressif. Des traitements complémentaires aux antidépresseurs peuvent être utilisés pour pallier les effets collatéraux de l'ESPT et les comorbidités. Ainsi, des benzodiazépines hypnotiques sont prescrites en courte durée si présence de troubles du sommeil importants.

4.4 Cas particulier : Neurochirurgie du TOC résistant (Clair *et al.*, 2012 ; Millet-Illharreguy, 2015)

Les TCC et traitements médicamenteux permettent aujourd'hui de traiter avec réussite la majorité des patients. Cependant, certaines personnes souffrent de TOC sévères et résistants à ces traitements. Des techniques neurochirurgicales sont en cours d'expérimentation et représentent un espoir dans le traitement des TOC.

4.4.1 TOC sévère et résistant

La sévérité du TOC peut être évaluée par plusieurs mesures :

- **Échelle Y-BOCS** (échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown) : Elle permet une évaluation quantitative de la sévérité des obsessions et compulsions et les items proposés concernent le temps passé aux obsessions/compulsions, le degré de gêne, le degré d'anxiété, la résistance du patient aux symptômes et le degré et de contrôle.
- **L'évitement**, élément de sévérité, est un marqueur de l'aggravation de la pathologie. Le patient évite les situations problématiques (éviter de sortir plutôt que de se soumettre aux rituels de sorties), ainsi, les temps de rituels sont diminués (et le score Y-BOCS baisse) mais le TOC devient plus sévère.

- **Le degré de handicap** : Dans près de 70% des cas, le TOC a des répercussions sur les relations familiales et sociales, le travail, l'autonomie. La dépression et autres comorbidités sont indispensables à rechercher car très fréquentes.

Le TOC est qualifié de résistant dès lors que la réponse est très insuffisante voir totalement absente vis à vis des traitements habituellement reconnus comme efficaces (TCC et traitements médicamenteux).

4.4.2 Techniques neurochirurgicales

Pour les patients aux troubles les plus sévères et handicapants, des techniques de traitement neurochirurgicales peuvent être proposées. La chirurgie lésionnelle, qui permet de détruire certains circuits cérébraux dysfonctionnels dans le TOC, a été une des premières techniques neurochirurgicales proposée. Cette technique, irréversible, efficace dans seulement 50% des cas et ses effets secondaires étant trop importants (épilepsie, prise de poids), a été abandonnée au profit d'autres procédés moins invasifs comme la stimulation cérébrale profonde ou la stimulation magnétique transcrânienne répétée (Nauczyciel & Drapier, 2012).

4.4.2.1 La stimulation cérébrale profonde ou SCP

Bien qu'elle soit aujourd'hui utilisée dans le traitement de la maladie de Parkinson et du tremblement essentiel, la dystonie, l'épilepsie et la maladie de Gilles de la Tourette, elle reste encore au stade expérimental dans le TOC ce qui limite fortement le nombre de patients pouvant recevoir cette thérapie.

La SCP consiste à implanter des électrodes dans des zones précises du cerveau qui délivreront un courant modifiant le fonctionnement de la zone cérébrale touchée. Au fil du temps, le médecin peut moduler les paramètres (amplitude, fréquence, durée d'impulsion) de ce système (les électrodes sont reliées par un fil à une pile placée sous la peau, en dessous de la clavicule, de manière imperceptible) pour avoir une meilleure efficacité sur les symptômes de la pathologie. Sa réversibilité est un avantage conséquent mais l'efficacité n'est pas avérée dans tous les cas (réduction de 30 à 40% de la sévérité des symptômes avec à 6mois, 50% de répondeurs)

(Aouizerate, 2011). De plus, la stimulation ne guérit pas le TOC mais diminue les symptômes, ainsi, il faut être « stimulé à vie » pour ne pas voir réapparaître ses symptômes.

4.4.2.2 La stimulation magnétique transcrânienne répétée ou rTMS

Cette technique indolore, non invasive, sans effets secondaires permet de délivrer sur le crâne du patient un champ électromagnétique qui induit un courant électrique au contact du cerveau. Suivant la localisation et le type de stimulation généré par le stimulateur, les fonctions neuronales sont inhibées ou activées. Elle représente un axe de recherche important dans le traitement du TOC sévère et résistant (Nauczyciel & Drapier, 2012).

PARTIE 2 : PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ PAR L'HOMÉOPATHIE : ETUDE DE 4 REMÈDES MAJEURS

1 GÉNÉRALITÉS À PROPOS DE L'HOMÉOPATHIE

1.1 Définition et principes fondamentaux

« L'homéopathie est une méthode thérapeutique basée sur le trépied conceptuel d'Hahnemann : similitude, globalité, infinitésimalité. Administration à des doses très faibles ou infinitésimales de substances susceptibles de provoquer, à des concentrations différentes chez l'homme en bonne santé (pathogénésie), des manifestations semblables aux symptômes présentés par le malade ». Telle est la définition de l'homéopathie donnée par la Commission d'étude sur l'homéopathie en 1997 (Sarembaud & Poitevin, 2011).

Ainsi, cette thérapeutique, fondée en 1796 par Samuel Hahnemann (Guermontprez, 2008), repose sur les principes énoncés ci-dessous (Sarembaud & Poitevin, 2011) :

1.1.1 Le principe de similitude

Découvert par Hippocrate, au IV^{ème} siècle avant J.C., le principe de similitude est approfondi et expérimenté par Hahnemann deux mille ans plus tard : « les semblables sont guéris par les semblables » (*similia similibus curantur*). Ce principe est basé sur l'expérimentation humaine (Guermontprez, 2008) : on constate l'analogie entre les effets d'une substance chez l'Homme sain et sensible et le tableau clinique présenté par le sujet malade (Sarembaud and Poitevin, 2011). Dobrescu rappelle dans son livre « Pharmacologie homéopathique générale » que « toute substance ou produit qui, administré à de hautes doses chez l'Homme sain, provoque des troubles, peut, à de faibles doses, supprimer des troubles semblables, chez l'Homme malade » (Dobrescu, 2011).

1.1.2 Le principe d'infinitésimalité

Les substances utilisées en homéopathie sont diluées et dynamisées (c'est le principe de succussion, qui consiste en cent secousses entre chaque dilution) afin d'obtenir un effet thérapeutique atoxique. Hahnemann avait découvert que plus la dose était faible, plus l'action était profonde (Guermonprez, 2008) et plus les signes obtenus chez le sujet malade étaient significatifs (Sarembaud and Poitevin, 2011). L'action de type infinitésimal est donc caractérisée par la hauteur de dilution qui va à l'inverse de la loi effet-dose⁴ allopathique (Dobrescu, 2011).

1.1.3 La pathogénésie

En homéopathie, la pathogénésie est une description des symptômes produits par une substance administrée à doses répétées chez l'Homme sain. Cette description est recensée sous forme de fiche si elle est de dimension réduite ou bien de monographie si elle est de taille importante (Dobrescu, 2011).

1.1.4 Le principe de globalité

Les symptômes physiques mais aussi les multiples réactions personnelles du patient (psychologiques notamment) sont prises en compte (Sarembaud & Poitevin, 2011) puisque la maladie résulte d'une rupture énergétique qui touche l'individu dans sa totalité (Institut National Homéopathique Français, 2010). La prescription du médicament homéopathique est donc basée sur la globalité des signes présentés par le patient.

Selon le principe de globalité, le malade est autant pris en considération que sa maladie et le médecin ou le pharmacien recherchera si possible les critères suivants associés au symptôme principal (Guermonprez, 2008) :

⁴ L'intensité de l'effet grandit avec l'augmentation de la dose

Les modalités : Elles sont relatives à l'aggravation ou l'amélioration du symptôme sous l'influence d'événements. Elles peuvent être des modalités d'environnement (ex. : variation en fonction du temps (temps chaud et sec), de la saison, du climat (bord de mer), de la température), de temps (amélioration pendant la nuit, aggravation à 16 heures ou tous les deux jours), de position (aggravation en décubitus latéral gauche), de mouvement, de localisation, sensorielles... (Dobrescu, 2011).

Les causes ou causalités dans le langage homéopathique (étiologie) : ce sont les facteurs qui participent à l'apparition ou à l'aggravation d'une pathologie. Elles peuvent être physiques (surmenage musculaire), psychiques (troubles provoqués par une peur panique), alimentaires (troubles à la suite d'une ingestion d'aliments gras) ou encore héréditaires (diathèses) (Dobrescu, 2011).

Les réactions générales et psychiques.

Le terrain (Dobrescu, 2011) : « Il décrit l'ensemble des facteurs morphologiques et fonctionnels de l'organisme, qui conditionnent la réceptivité et les réponses de l'organisme aux agents pathogènes » selon Dobrescu, et il est un facteur fondamental dans les maladies chroniques (il détermine leur apparition et leur évolution). Le terrain est lié aux deux concepts que sont le type sensible et le mode réactionnel chronique.

- **Le type sensible** (organismes répondeurs) est lui-même lié à la constitution et au tempérament.

La **constitution** est un type morphologique qui reflète l'aspect somatique de l'organisme. Elle est stable et invariable dans le temps. Il existe trois constitutions selon Léon Vannier (Guermontprez, 2008) : carbonique (sujet résistant, massif), phosphorique (sujet longiligne, mince, asthénique) et fluorique (sujet dissymétrique, imprévisible, instable). Un tableau décrivant plus précisément ces trois constitutions est présenté en Annexe 2 : « Les constitutions selon Léon Vannier (inspiré par Nebel) » (Guermontprez, 2008). Une quatrième constitution a été décrite par certains auteurs, la constitution sulfurique qui reflète

un individu robuste à la charpente équilibrée et harmonieuse, peu fatigable et au psychisme pondéré (Algazi, 1989).

À côté des constitutions, le **tempérament** reflète lui, les traits physiologiques et l'aspect fonctionnel de l'organisme. C'est un état variable et évolutif qui prend en compte les réactions de l'individu (Dobrescu, 2011).

- **Le mode réactionnel chronique ou diathèses** (Guermonprez, 2008) : Elles expriment un modèle de relations entre des pathologies différentes chez un même malade (simultanées, successives ou héréditaires). Quatre diathèses peuvent être décrites à ce jour :
 - o La psore (intoxications chroniques exogènes ou endogènes, éliminations périphériques et centrifuges avec poussées congestives et alternances de pathologies puis pathologies de surcharges telles que des rhumatismes, des lithiases ou encore des scléroses s'il y a insuffisance d'élimination).
 - o La sycose (terrain favorable aux inflammations et néoformations chroniques).
 - o Le luétisme (terrain des inflammations qui s'accompagnent d'ulcérations et de sclérose).
 - o Le tuberculinisme (terrain des inflammations subaiguës, aggravées par les éliminations) (Sarembaud & Poitevin, 2011).

Le **schéma de Hering** est une méthode systématisée permettant prendre en compte les signes et le malade dans leur globalité (Guermonprez, 2008). Nous reviendrons sur l'utilité de ce schéma dans la Partie 3 de ce travail.

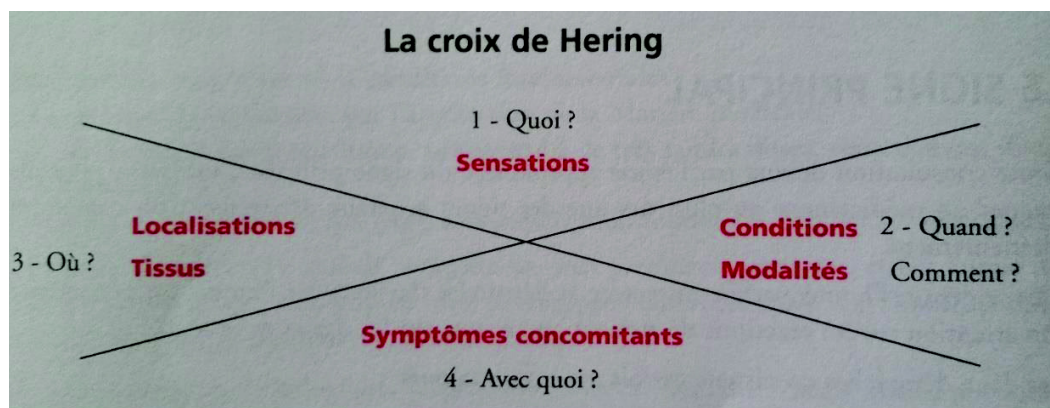


Figure 10 - La croix de Hering selon (Guermonprez, 2008)

1.2 Le médicament homéopathique (Sarembaud & Poitevin, 2011)

1.2.1 Présentation du médicament homéopathique

Le médicament homéopathique est décrit par le Code de la Santé Publique selon la définition suivante : « Tout médicament obtenu à partir de produits, substances ou compositions appelées souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre État membre de la Communauté européenne. Un médicament homéopathique peut contenir plusieurs principes ». Il bénéficie d'un statut officiel depuis 1965, est inscrit à la Pharmacopée française et est remboursée à hauteur de 30% par la sécurité sociale. Il est soumis à un système d'enregistrement auprès des autorités sanitaires (Les entreprises du médicament, 2014).

Les souches utilisées en homéopathie peuvent être d'origine (Guermonprez, 2008) :

- **Végétale** : plante entière ou uniquement une partie active de la plante (*Aconitum napellus* est l'Aconit napel).
- **Animale** : animal entier (*Apis mellifica* est l'abeille entière avec son venin) ou venins et sécrétions (*Sepia officinalis* est l'encre de seiche).
- **Minérale** : ce sont les minéraux, sels minéraux, métaux, qu'ils soient d'origine naturelle ou non (*Natrum muriaticum* est le sel de mer).
- **Biologique variée** : vaccins, cultures microbiennes, sécrétions ou encore excréments (*Psorinum* contient la sérosité de vésicule de gale et les produits de vésicule de gale). À noter que les produits préparés à partir du patient lui-même (auto-isothérapie) sont proscrits en France.

Les remèdes homéopathiques sont fabriqués à partir d'une « substance de base » obtenue après macération pour les produits solubles ou trituration pour les produits insolubles (c'est la **teinture-mère** ou TM pour les souches d'origine végétale). Cette substance de base est ensuite diluée et dynamisée selon deux procédés (Guermonprez, 2008) :

- **Dilution hahnemannienne** : C'est le seul procédé qui soit reconnu par la Pharmacopée Européenne. Il consiste en des dilutions successives au centième dans des flacons séparés. On obtient des dilutions centésimales hahnemanniennes (1 CH, 2 CH, 3CH, etc.). Par exemple, si la souche utilisée est d'origine végétale, un volume de TM est dilué dans 99

volumes de solvant (alcool à 70% v/v la plupart du temps) et la première dilution au 1/100^e est obtenue (1CH). Lorsque la première dilution est au dixième, on obtient une dilution décimale hahnemannienne (1DH).

- **Dilution korsakovienn** : Elle se fait dans un flacon unique et, bien qu'admise en France, reste peu utilisée. Le flacon contenant la substance de base est vidé puis, considérant qu'il est resté après vidage une goutte du produit initial, 99 gouttes de solvant sont ajoutées. La première dilution korsakovienne est obtenue (1K). Le flacon est agité puis à nouveau vidé et rempli de la même manière pour obtenir la dilution 2K.

Dans la pratique, les dilutions sont classées en : dilutions « **basses** » (3 CH, 4 CH, 5 CH), « **moyennes** » (7 CH et 9 CH) et « **hautes** » (de 12 CH à 30 CH).

Le solution finale obtenue à la dilution souhaitée est utilisée pour imprégner les granules ou globules (composées à 85% de saccharose et 15% de lactose) qui représentent les formes galéniques les plus fréquemment utilisées (Sarembaud & Poitevin, 2011). Il existe d'autres formes galéniques telles que les gouttes buvables, les suppositoires, les ampoules buvables, les ovules, les collyres, les crèmes et pommades, les comprimés ou encore les triturations (Pinto, 2014).

1.2.2 Action du médicament homéopathique (Institut National Homéopathique Français, 2010)

Dans « l'Organon de l'Art de guérir » (1810), Hahnemann décrit la maladie comme étant globale et s'exprimant de façon personnelle selon chaque malade. Elle résulte d'une rupture d'équilibre de « l'énergie vitale » et l'ensemble des symptômes observés représente l'expression visible de cette perturbation énergétique profonde. Le remède homéopathique est choisi selon les réactions personnelles du patient et a pour but de mobiliser les forces réactionnelles de l'organisme qui éliminera alors ses symptômes de lui-même. La guérison homéopathique concerne la disparition du symptôme concerné mais aussi l'amélioration du patient dans sa globalité.

Le médicament homéopathique est porteur de l'information de la substance initiale (emprunte de sa masse et de son énergie), ainsi c'est la qualité de l'information véhiculée et non la quantité administrée qui sera garante de la guérison du patient (Dobrescu, 2011).

1.3 Règles de prescription

Différentes règles de prescription sont appliquées en homéopathie.

Au niveau des dilutions : La première règle concerne le principe de similitude. Ainsi, une dilution haute sera prescrite lorsque le degré de similitude entre les symptômes de la maladie et la pathogénésie du remède est élevé. Une basse dilution sera donnée quand la similitude ne concerne que quelques symptômes.

Par ailleurs, les basses dilutions (3,4 et 5CH) sont généralement données pour des symptômes locaux, les moyennes dilutions (7 et 9CH) pour des symptômes généraux et les hautes dilutions (jusqu'à 30CH) pour des symptômes psychiques ou nerveux (Roux, 2001).

Concernant l'ancienneté de la pathologie, plus les symptômes sont récents, plus la dilution utilisée est basse et plus l'affection est ancienne, plus la dilution sera haute.

La hauteur de dilution influence aussi la durée d'action et la puissance du médicament homéopathique. Ainsi, les basses dilutions ont une action rapide, courte et superficielle et les hautes dilutions ont une action plus profonde, plus longue et plus lente. En homéopathie, l'effet du remède augmente avec la hauteur de dilution (Dobrescu, 2011).

Le choix de la dilution est important dans la mesure où il permet à l'organisme de reconnaître l'information donnée par le médicament comme fiable et d'y répondre de manière favorable (Chemouny, 2012).

Au niveau du rythme d'administration : Concernant le rythme d'administration, plus la pathologie à traiter est aiguë, plus les prises seront nombreuses et rapprochées : l'administration se fait à de brefs intervalles (une prise toutes les heures par exemple) puis les prises sont espacées en fonction de l'amélioration des signes. À l'inverse, plus la pathologie est chronique, plus les prises sont espacées dans le temps (Dobrescu, 2011).

Au niveau du nombre de remèdes prescrits (Roux, 2001) : Plusieurs techniques de prescription existent en homéopathie.

L'**unicisme** consiste à ne prescrire qu'un seul remède, le « *simillimum* » (il correspond au plus grand nombre de symptômes retrouvés chez le malade), en une prise et en haute dilution. En psychiatrie, cette pratique est fréquente (Algazi, 1989).

Le **complexisme** est le mélange dans un même support de plusieurs produits complémentaires en basse dilution.

Pour terminer, le **pluralisme** revient à « couvrir » beaucoup de symptômes en administrant plusieurs remèdes de dilutions variées, à différents moments de la journée, de manière alternée et plus ou moins répétée (Algazi, 1989). Une ordonnance pluraliste comprend des médicaments de crise et des médicaments de fond (ou de terrain) susceptibles de varier en fonction de l'évolution des symptômes. En France, les médecins pluralistes sont les plus nombreux (Roux, 2001).

1.4 Comparaison entre l'allopathie et l'homéopathie

Dans son livre « Pharmacologie homéopathique générale », le Docteur Dobrescu, médecin, pharmacien, professeur de pharmacologie et d'homéopathie, regroupe les éléments de comparaison entre l'allopathie et l'homéopathie dans le tableau suivant (Dobrescu, 2011) :

<i>ALLOPATHIE</i>	<i>HOMÉOPATHIE</i>
L'esprit analytique est prédominant.	L'esprit synthétique est prédominant.
Elle s'établit sur la physiologie normale et la physiopathologie	Elle se base sur la toxicologie et la physiopathologie.
Le terrain a un rôle passif.	Le terrain est prioritaire.
La cause est essentielle.	La cause est secondaire.
Le symptôme est une manifestation de la maladie.	Le symptôme montre l'effort de l'organisme à guérir par ses propres moyens, c'est un signe positif qui ne doit être supprimé pour ne pas gêner l'organisme dans son autoguérison.
Elle met en évidence, sélectionne et hiérarchise surtout les signes objectifs et tend à délimiter l'entité nosologique comme une unité pathologique.	Elle met en évidence les symptômes personnels qui différencient les individus entre eux, dans leur confrontation à la maladie. Elle regroupe les symptômes pour mettre en évidence les variantes individuelles de réponse à la maladie.
Elle établit le diagnostic des maladies.	Elle établit le diagnostic du malade et non de la maladie.
Du symptôme à la maladie.	Du symptôme au médicament.

C'est une thérapie des maladies dans leur formes conventionnelles.	C'est une thérapie du malade (diversifiée).
La thérapie s'adresse aux mécanismes pathologiques et/ou aux causes (thérapie causale).	La thérapie s'adresse aux réactions de l'organisme vis-à-vis des agents pathogènes (thérapie réactionnelle).
La thérapie ne guérit pas la maladie, mais supprime ou diminue ses manifestations = thérapie coercitive ou substitutive.	La thérapie guérit le malade, pas la maladie = thérapie réactionnelle.
Les médicaments sont des médicaments supprimeurs, agissant principalement à la surface = processus réactolytiques.	Les médicaments sont à la fois des médicaments curatifs et des outils pour créer des tableaux pathologiques. Ils agissent surtout en profondeur = thérapie « réactomimétique ».
L'apparition et la connaissance de l'action pharmacodynamique sont le résultat du parcours des étapes : hypothèse, expérience sur l'animal, confirmation, étude sur l'Homme malade.	L'apparition et la connaissance de l'action pharmacodynamique sont le résultat de l'expérimentation sur l'Homme sain et de l'application de la loi de similitude.
Elle étudie la manière dont les médicaments agissent sur les fonctions physiologiques et les troubles pathologiques.	Elle étudie les manifestations pathologiques et toxicologiques produites par les médicaments.
Elle emploie les médicaments pour diminuer ou éliminer les troubles produits par la maladie.	Comme l'allopathie, elle emploie les médicaments pour diminuer ou éliminer les troubles produits par la maladie
Expériences sur les animaux.	Expérimentation sur l'Homme sain (pathogénésie).
Les indications thérapeutiques sont issues de l'action pharmacodynamique, ce qui justifie leur valorisation sur le plan pratique.	Les indications thérapeutiques sont issues des actions toxicologiques.
Les indications thérapeutiques se font conformément au « principe des contraires » (<i>contraria contrariis curantur</i>).	Les indications thérapeutiques se font conformément au « principe de similitude » (<i>similia similibus curentur</i>).
La thérapie est établie en accord avec la pharmacologie des appareils et des systèmes.	La thérapie s'appuie sur la pharmacologie des symptômes.

Tableau 6 - Éléments de comparaison entre l'allopathie et l'homéopathie selon (Dobrescu, 2011)

2 L'HOMÉOPATHIE DANS LES TROUBLES ANXIEUX

2.1 Utilisation de l'homéopathie dans la prise en charge des troubles anxieux

Comme nous avons pu déjà le voir dans la première partie de cette thèse, les troubles anxieux touchent très largement la population française. Concernant l'impact de ces troubles, nous pouvons

rappeler que l'étude ESEMeD recensait, entre 2001 et 2003, une **prévalence sur la vie de 22,4%** en France.

À l'officine, la demande de conseil à ce sujet va croissante et le professionnel de santé interrogé se doit de pouvoir soulager la souffrance du patient demandeur (Boiron *et al.*, 2012).

Le choix de ce sujet de thèse a été influencé par les résultats d'une enquête menée à la pharmacie Chrétien de Bonsecours (76) en mai 2014 lors du stage officinal de 6^{ème} année. L'équipe officinale et moi avons recensé et classé les différentes pathologies retrouvées en « conseil au comptoir », durant deux semaines. Il est alors ressorti de ce sondage que « les troubles anxieux, troubles du sommeil et stress » étaient très largement représentés (en deuxième position après la très vaste catégorie « ORL » (Oto-Rhino-Laryngologie) lors des demandes de conseil. De plus, concernant ces troubles, nous avons pu remarquer que les patients orientaient régulièrement le conseil vers de l'homéopathie ou une autre thérapeutique « naturelle » comme la phytothérapie ou l'aromathérapie. Les tableaux récapitulant les résultats de cette enquête sont présentés en Annexe 3.

Dans cette thèse, nous avons choisi de traiter des cas officinaux de « conseil au comptoir ». Face à une réclamation de prise en charge pour un trouble anxieux/un stress, plusieurs solutions s'offrent aux équipes officinales : homéopathie, phytothérapie, oligothérapie, aromathérapie et nutrithérapie, entre autres. Ces différentes options sont présentées par Christophe Picot dans sa thèse « Prise en charge de l'anxiété à l'officine : traitements anxiolytiques et alternatives » (Picot, 2012).

Nous avons choisi de nous pencher sur le cas de l'homéopathie qui offre une bonne alternative aux médicaments psychotropes dont la surconsommation est avérée en France (Démonceaux, 2014). En prenant en compte tous les symptômes du malade et non pas uniquement sa pathologie, elle offre une réponse individualisée au patient, permet la discussion et par ce fait, une prise en charge « psychologique » ce qui est un atout supplémentaire face à un patient en souffrance mentale.

2.1.1 Une alternative aux médicaments psychotropes

La France reste à ce jour, le pays le plus gros consommateur d'anxiolytiques et d'hypnotiques en Europe (Quémoun, 2016).

En décembre 2013, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé publie un rapport sur l'« État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France » qui dévoile les chiffres suivants (ANSM, 2014) : 11,5 millions de français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine en 2012 (dont 7 millions une BZD anxiolytique) et 22 % de ces consommateurs utilisent deux BZD simultanément. Par ailleurs, il est noté que le temps d'exposition à ces molécules est souvent très largement dépassé par rapport aux recommandations de l'AMM, qui sont maximum de 4 semaines pour les hypnotiques et 12 semaines pour les anxiolytiques.

Depuis, il semblerait qu'une légère baisse des ventes ait été enregistrée en 2015 selon les statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (-1,42% par rapport à 2014) et cela, contre toute attente au vu des événements ayant eu lieu durant cette année (chômage, attentats...). Cependant, pour le Professeur Antoine Pelissolo, chef de service en psychiatrie à l'hôpital Henri Mondor de Créteil et président de l'Association française des troubles anxieux et de la dépression, « il demeure encore beaucoup d'utilisateurs de ces molécules, environ dix millions de personnes, mais, grâce à l'information sur les risques et à quelques alternatives nouvelles, cette population est en baisse » (Vincent, 2016).

Effectivement, en 2015, le Ministère des Affaires sociales et de la santé rappelle que les benzodiazépines sont efficaces sur de courtes durées, et qu'au-delà, elles exposent à un risque d'effets indésirables et de dépendance physique et psychique. En effet, l'arrêt d'un traitement par BZD doit se faire de manière progressive, sur plusieurs semaines voire sur plusieurs mois, pour éviter la survenue d'un syndrome de sevrage, d'un effet rebond (réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée) ou encore d'une rechute. Par ailleurs, notons que chez la personne âgée, l'utilisation de benzodiazépines favorise les chutes, les pertes de mémoire et même la survenue de démence en cas d'exposition prolongée (Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2015).

En 2011, une enquête effectuée au CHU de Clermont-Ferrand a montré que 30% des patients traités par BZD recherchaient une aide pour se sevrer (Quémoun, 2016). Le Ministère des Affaires sociales et de la santé appuie sur le fait que « le pharmacien peut être un acteur important pour aider le patient dans son sevrage » (Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2015).

L'instauration d'un traitement homéopathique permet un abaissement et un espacement des doses de BZD ainsi qu'une amélioration de la tolérance au traitement et aux effets indésirables liés au

sevrage (Larzilliere, 2013). Il peut aider à diminuer la dépendance et servir de traitement de relais à ces anxiolytiques ou même aux antidépresseurs (Quémoun, 2016).

2.1.2 Une thérapeutique sans effets indésirables, utilisée dans les pathologies courantes

L'homéopathie constitue aujourd'hui une thérapeutique convainquant de plus en plus de patients. Ainsi, selon un sondage Ipsos effectué en 2012, 56% des français ont été utilisé l'homéopathie et 36% seraient des utilisateurs réguliers. Par ailleurs, 77% des Français estiment que l'homéopathie devrait être prescrite plus souvent en première intention quand cela est possible (Idtaleb, 2012).

Les médicaments homéopathiques sont utilisables par tous types de patients (enfants, adultes, personnes âgées, femmes enceintes, patients polymédiqués) du fait de leur innocuité (Boiron, 2016a). En effet, ils ne présentent ni toxicité chimique ni contre-indications connues (utilisation simultanément à un traitement allopathique possible) (Les entreprises du médicament, 2014) ce qui ne nécessite pas d'adaptation posologique en fonction du poids, de l'âge ou encore d'un traitement allopathique en cours (Choffrut, 2011).

L'homéopathie offre une réponse thérapeutique concrète face aux pathologies courantes (allergies, pathologies ORL, maux de la grossesse, états grippaux) et est aussi de plus en plus utilisée comme soin de support en oncologie (Boiron, 2016b). Sans être un traitement contre le cancer, elle est utile pour améliorer l'état général du patient et diminuer les effets secondaires. Elle permet donc une augmentation de la tolérance et de l'observance du traitement et de la qualité de vie (Bagot, 2011). L'homéopathie est très utile dans les domaines du stress et des troubles anxieux : il est possible de prendre en charge de simples états anxieux mais aussi l'anxiété généralisée ou encore les attaques de panique (Choffrut, 2011).

Une étude réalisée entre octobre 2010 et octobre 2012 par Émilie Pham, alors étudiante dans une pharmacie de Sarreguemines, montre des chiffres intéressants concernant les résultats d'une prise en charge homéopathique. Dans cette officine, des entretiens homéopathiques ont été réalisés auprès de cent patients. L'enquête montre que le domaine de pathologie le plus rencontré concerne

la neuropsychiatrie (28% des patients). Les pathologies retrouvées en neuropsychiatrie et les résultats thérapeutiques obtenus par une prise en charge homéopathique sont relatés dans le tableau suivant (Pham, 2013) :

PATHOLOGIES	POURCENTAGE EN NEUROPSYCHIATRIE	RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES EN HOMÉOPATHIE
<i>Peur, mal-être, angoisse, stress</i>	78,6%	100% de résultats positifs
<i>Dépendance aux médicaments (psychotropes), à l'alcool</i>	7,1%	50% de résultats positifs
<i>Dépression (diagnostiquée par le médecin)</i>	7,1%	Échec thérapeutique
<i>Trouble du sommeil</i>	3,6%	100% de résultats positifs
<i>Migraine (céphalées)</i>	3,6%	50% de résultats positifs

Tableau 7 - Les différentes pathologies retrouvées en neuropsychiatrie lors d'une enquête dans la pharmacie de Sarreguemines entre octobre 2010 et octobre 2012 d'après (Pham, 2013)

2.2 Quelles sont les souches utilisées dans l'anxiété ?

Les remèdes homéopathiques indiqués dans l'anxiété sont nombreux. Ils sont évoqués dans plusieurs ouvrages et notamment certaines thèses d'étudiants en pharmacie :

- « La place de l'homéopathie dans les pathologies anxieuses » de Typhaine Robert (Robert, 2014) ;
- « Prise en charge de l'anxiété à l'officine : traitements anxiolytiques et alternatives » de Christophe Picot (Picot, 2012) ;
- « Stress, anxiété, troubles du sommeil : conseil à l'officine en phytothérapie et homéopathie » de Benoît Maillard (Maillard, 2011).

Plusieurs livres énumèrent également les remèdes de l'anxiété :

- « Guérir le stress et l'anxiété avec l'homéopathie » du Docteur en pharmacie et spécialiste de l'homéopathie Albert-Claude Quémoun (Quémoun, 2016)
- « Homéopathie en psychiatrie » du Docteur Jacques Algazi (Algazi, 1989)

- « Soigner le stress par l'homéopathie et la phytothérapie » du Docteur Bernard Chemouny (Chemouny, 2012)
- « Troubles anxieux » de Michèle Boiron, François Roux et le Docteur Gérard Falala (Boiron *et al.*, 2012).

Nous avons choisi de compléter le travail fait dans ces différents ouvrages en faisant l'étude spécifique de quatre grands remèdes homéopathiques des troubles anxieux : *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*. Nous développerons ces médicaments dans le Chapitre 3 de cette Partie. Cependant, il existe beaucoup d'autres souches ayant un intérêt en psychiatrie et dans les troubles anxieux. Voici une liste non exhaustive de celles-ci.

Actaea racemosa : Anxiété marquée par des douleurs musculaires dorsales et cervicales (Chemouny, 2012).

Ambra grisea : Dans les épisodes d'anxiété généralisée par suite de stress. *Ambra grisea* est caractérisé par une alternance de repli sur soi et d'agitation (bavardage précipité, passe d'un sujet à un autre). L'anxiété ressentie par le sujet est accompagnée de palpitations, de paresthésies, d'une sensation d'arrêt du cœur et de ne plus pouvoir respirer. Le patient est bouleversé par la moindre petite chose et son sommeil est perturbé (agitation, endormissement difficile malgré la fatigue, sursauts en dormant, sensation de froid) (Choffrut, 2011). Le trac vécu peut entraîner des pleurs chez les personnes timides (Quémoun, 2016).

Anacardium orientale : C'est un médicament de l'hésitation et de l'indécision. Il a de nombreuses obsessions (erreur, oubli, persécution) et des compulsions de vérification (Guermonprez, 2008). Amélioration de l'anxiété en mangeant (Lamassiaude-Peyramaure, 2008).

Arnica montana : Utilisé dans les traumatismes physiques et psychiques. *Arnica montana* est indiqué dans la fatigue psychique extrême qui suit une crise anxieuse. On retrouve également ce remède dans les états de stress post-traumatiques lorsque des troubles du sommeil, une reviviscence de l'événement traumatique (sous forme de cauchemars, rêves, souvenirs), des symptômes cardiovasculaires (HTA, tachycardie, douleur d'angor) ou encore un état dépressif sont retrouvés (Boiron *et al.* 2012). *Arnica* peut devenir agoraphobe après un choc mental (Horvilleur, 2011).

Aurum metallicum : Anxiété avec sentiment de culpabilité. Le sujet a un sentiment d'abandon et pense à la mort (Horvilleur, 2011).

Baryta carbonica : Il est sujet à la prise de poids, fatigué par l'effort intellectuel, lent. Craintif et anxieux, le patient est agressif face au stress et il a la phobie des microbes. L'anxiété qu'il ressent aggrave ses inhibitions (Quémoun, 2016).

Calcarea carbonica (Algazi, 1989) : Il a peur de tout ce qui est nouveau et inconnu (de l'avenir, d'une catastrophe, de perdre la raison, des maladies, de manquer de nourriture, etc.). Il a de nombreuses phobies (notamment celle des grands espaces vides). C'est un patient qui réagit soit par l'agitation soit par l'apathie.

Chamomilla : Se voit indiqué dans le trouble panique avec agitation précipitée, caprices, irritabilité et colères violentes. Il y a une hypersensibilité à la douleur liée à une forte activation sympathique qui provoque une importante anxiété (Echeverria, 2008). Le sommeil est agité et perturbé par des douleurs et des sensations de creux à l'estomac (Choffrut, 2011).

Coffea : Son anxiété se caractérise par des tremblements, des palpitations, des troubles de l'endormissement dus à une ébullition intellectuelle. Les excitants et les émotions joyeuses ou excessives augmentent l'anxiété (Chemouny, 2012).

Gelsemium (Boiron *et al.*, 2012) : C'est le médicament de l'anxiété d'anticipation avec inhibition (le sujet est tremblant, paralysé), diarrhée émotive et polyurie. L'anticipation est négative et l'inhibition conduit souvent à un évitement (d'où son indication possible dans la prise en charge des phobies et de l'agoraphobie). On note chez le sujet une hébétude ou un phénomène de ralentissement général. Ce remède est entre autres indiqué dans les pathologies d'adaptation (notamment le trac) et les insomnies d'anticipation. Les symptômes de *Gelsemium* sont observés à la suite de peurs ou encore de chocs avec sidération.

Ignatia (Boiron *et al.*, 2012) : Cette souche est indiquée dans toute pathologie qui fait suite à un chagrin, une émotion forte ou encore un choc affectif. On note chez *Ignatia* des troubles anxieux exprimés par une agitation, une hypersensibilité neurosensorielle et une tendance aux spasmes. À la suite du stress vécu se manifestent une « sensation de boule dans la gorge », des pleurs, des malaises, des douleurs cardiaques et des palpitations ou encore une difficulté à respirer (Chemouny, 2012).

Kalium phosphoricum : Personnes surmenées intellectuellement souffrant de troubles de la mémoire. Sensation de boule dans la gorge ou de vide à l'estomac, palpitations ou encore agitation des pieds révèlent l'anxiété importante. Ces symptômes peuvent survenir à la suite de soucis prolongés (Chemouny, 2012). Une des indications de *Kalium phosphoricum* est l'anxiété de performance (Boiron *et al.*, 2012).

Lachesis : Son anxiété est accompagnée de paranoïa, de jalousie et que le patient est très bavard (Quémoun, 2016) mais aussi d'excitation, de cauchemars, de peur de la mort et de claustrophobie. Son sommeil est perturbé par ses peurs (Chemouny, 2012).

Lycopodium : Le changement de ses habitudes le rend anxieux (anxiété d'anticipation), il a peur de ne pas pouvoir faire face. Il est tyrannique avec son entourage, c'est un anxieux autoritaire hyperémotif et présente un caractère phobique (Algazi, 1989).

Moschus : Ce remède est retrouvé dans les troubles anxieux aigus. *Moschus* ressent une excitation nerveuse avec hypersensibilité qui entraîne des réactions théâtrales et exagérées, des pseudo-syncope ainsi qu'une alternance pleurs/fous rires. Il a le besoin de faire des inspirations profondes régulièrement (Boiron *et al.*, 2012).

Nux vomica : Indiqué chez les personnes soumises à un stress quotidien. Surcharge de travail sur le plan professionnel, sédentarité et autoritarisme caractérisent *Nux vomica*. Pour tenir le rythme, les sujets abusent d'excitants (café, tabac, alcool, médicaments) ce qui intoxique leur organisme. Le Docteur Quémoun les qualifie d' « hyperactifs sédentaires » (Quémoun, 2016).

Phosphoricum acidum : Ce remède est indiqué chez les personnes ayant une activité intellectuelle prolongée et intense dans une situation de stress (Chemouny, 2012).

Platina : l'anxiété est exprimée par une hyperexcitation sexuelle et un sentiment de supériorité vis-à-vis des autres (Quémoun, 2016).

Pulsatilla : C'est une personne impressionnable qui a de nombreuses craintes : peur de la mort, du noir, d'une catastrophe imminente, de la solitude (Algazi, 1989).

Psorinum : Il est anxieux, effondré, désespéré quant à sa santé et se condamne et incurable (Algazi, 1989).

Sepia officinalis (Algazi 1989) : On observe chez *Sepia* une anxiété vespérale, un désintéressement de tout et un refus de consolation. L'anxiété évolue en état dépressif (Quémoun, 2016) et peut même faire basculer le patient vers un suicide qu'il a déjà préparé.

Staphysagria : Utilisé dans les troubles anxieux suivants un stress émotionnel, une contrariété, une indignation ou encore une vexation (Boiron *et al.*, 2012). Il y a une importante somatisation chez les sujets *Staphysagria* en lien avec l'indignation : céphalées, douleurs lancinantes, eczéma, etc. Le Dr Eloy Echeverria utilise le mot-clé « susceptibilité » pour définir *Staphysagria* (Echeverria, 2008).

Silicea : Il est angoissé par le moindre bruit et la moindre émotion. Il se fatigue vite, manque de confiance en lui et a peur de ne pas y arriver (anxiété d'anticipation). Il a une tendance obsessionnelle avec des idées tristes (Chemouny, 2012). *Silicea* a la phobie spécifique des épingles (Algazi, 1989).

Stramonium : indiqué chez les individus réagissant au stress par une agitation intense et violente. Les sujets *Stramonium* ont en général peur du noir (Chemouny, 2012) et sont sujets aux cauchemars (Lamassiaude-Peyramaure, 2008). *Stramonium* a une indication dans les états de stress post-traumatiques si le patient est victime de troubles d'endormissements liés à un souvenir

d'événement traumatique, de cauchemars ou encore terreurs nocturnes. Il y a de plus une évolution possible vers la dépression (Boiron *et al.*, 2012).

Thuja : Anxiété diffuse, phobies de la maladie (cancer). Il est abattu, dépressif, indécis (Chemouny, 2012). C'est un des médicaments principaux du terrain obsessionnel/phobique avec compulsions, Thuja rumine beaucoup (Guermontprez, 2008).

Les souches suivantes ont un lien moins important avec l'anxiété mais restent utiles dans certains cas :

Alumina (peur des objets pointus), ***Asa foetida*** (manifestations respiratoires de l'anxiété), ***Bryonia alba*** (agoraphobie), ***China rubra***, ***Crataegus*** (palpitations dues à l'anxiété), ***Colocynthis*** (anxiété déclenche douleurs abdominales), ***Cyclamen*** (tristesse anxieuse), ***Graphites*** (émotif et anxieux), ***Iodum*** (anxiété au cours d'une hyperthyroïdie), ***Hyoscyamus niger*** (jalousie obsessionnelle), ***Kalium carbonicum*** (agoraphobie), ***Lac caninum*** (phobie de la saleté), ***Luesinum*** (phobie des maladies contagieuses), ***Magnesia phosphorica*** (anxiété avec crampes musculaires), ***Natrum carbonicum*** (anxiété par la musique), ***Natrum muriaticum*** (suite de choc affectif, peur des voleurs et compulsions de vérification, phobie du contact), ***Opium*** (peur avec sidération totale), ***Sulfur***, ***Sumbul*** (palpitations), ***Tuberculinum*** (peur des animaux) ou encore ***Valeriana*** (manifestations respiratoires de l'anxiété).

Par ailleurs, il existe des complexes formulés à partir de plusieurs souches homéopathiques qui peuvent traiter les troubles légers de l'anxiété (Lamassiaude-Peyramaure, 2008).

3 ÉTUDE DE QUATRE SOUCHES MAJEURES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ : *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

3.1 *Aconitum napellus*

3.1.1 Botanique

3.1.1.1 Description

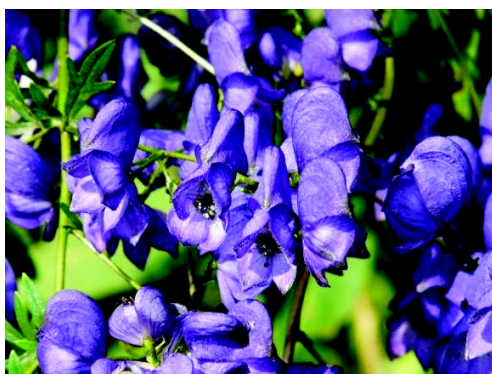


Figure 11 - Fleurs d'*Aconitum napellus* L. (Baumann, 2011)

L'Aconit napel (*Aconitum napellus* L.), est une plante vivace herbacée de la famille des Renonculacées. On l'appelle également « casque de Jupiter », « tue-loup », « Aconit faux navet », « char de Vénus » ou bien « casque bleu » (Flesch, 2005). Elle tient ces noms de la forme en casque de ses fleurs, bleu foncées à violacées,

réunies en grappes ainsi que de sa racine tubérisée en forme de navet. L'Aconit napel mesure de 50 cm à 200 cm et trouve son habitat dans les régions montagneuses de France, d'Asie (Guermontprez *et al.*, 1987) (Larabi *et al.*, 2013) d'Europe centrale et de Scandinavie (Hodiamont, 1985). Les fleurs de l'Aconit sont représentées sur la photo ci-dessus (Baumann, 2011).

3.1.1.2 Composition et toxicité

Cette plante à fort potentiel toxique contient :

- Des acides organiques (principalement l'acide aconitique)
- De la tyramine et de la dopamine (dans les fleurs et tubercules)
- Des alcaloïdes diterpéniques : hypaconitine, mésaconitine et surtout **aconitine**, extrêmement toxique, que l'on retrouve dans toutes les parties de la plante, à des teneurs variables en fonction de l'organe (Guermontprez *et al.*, 1987 ; Larabi *et al.*, 2013).

L'aconitine augmente l'activation des canaux sodiques voltage dépendants des cellules cardiaques, nerveuses et musculaires. Elle provoque arythmie cardiaque et neurotoxicité (par effet

anticholinergique) et devient létale à la dose de 3 à 6 milligrammes sachant qu'un gramme d'Aconit frais contient 2 milligrammes d'aconitine (Larabi *et al.*, 2013).

En cas d'intoxication par l'Aconit napel, les symptômes, qui apparaissent rapidement (2 heures maximum), sont décrits comme des fourmillements de la langue, des paresthésies du pharynx, des vomissements, des vertiges, une hyperventilation, une tachycardie et des troubles du rythme cardiaque. Ils peuvent aller jusqu'à la dépression respiratoire (Flesch, 2005), l'arrêt cardiaque et la mort, « l'intellect et la connaissance étant conservés jusqu'au bout » (Hodiamont, 1985). Durant toute cette succession de symptômes, on observe une grande agitation, angoisse et peur de mourir (Hodiamont, 1985).

3.1.2 Utilisation d'*Aconitum napellus* en homéopathie

3.1.2.1 Généralités

Aconitum napellus est le médicament fondamental des crises de panique (Guermonprez, 2008) et de l'angoisse inconsciente (Sananès, 1987). C'est un polychreste (large spectre d'action), à durée d'action très courte (jusqu'à 24 heures) (Dobrescu, 2011) et d'action limitée ou localisée (MAL : Médicament d'action limitée ou localisée) comme beaucoup de remèdes d'origine végétale (Guermonprez, 2008).

C'est le médicament homéopathique de toute maladie **brutale, intense, récente, congestive** (Guermonprez *et al.*, 1987) ce qui est expliqué par la loi de similitude (l'Aconit a une toxicité violente et rapide (Hodiamont, 1985)). Il concerne en particulier les **fièvres**, les **syndromes cardiovasculaires** et l'**anxiété** (Chefdeville, 2015) qui peuvent apparaître après une frayeur, un coup de froid sec ou une exposition prolongée au soleil (Horvilleur, 2011). Son indication tout comme son action sont de courte durée (Guermonprez *et al.*, 1987).

3.1.2.2 Type sensible (Kent, 1992)

Les « malades Aconit » sont, selon Kent, des individus pléthoriques, forts, robustes, au cœur solide et au cerveau actif qui tombent subitement malades après une exposition au froid sec et intense. Les malades sont vite atteints mais vite relevés (Zissu, 1991) car Aconit est comme « une grande

tempête rapidement apaisée » (début brusque, départ rapide, chez un malade jusque-là en bonne santé).

3.1.2.3 Pathogénésie

a) Signes généraux caractéristiques psychiques

ANXIETE SOUDAINE, VIOLENTE ET INTENSE (Guermontprez *et al.* 1987 ; Zissu, 1991) :

L'anxiété est la réponse mentale à l'intoxication et selon le Dr. Mouézy-Eon, « l'anxiété est l'équivalent, sur le plan mental, de la fièvre sur le plan physique » (Hodiamont, 1985).

La crise d'angoisse survient de manière brutale et on observe une triade psychique : **agitation, peur et angoisse** (Zissu, 1991). L'agitation est autant psychique que physique et verbale (gémissements, irritabilité, colère explosive, impulsion à jeter des objets au loin, violence de l'anxiété qui devient intolérable (Kent, 1992)). Le psychisme est qualifié de très peureux (le visage exprime la peur, la vie est ressentie comme insupportable par la peur (Allen, 1998a)). Sa physionomie traduit la crainte irraisonnée, la moindre pensée l'angoisse (Vannier & Poirier, 1983). Il a peur de la peur et son angoisse « souvent métaphysique, occupe tout l'espace cérébral » (Sananès, 1987).

Le malade éprouve une agitation anxieuse avec peur de la mort qui semble imminente, il pourrait même prédire l'heure ou le jour de sa mort. La femme Aconit a peur de la mort durant la grossesse (Allen, 1998a). Le patient ressent le besoin urgent d'une assistance médicale et désire une compagnie (Horvilleur, 2011). Il ne peut rester allongé dans son lit sans bouger et sursaute de manière soudaine et brusque (Arndt, 2003). Il a des palpitations et de fausses douleurs d'Angor, peur de suffoquer, des sensations d'engourdissement dans les extrémités, des accès d'hypertension artérielle (HTA) et son pouls est plein et dur. L'attaque de panique a lieu vers minuit, au cours d'une maladie infectieuse, d'une hémorragie, d'une insomnie ou à la suite d'une grande peur. Le sujet est sensible au moindre bruit (Arndt, 2003) qui le fait tressauter (Vannier & Poirier, 1983). La musique lui est insupportable (Guermontprez *et al.*, 1987) et le dispose à pleurer (Séror, 2000a). Il est **agoraphobe**, a peur de traverser la rue ou une place (Hodiamont, 1985).

L'agitation physique et psychique ainsi que l'irritabilité accompagnent tous les autres signes d'*Aconitum napellus*, même les plus minimes (Zissu, 1991).

b) Signes généraux caractéristiques physiques

FIEVRE (Guermonprez *et al.*, 1987 ; Zissu & Guillaume, 2005 ; Guermonprez, 2008 ; Horvilleur, 2011) : élevée et brutale, par froid sec, avec peau et muqueuses sèches (toux sèche présente même sans autre signe respiratoire), sans transpiration (dès lors qu'il y a transpiration [sueurs de résolution], l'indication du remède cesse (Zissu, 1991)). Elle commence souvent par des frissons au moindre mouvement (Hodiamont, 1985). Durant l'épisode fébrile, la peau est brûlante, la face est rouge (une joue rouge (Séror, 1998a)) et pâlit lorsque le patient se redresse. Pour autant, les mains et les pieds sont froids (Arndt, 2003). Le malade a soif d'eau froide en grande quantité (tout a un goût amer sauf l'eau), il est dans un état d'agitation anxieuse avec peur de la mort. Présence de paresthésies, de douleurs, le pouls est dur et plein. La fièvre peut être accompagnée de délires, de pleurs ou de rires (Séror, 2000a).

DOULEURS INTENSES (Guermonprez *et al.*, 1987 ; Zissu & Guillaume, 2005) : aiguës, intolérables, piquantes comme par une aiguille (Arndt, 2003), paroxysme vers minuit, avec angoisse. Elles sont de deux ordres (Zissu, 1991) :

- **Névralgiques** : névralgies *a frigore* (après exposition au froid sec, aux courants d'air ou induites par une boisson glacée), fourmillements, engourdissements, paralysie faciale d'apparition brusque (Horvilleur, 2011). *Aconitum napellus* touche électivement les nerfs sensitifs c'est pourquoi il est un grand remède des névralgies (Hodiamont, 1985).
- **Congestives** : céphalées en lien avec une crise d'HTA ou suite à une exposition au soleil ou à la chaleur. Sensation de lourdeur frontale, de chaleur autour de la tête (Horvilleur, 2011). La congestion touche tous les organes.

SIGNES CARDIOVASCULAIRES (Guermonprez *et al.*, 1987) : Tous sont accompagnés d'anxiété, aggravés par le froid, et l'heure (minuit). Ils sont : l'hypertension artérielle aiguë ou chronique (Hodiamont, 1985) (pouls plein et dur, céphalées, sensation de danger imminent avec menace d'AVC), l'angor, les palpitations (extrasystoles) et la tachycardie paroxystique.

SYMPTOMES HEMORRAGIQUES (Zissu & Guillaume, 2005): épistaxis, hémoptysie, métorrhagie de sang rouge, brillant, avec agitation et angoisse.

HYPERSENSIBILITE SENSORIELLE (Hodiamont, 1985) : yeux (photophobie), oreille (bruit et musique insupportables), odorat (odeurs insupportables).

c) **Signes régionaux** (Guermontprez *et al.*, 1987 ; Zissu & Guillaume, 2005 ; Horvilleur, 2011)

SIGNES DIGESTIFS : Diarrhée brutale après un coup de froid avec un aspect d'épinards hachés, douleurs abdominales après un coup de froid sur le ventre et gastralgies après ingestion d'eau glacée (le patient réclame cependant de l'eau froide). Certaines fois, aucune position ne calme la douleur (Hodiamont, 1985).

SIGNES URINAIRES : Faux besoin d'uriner avec brûlure, oligurie et néphrite *a frigore* (Horvilleur, 2011). Le patient est toujours anxieux au début de la miction (Vannier & Poirier, 1983).

SIGNES ORL : Enrouement et toux sèche croupale⁵ en pleine nuit (avec goût de sang dans la bouche (Arndt, 2003), peur de la suffocation, otite aiguë catarrhale de survenue brutale, coryza avec sensation de pression à la racine du nez (Arndt, 2003), laryngite et pharyngite (gorge rouge, douleur à la trachée). Douleurs otalgiques.

SIGNES GENITAUX : orchite aiguë chez l'homme, aménorrhée *a frigore* ou après une frayeur chez la femme.

AUTRES : Congestion de l'œil (après traumatisme, chirurgie, exposition au froid ou au soleil, à la trop forte lumière) avec sensation de sable dans l'œil et importante photophobie (Hodiamont) et sensation d'œil trop gros. Douleurs odontalgiques (Horvilleur, 2011).

⁵ Qui dépend du croup. Définition du croup : Terme qui, jadis, désignait toute laryngite suffocante. Actuellement il s'applique à la diphtérie laryngée dans laquelle de fausses membranes obstruent la voie aérienne, provoquant l'asphyxie (Delamare *et al.*, 2012).

3.1.2.4 Étiologie et modalités (Zissu & Guillaume, 2005 ; Horvilleur, 2011)

- Étiologie

CAUSES : le froid sec (courant d'air, vent du Nord ou d'Ouest (Allen, 1998a), assis sur une pierre froide l'été, air froid en étant en sueurs, ingérer une boisson glacée, la gelée, l'hiver), une grande peur ou frayeur, une exposition prolongée au soleil ou la suppression de la transpiration. Les symptômes peuvent également apparaître au cours d'une hémorragie ou bien d'une poussée d'HTA (Sarembaud & Poitevin, 2011), après un choc ou une opération chirurgicale (Saint-Didier, [s.d]a).

- Modalités

AGGRAVATION : avec le froid sec, à minuit, dans une chambre trop chaude ou par des vêtements chauds (Séror, 1998a), par des excitants (café, tabac) et le vin (Saint-Didier, [s.d]a), couché sur le côté douloureux. On note une exacerbation des symptômes par le bruit (Demarque, 1988), par la lumière, les odeurs (hypersensibilité sensorielle) et par le fait de se pencher en avant (à cause de l'état congestif) (Hodiamont, 1985). L'aggravation se remarque également dans la foule et pendant les règles (Voisin, 2014). De manière générale, l'atteinte pathologique est plus fréquente sur le côté gauche (Sarembaud & Poitevin, 2011).

AMELIORATION : au grand air, en se découvrant pendant la fièvre, par le repos, par l'apparition d'une transpiration chaude dans les états aigus.

3.1.2.5 Indications cliniques

a) Psychiques

DANS LES TROUBLES ANXIEUX

- **Attaque de panique** : Nous avons pu voir dans la partie I de ce travail, que la crise de panique était au centre de chacun des troubles anxieux. Elle est ce que cherche à éviter le malade phobique, celui qui souffre d'un TAG, d'un TOC, d'un ESPT.

Aconitum napellus est le médicament fondamental de l'attaque de panique (Guermonprez *et al.*, 1987) et possède tous les symptômes de la crise de panique (Boiron *et al.*, 2012) : sentiment de mort imminente, brutalité, palpitations, fourmillements et tremblements, tachycardie, hypertension, dyspnée, bouffées de chaleur, oppression thoracique, agitation physique et verbale. De par son action brève mais rapide, il sera donné au moment de la crise, en prises répétées jusqu'à amélioration. Son indication cesse rapidement.

- **Agoraphobie** (Zissu, 1991 ; Horvilleur, 2011) : Dans un registre plus chronique, agoraphobie avec sensation de danger et de mort imminente, peur de la foule, palpitations survenant à la suite de frayeurs.
- **Phobies** (Horvilleur, 2011) : sensation de mort imminente quand le patient est en situation phobogène. *Aconitum napellus* a peur de la peur, de la hauteur (Sananès, 1987) et la phobie des espaces (Sananès, 1982).

AUTRES TROUBLES PSYCHIQUES

On peut retrouver *Aconitum napellus* dans l'indication du bégaiement (à la suite d'une peur ou au cours d'un AVC), de l'hypochondrie (avec peur de la suffocation), des insomnies (avec anxiété, réveil nocturne vers minuit, agitation, à la suite d'une frayeur) (Horvilleur, 2011).

b) Physiques

Les principales indications d'*Aconitum napellus* sont (Zissu & Guillaume, 2005 ; Masson, 2012) : Le DEBUT des maladies aiguës, fébriles, avec angoisse (au bout de 24 heures, l'indication n'est plus valable) :

- Respiratoires et ORL : Grippe, angine, laryngite avec toux croupale, bronchite, otites, etc.
- Éruptives : rougeole, rubéole, varicelle, avant que l'éruption se soit produite (Hodiamont),
- Digestives : diarrhées vertes
- Inflammatoires : coup de soleil avec peau rouge et sèche

Neurologie : rhumatismes, névralgies *a frigore*, paralysies, sciatiques.

Système cardiovasculaire (Demarque *et al.*, 2007): les symptômes sont tous accompagnés d'anxiété violente avec peur de la mort

- Hypertension artérielle paroxystique
- Tachycardie paroxystique
- Angor (dérivés nitrés indispensables)
- Hémorragies de sang brillant, rouge, jaillissant, avec anxiété : épistaxis, hémoptysies.

Gynécologie : Aménorrhées par suite de frayeur (Saint-Didier, [s.d]a)

3.1.3 Profil valorisé d'*Aconitum napellus*

À la manière de Zissu et Guillaume dans les « Fiches de matière médicale homéopathique » et du Docteur Ouaba Koumbo (Homéopathes sans frontières), nous avons élaboré un profil valorisé d'*Aconitum napellus* (Zissu & Guillaume, 2005 ; Ouaba Koumbo, 2008) :

1. Suite de frayeur, de grande peur. Suite de froid sec.
2. Anxiété extrême, agitation physique et psychique avec peur de la mort : crise de panique
3. Intensité, brutalité des symptômes : douleurs intenses névralgiques ou congestives
4. Fièvre brutale, intense et sans transpiration (c'est un signe caractéristique)
5. Indication et action de très courte durée : action rapide mais courte
6. Sujet vif, solide, jusque-là en bonne santé
7. Signes cardiovasculaires : Hypertension artérielle, tachycardie paroxystique, hémorragies de sang rouge vif
8. Aggravation à minuit, par des excitants, par une grande frayeur, un froid sec
9. Amélioration au grand air, par l'apparition de la sueur
10. Sensations d'engourdissement, de fourmillements

3.2 *Argentum nitricum*

3.2.1 Chimie et toxicologie

Le nitrate d'argent (AgNO_3) existe à l'état de cristaux transparents noircissant à l'air libre et à la lumière du soleil (Guermonprez *et al.*, 1987). Sous forme de métal, l'argent n'est pas toxique pour l'homme et a un pouvoir anti-infectieux. Le nitrate d'argent, lui, est très caustique (De Sigalony, [s.d]) et peut occasionner les troubles suivants en cas d'intoxication (Zissu & Guillaume, 2005) :

- Au niveau du système nerveux, on observe une dystonie ainsi qu'une irritabilité avec faiblesse. Deux phases se remarquent, une première phase d'excitation pendant laquelle des spasmes et contractures apparaissent, puis une seconde, de dépression, marquée par des paralysies troubles de la coordination motrice (De Sigalony, [s.d]).
- Au niveau des muqueuses (surtout digestives et respiratoires), on note une inflammation qui peut aller jusqu'à l'ulcération en cas d'intoxication plus sévère.

Cette toxicologie du nitrate d'argent explique la pathogénésie d'*Argentum nitricum* que nous allons développer ci-dessous.

3.2.2 Utilisation en homéopathie

3.2.2.1 Généralités

Argentum nitricum est l'un des MAG (médicament d'action générale) les plus importants du terrain phobique (Guermonprez, 2008). C'est le médicament de fond du patient anxieux par anticipation, précipité et impatient (Horvilleur, 2011). L'étendue de son action est très vaste et ce que l'on peut retenir sont les troubles mentaux (« Il y a chez lui une prédominance des troubles mentaux » selon Kent (Kent, 1992)) ainsi que l'inflammation et l'ulcération (muqueuses digestives, ORL, urogénitales, oculaires) (Chefdeville, 2015). Sa durée d'action est moyenne, d'environ deux semaines (Dobrescu, 2011).

3.2.2.2 Type sensible

Le sujet *Argentum nitricum* est maigre, agité, irritable mais déprimé (Zissu & Guillaume, 2005), « a l'air vieux prématurément » (Kent, 1992). Son équilibre est instable autant physiquement que mentalement, il est en conflit avec le temps (comportement hâtif) et l'espace (Guermonprez *et al.*, 1987). L'illustration suivante représente schématiquement le patient *Argentum nitricum* (Quémoun, 2016).

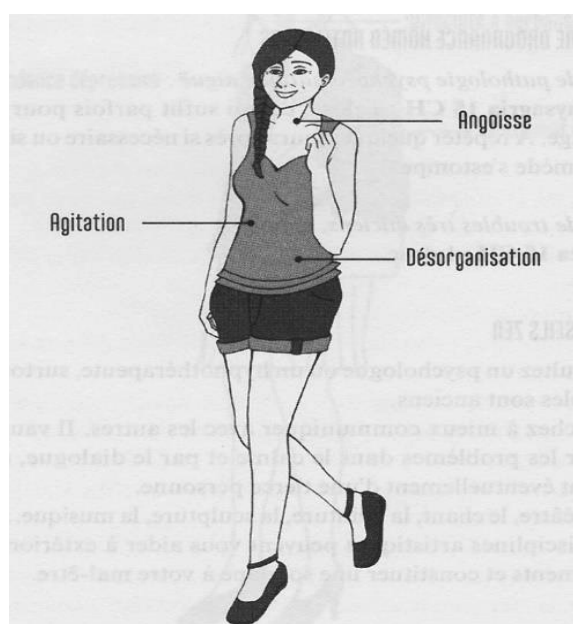


Figure 12 - Illustration du « type sensible » *Argentum nitricum* selon (Quémoun, 2016)

3.2.2.3 Pathogénésie

- a) Signes généraux psychiques (Guermonprez *et al.*, 1987 ; Zissu & Guillaume, 2005 ; Guermonprez, 2008 ; Horvilleur, 2011 ; Boiron *et al.*, 2012)

FEBRILITE NERVEUSE CONSTANTE : précipité, il fait tout dans la hâte (marche, gestes, langage), la brusquerie et la maladresse (Sananès, 1982). Il veut avoir fini avant même d'avoir commencé et trouve que le temps passe trop vite (perte de la notion de l'espace et du temps (Henry, 1983)). Il est toujours pressé mais est inefficace dans ses actions (De Sigalony, [s.d]). On décrit un déséquilibre ainsi qu'une instabilité avec vertiges des hauteurs et des tremblements sous l'effet de la peur.

ANXIETE D'ANTICIPATION ET TRAC : avec troubles de la coordination, somatisation digestive (diarrhées d'anticipation), vertiges et comportement d'évitement. *Argentum nitricum* a peur de l'avenir.

PHOBIES MULTIPLES : accompagnées de réactions d'évitement, de fuite, de diarrhées et d'émotivité.

- **Agoraphobie, claustrophobie et phobies diverses** : Phobies de situation particulièrement et phobie des hauteurs (passer sur un pont) avec impulsion à se jeter dans le vide (peur du passage à l'acte) (Horvilleur, 2011), déséquilibre, faiblesse dans les jambes et vertiges à la vue de hauts murs ou en fermant les yeux (Zissu & Guillaume, 2005). Impression que les murs de maisons hautes vont lui tomber dessus, phobie de se cogner aux coins des maisons. « Plus que tout, il a peur que quoique ce soit lui tombe dessus » selon Henry (Henry, 1983). Il a peur des montagnes et des édifices élevés et peur d'être enfermé (il ne va pas dans les toilettes publiques ni dans les ascenseurs (Horvilleur, 2011), il a peur des verrous (Sananès, 1982)).
- **Autres angoisses** : Ses angoisses majeures restent celles de devenir fou, d'être malade incurable (Sananès, 1982) ou encore d'avoir une attaque (Kent, 1992).
- **Crises de panique à thème phobique** (Guermonprez, 2008).

ASTHENIE MENTALE : pertes de mémoire et diminution progressive des capacités intellectuelles (Zissu & Guillaume, 2005).

VERTIGES : en fermant les yeux, en regardant couler l'eau, en étant en hauteur. C'est une notion indispensable des signes caractéristiques d'*Argentum nitricum* (Henry, 1983).

b) *Signes généraux physiques*

INFLAMMATION ET ULCERATIONS DES MUQUEUSES AVEC DOULEURS D'ECHARDE : les douleurs sont telles que le patient a la sensation d'un morceau de bois logé dans la zone atteinte (Zissu & Guillaume, 2005)

- Au niveau digestif : météorisme gastrique avec brûlure et ulcère. Il y a un hypertransit avec diarrhées, aussitôt après avoir mangé ou bu, émise sous pression et accompagnée de gaz (débris alimentaires non digérés retrouvés dans les selles en très peu de temps). Les éructations sont nombreuses et ne soulagent pas (sensation d'un estomac qui va éclater (Arndt, 2003)). Aérophagie avec palpitations et tachyphagie. Diarrhées d'anticipation, vertes comme des épinards hachés. Désirs de sucreries, ce qui aggrave les symptômes. Ulcère gastrique (Séror, 2001).
- Inflammation et ulcération des muqueuses avec touchant d'autres systèmes :
 - o ORL : larynx, pharynx
 - o Yeux : conjonctivite et ulcération de la cornée avec écoulement purulent (les paupières sont collées le matin (Séror, 1998b) et photophobie importante. L'œil fatigue lorsque l'on coud (Allen, 1998b) et le patient éprouve une grande sensation de chaleur intra oculaire (Arndt, 2003).
 - o Appareil génital : utérus (métrorragies), urètre, impuissance, coït douloureux suivi de saignements (Allen, 1998b).

AMIGRISSEMENT ET ASTHENIE PHYSIQUE : amaigrissement progressif d'année en année, marqué surtout au niveau des membres inférieurs. Ils sont faibles et tremblent. Le patient frissonne quand il est découvert, mais suffoque dès qu'on le couvre, il désire de l'air frais (Allen, 1998b).

c) Signes régionaux

- Céphalées congestives avec sensation d'augmentation de volume (Allen, 1998b), avec sensation de grouillement au niveau du cuir chevelu et soulagées en se bandant la tête étroitement (Arndt, 2003).
- Crises convulsives nocturnes d'anticipation, précédées d'une mydriase quelques heures avant et aggravées pendant les règles ou à la suite d'une peur.

3.2.2.4 Étiologies et modalités (Zissu & Guillaume, 2005)

- Étiologies

CAUSES : peurs, surmenage cérébral, excès de sucre ou de tabac, appréhension.

- Modalités

AGGRAVATION : la nuit, avec la chaleur, le sucre (fortement désiré), pendant les règles (très caractéristique (Demarque, 1988)), par les aliments froids. On retrouve également dans les modalités aggravantes l'émotion, les endroits fermés ou la foule et le fait de regarder vers le bas (Henry, 1983).

AMELIORATION : par l'air frais (désir de grand air), éructations, la forte pression des zones douloureuses. Selon Henry, l'amélioration se fait également par le mouvement (Henry, 1983).

3.2.2.5 Indications cliniques

a) Psychisme

DANS LES TROUBLES ANXIEUX (Guermonprez, 2008 ; Horvilleur, 2011 ; Boiron *et al.*, 2012)

- **Phobies** : Phobie des hauteurs, de passer sur un pont, de l'obscurité, de tourner à un coin de rue (phobies de situations). Pour chaque situation de peur, le patient réagit par la fuite et l'évitement. Agoraphobie, claustrophobie avec anxiété d'anticipation qui le poussent à agir de plus en plus précipitamment, besoin d'une présence à ses côtés. Le patient a peur des espaces vides, des magasins bondés, de sortir de chez soi, que des grands murs lui tombent dessus. Sa démarche est ébrieuse et précipitée pour échapper le plus rapidement à la situation phobogène. Il emporte un objet contraphobique (il a peur à l'avance des situations phobogènes) pour éviter la situation phobogène.
- **Anxiété d'anticipation, trac** : en fonction de l'avenir et non du passé (*Gelsemium*) avec impatience et précipitation accompagnées de signes somatiques (diarrhées, éructations, tremblements faiblesse dans les membres inférieurs). Le patient veut avoir terminé avant même d'avoir commencé.
- **Attaques de paniques à thème phobique** : le patient réagit par la fuite. Comme Aconit, il prédit l'heure de sa mort.
- **TOC** : Patient phobo-obsessionnel au comportement irrationnel et précipité. Peur de faire des choses bizarres, phobie d'impulsions avec peur de passer à l'acte.

AUTRES TROUBLES PSYCHIQUES

On retrouve *Argentum nitricum* dans l'indication du bégaiement (dû au trac, parole précipitée, le patient veut dire plusieurs mots à la fois), de dysfonctions érectiles (liées à l'anticipation), de l'hypochondrie (phobie de la syncope et du malaise), de l'insomnie (avant un événement important, anxiété d'anticipation empêchant le malade de dormir, le matin, il veut rester au lit par appréhension de la journée à venir), de la spasmophilie (avec peur de la crise, phobie du malaise).

b) Physiques (Zissu & Guillaume, 2005 ; Masson, 2012)

Indications digestives (Demarque *et al.* 2007) :

- Ulcère gastroduodéal, gastrites, reflux gastro-œsophagien
- Aérophagie avec éructations douloureuses
- Diarrhée verte avec évacuation bruyante
- Rectocolites.

ORL : pharyngites avec sensation d'écharde, laryngites (laryngites chroniques des chanteurs, les notes aiguës provoquent une toux (Allen, 1998b)), enrrouement (chez le patient que se racle sans cesse la gorge).

Ophthalmologie : blépharites, conjonctivites

Indications génito-urétrales : endométrite, urétrite.

Neurologie (Demarque *et al.*, 2007) : Vertiges, céphalées, tremblements, crampes.

3.2.3 Profil valorisé d'*Argentum nitricum*

À la manière de Zissu et Guillaume dans les « Fiches de matière médicale homéopathique » ou encore du Dr Dossou Gbete sur le site « Homéopathes sans frontières », nous avons réalisé un profil valorisé d'*Argentum nitricum* (Dossou Gbete, [s.d] ; Zissu and Guillaume, 2005).

1. Suite de peur, d'appréhension, de surmenage cérébral ou d'excès de sucre ou de tabac
2. Fébrilité nerveuse constante et asthénie mentale : comportement hâtif, déséquilibre, pertes de mémoire.
3. Anxiété d'anticipation et trac qui le font agir vite : « veut terminer avant de commencer » (Zissu and Guillaume, 2005)
4. Phobies et peurs multiples/crises de panique à thème phobique : phobies de situation, phobie des hauteurs, peur de devenir fou, d'être malade incurable, agoraphobie, claustrophobie.
5. Vertiges : phobie des hauteurs, vertiges dans l'obscurité, en fermant les yeux, en regardant couler l'eau ou de hauts édifices. C'est une composante indispensable au profil d'*Argentum nitricum* (Henry, 1983).
6. Asthénie et fébrilité physiques : amaigrissement progressif et faiblesse des membres inférieurs.
7. Inflammation et ulcération des muqueuses : Principalement au niveau digestif (RGO, UGD, éructations post-prandiales), mais aussi au niveau des yeux, du pharynx, de l'appareil génital, etc.
8. Diarrhées d'anticipation, vertes, comme des épinards hachés.
9. Douleurs d'écharde et brulantes (Dossou Gbete, [s.d])
10. Amélioration par le froid et la pression forte de la zone atteinte, aggravation par le sucre, la chaleur, la nuit, les aliments froids.

3.3 Arsenicum album

3.3.1 Chimie et toxicologie

L'anhydride arsénieux (As_2O_3) existe sous la forme d'une poudre cristalline incolore, inodore, de saveur acide et quasiment insoluble dans l'eau (Saint-Didier, [s.d]b). C'est un poison violent dont la toxicité sur l'homme est la suivante (Zissu & Guillaume, 2005) :

- Nécrose : L'anhydride arsénieux bloque les oxydations cellulaires ce qui aboutit à une nécrose des tissus. Les systèmes les plus atteints sont le tube digestif (inflammation et ulcération), l'appareil respiratoire (inflammation conduisant à une dyspnée asthmatiforme) et le système cardio-vasculaire (anémie, hémorragie de sang noir).
- Toxicité sur le SNC : action dépressive avec prostration et excitation donnant lieu à une agitation intense et une anxiété.
- Action d'élimination sur la peau et les phanères (ongles cassants et décolorés, peau squameuse, ulcérations).

La toxicité de l'anhydride arsénieux explique la pathogénésie d'*Arsenicum album* que nous allons développer ci-dessous.

3.3.2 Utilisation en homéopathie

3.3.2.1 Généralités (Guermontez et al., 1987 ; Guermontez, 2008)

Arsenicum album polychreste (actif dans de nombreux domaines autant physiques que mentaux) ayant une durée d'action moyenne (jusqu'à 4 semaines) (Dobrescu, 2011). Son utilisation pourra se faire en présence d'un cas grave, en traitement aigu comme chronique. On retrouve chez le malade *Arsenicum album* de nombreux signes digestifs (aigus et chroniques), respiratoires, dermatologiques avec douleurs brûlantes améliorées par le chaud mais surtout un épuisement, un amaigrissement, une agitation, une frilosité et une anxiété avec peur de la mort. Tous ces symptômes sont caractérisés par une périodicité régulière avec aggravation de crise en crise, qui ont lieu vers 1h du matin ou entre 1 et 3 heures du matin. On note une alternance de signes internes et externes (dermatologiques). C'est un remède de l'aggravation et de la rechute.

3.3.2.2 Type sensible (Guermontez et al., 1987 ; Guermontez, 2008)

Le patient *Arsenicum album* est physiquement (Zissu & Guillaume, 2005) :

- Soit du type classique (ou aristocratique selon Catherine R. Coulter (Coulter, 2001a) : maigre, son teint est gris et son faciès marqué, il possède un important œdème palpébral inférieur et des rides accentuées. Il a des traits et des cheveux fins ainsi qu'un aspect aristocratique. Il s'exprime avec raffinement ; l'élégance et le bon goût le caractérisent (Coulter, 2001a). Il est « tiré à quatre épingles » (Horvilleur, 2011). Après chaque crise, il perd rapidement beaucoup de poids.
- Soit du type floride (ou « cheval de ferme » selon Catherine R. Coulter (Coulter, 2001)) : patient à l'embonpoint gras ou normal, avec joues rouges, mais fatigable et asthmatique ou sujet aux éruptions sèches. Ses traits sont moins raffinés et sa peau plus rude ou sèche et squameuse (Coulter, 2001a).

D'un point de vue psychique, il n'existe qu'une seule typologie. Le sujet est anxieux avec peur de la mort et idées funèbres. Il est agité, tendu, mobile (il change très souvent de place ou de position), exigeant, minutieux, perfectionniste, ordonné (propreté corporelle, souci vestimentaire) et avare. Il aime la routine et a peur de beaucoup de choses (le changement, l'empoisonnement, la mort, l'obscurité, la solitude) (Bérion & Loupias, 2014). Il est également déprimé, désespéré, irritable, pessimiste, facilement vexé et indifférent (Allen, 1998c). Il irrite son médecin en amenant à la consultation ses dossiers médicaux rangés et triés impeccablement, en refusant les traitements proposés et en lui faisant des reproches (Horvilleur, 2011). Le type sensible du patient *Arsenicum album* est illustré ci-dessous (Quémoun, 2016).

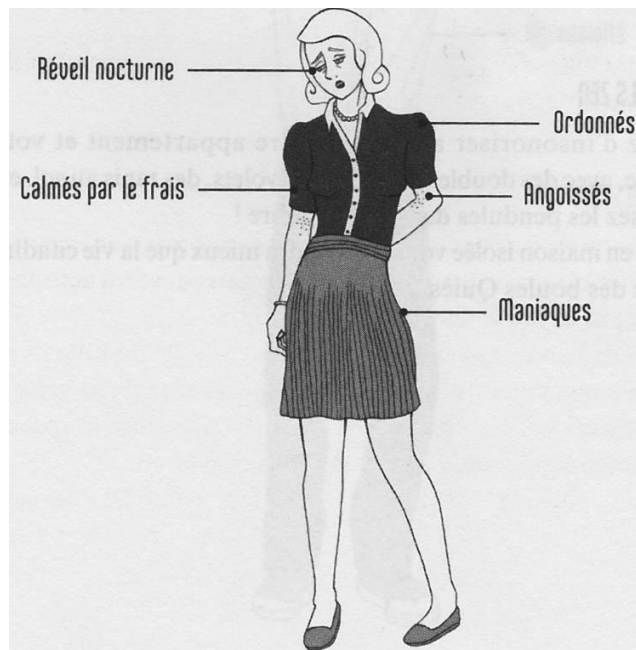


Figure 13 - Illustration du « type sensible » *Arsenicum album* selon (Quemoun, 2016)

3.3.2.3 Pathogénésie

a) Signes généraux psychiques

TRIADE CARACTERISTIQUE FAIBLESSE-AGITATION-ANXIETE (Guermonprez et al., 1987 ; Zissu & Guillaume, 2005 ; Guermonprez, 2008):

- Patient amaigri (perte de poids très importante après chaque crise) et émacié (Allen, 1998c), très frileux (pourtant réclame qu'on ouvre les fenêtres et simultanément qu'on surchauffe la chambre), son état général est dégradé après une maladie chronique de longue évolution ce que son faciès traduit. Il est faible et insomniaque.
- Le sujet éprouve une agitation anxieuse malgré l'épuisement ainsi qu'une dépression anxieuse (peur de la mort, se croit condamné) avec aggravation générale vers 1 heure du matin. *Arsenicum album* est un grand médicament du système nerveux, il évolue périodiquement et vers l'aggravation (chaque crise est pire que la précédente). Il présente un caractère permanent, général et chronique de l'anxiété. Cette anxiété peut être raisonnée comme irraisonnée et *Arsenicum album* est un excellent remède pour les patients ayant des raisons légitimes de se préoccuper (Coulter, 2001a). Le malade anxieux voit son angoisse

s'exacerber dans la solitude, exige la présence d'un tiers qu'il « maltraite ». Son anxiété est améliorée par le mouvement actif s'il en a la force (déambulation ou autre activité) ou bien passif s'il est affaibli (il demande sans cesse qu'on lui change sa position dans le lit).

AUTRES SIGNES :

- **Ordre et minutie** pathologiques du malade (obsessions et compulsions de rangement et de propreté) (Zissu & Guillaume, 2005) : *Arsenicum album* est très sensible au désordre, il est perturbé lorsque les voitures ne sont pas garées correctement selon les lignes au sol du parking, il range sa chambre dès qu'il se lève le matin, plie soigneusement et range symétriquement les serviettes dans sa salle de bain. Plus il est malade, plus il est pointilleux sur la minutie et plus ses symptômes s'accroissent (Coulter, 2001a).
- **Égoïsme** (Coulter, 2001a) : il réclame toujours davantage d'informations, veut être sûr d'obtenir ce qu'on lui doit ou d'en avoir pour son argent, il envisage les situations selon son propre intérêt.
- **Perfectionnisme** (Coulter, 2001a) : *Arsenicum album* est en quête perpétuelle de perfection, d'où sa tension constante et grandissante. Il est très ambitieux et a un fort « esprit de compétition » (par exemple un étudiant obsédé par ses notes, qui veut être à tout prix le meilleur et obtenir la meilleure note en ayant fourni un maximum de travail).
- **Hypersensibilité** de tous les sens (Coulter, 2001a) : sensibilité à la température (il aime l'air frais mais est très frileux, il adore « lézarder » au soleil mais s'il est très sensible, il ne supporte pas non plus la trop grande chaleur), aux allergènes (il est facilement allergique, notamment aux chats qu'il aime pourtant particulièrement), à certains aliments (crème glacée, aliments froids, alcool...), aux odeurs, aux bruits et à la conversation (Séror, 2000b). *Arsenicum album* a besoin d'un environnement favorable pour réussir parfaitement.
- **Idées délirantes** (Zissu & Guillaume, 2005), diverses formes d'insomnies (Coulter, 2001a) et tendances suicidaires (Arndt, 2003).

b) Signes généraux physiques

DOULEURS BRULANTES/INFLAMMATION DES MUQUEUSES : comme des chardons ardents, elles sont améliorées par la chaleur. De plus, plus la souffrance est grande, plus les symptômes d'anxiété, d'agitation et de peur sont importants (Allen, 1998c).

- **Troubles digestifs** : (Guermonprez *et al.*, 1987 ; Zissu & Guillaume, 2005 ; Horvilleur, 2011) : Douleurs digestives brûlantes, améliorées par la chaleur. Anxiété ressentie dans l'abdomen. Les maux de ventre forcent à s'accroupir, se lever ou marcher (Séror, 2000b). Nausées à la vue et à l'odeur des aliments, vomissements des intoxications alimentaires après ingestion de viande, crème glacée et pâtisseries. Désirs d'aliments et boisson chaudes, mais dans les états aigus le patient réclame des petites quantités d'eau très régulièrement. Ulcérations de l'estomac calmées par des boissons chaudes. Diarrhées brûlantes, comme des œufs brouillés (Arndt, 2003), d'odeur fétide (signe caractéristique) suivies d'épuisement et atteinte de l'état général.
- **Troubles respiratoires** : douleurs thoraciques brûlantes, dyspnées de décubitus, crises d'asthme anxiogènes vers 1h du matin avec anxiété, agitation, affaiblissement, idées d'incurabilité et soulagées par la chaleur (mais le patient a pourtant besoin d'air frais).
- **Troubles cutanés** : lésions sèches, brûlantes, à fine desquamation furfuracées et accompagnées d'anxiété, agitation et asthénie, améliorées par le chaud. Alternance de troubles internes et cutanés.

SECRETIONS MUQUEUSES BRULANTES (Zissu & Guillaume, 2005) : elles sont acres, corrosives, de mauvaise odeur, épaisses.

FIEVRE (Guermonprez, 2008) : épisodes fébriles récurrents (15 jours chaque année), avec faiblesse, agitation, anxiété et peur de la mort. Pic de température vers 1h du matin, grandes oscillations des températures. Soif intense d'eau en petites quantités.

SIGNES CARDIOVASCULAIRES : Angor de décubitus vers 1h du matin, tachycardie avec angoisse vers 1h du matin, hémorragies de sang noirâtre.

3.3.2.4 Étiologies et modalités (Zissu & Guillaume, 2005)

- Étiologies

CAUSES : Intoxications par les aliments et erreurs diététiques (viande, produits avariés, produits surgelés, desserts glacés, alcool). Exposition au froid. Rétrocession d'éruptions.

- Modalités

AGGRAVATION : par le froid, à 1h du matin ou entre 1 et 3 heures du matin, la tête basse ou en grattant l'éruption cutanée (Arndt, 2003).

AMELIORATION : par la chaleur (locale ou interne), par le mouvement, l'activité et la tête haute.

3.3.2.5 Indications

a) Psychiques

DANS LES TROUBLES ANXIEUX (Guermonprez, 2008 ; Horvilleur, 2011)

Arsenicum album peut être considéré comme le plus important médicament des états anxieux (passagers ou chroniques), seuls ou associés à d'autres troubles. Le constat d'une anxiété durable dans n'importe quelle pathologie doit poser la question d'un traitement de fond par *Arsenicum album*.

- **Anxiété et attaques de paniques** : Angoisse permanente avec évolution périodique (chaque épisode est plus important que le précédent), paroxysme anxieux vers 1h du matin. L'anxiété augmente dans la solitude et le patient désire la présence d'un tiers. Pessimiste, le patient a des idées funèbres et il est persuadé qu'il va mourir.
- **TAG** : Arsenicum se fait en permanence du souci pour sa sécurité et celle des autres. Il s'inquiète dès qu'un membre de sa famille arrive quelques minutes en retard, imagine le pire et a des pressentiments lugubres (Coulter, 2001a). Tensions psychique et physique dues à l'anxiété de fond et qui rendent le sujet pessimiste (Larzilliere, 2013).

- **Phobies** : peur de tuer (phobie spécifique de l'agression) (Guermonprez, 2008) et selon le Docteur Jean-Pierre Gallavardin, impulsion à l'homicide, à l'empoisonnement, au vol, au suicide (Séror, 2000b). Il est anxieux au sujet des microbes et de la contamination. Il a la phobie d'être contaminé par des aliments avariés ainsi qu'une peur démesurée de la pollution (Coulter, 2001a).
- **TOC** : il convient à des TOC graves, compliqués de signes anxieux importants. Le patient irrite son entourage avec son souci du détail, sa ponctualité malade, son avarie, son perfectionnisme. Il a l'obsession de l'ordre et de la propreté impeccable, de la symétrie, de la conformité à l'habitude (il est routinier et a peur du changement). Il a la compulsion complémentaire du rangement (symétrie, horaires, alimentation) et de la propreté. Il amasse et vérifie sans cesse.

AUTRES TROUBLES PSYCHIQUES (Horvilleur, 2011)

Arsenicum album peut être indiqué dans les cas de dépression nerveuse (pessimisme, tristesse, se croit incurable), d'hypochondrie (il est intensément préoccupé par sa santé et bien qu'il soit convaincu qu'aucun médecin ne puisse l'aider, il enchaîne les consultations et pourrait parler des heures entières au sujet des symptômes qu'il éprouve (Coulter, 2001a), d'insomnie (avec agitation et réveils nocturnes vers 1h du matin).

b) Physiques

Les symptômes sont toujours calmés par la chaleur, aggravés vers 1h du matin, le patient désire de l'eau régulièrement et en petites quantités. *Arsenicum album* est utilisé en aigu comme en chronique (atteinte organique).

Troubles digestifs (Demarque *et al.*, 2007):

- Gastro entérites avec vomissements violents et diarrhées directement après avoir mangé ou bu
- Ulcérations gastroduodénales
- Intoxications alimentaires
- Hépatites aiguës

Troubles respiratoires : asthme et pneumopathies

Troubles ORL : Rhinites aiguës ou chroniques (coryza avec douleurs brûlantes), otites aiguës ou récidivantes.

Troubles cardiovasculaires : artérites, tachycardie avec anxiété, angor de décubitus (en complément des traitements allopathiques).

Troubles dermatologiques chroniques : dermatoses sèches (eczéma, psoriasis).

Troubles neurologiques : névralgies avec douleurs brûlantes

Troubles infectieux : pathologies infectieuses fébriles aggravées à 1h du matin, avec alternance d'un état agité avec un état asthénique, soif et frilosité.

Troubles urogénitaux : Cystites aiguës et récidivantes (en complément d'une antibiothérapie), vaginites.

3.3.3 Profil valorisé d'*Arsenicum album*

À la manière de Zissu et Guillaume dans les « Fiches de matière médicale homéopathique » (Zissu & Guillaume, 2005), de l'étudiante en kinésithérapie Gbètogo Maxime Kiki sur le site « Homéopathes sans frontières » (Kiki, [s.d]), du Docteur Séror et ses « *Key Notes*⁶ » (Séror, 2001) ou bien encore le Docteur Nash et ses « profils de remèdes » (Séror, 1998a), nous avons réalisé un profil valorisé du remède *Arsenicum album*. Ce profil valorisé reprend de manière brève les points les plus caractéristiques de la pathogénésie étudiée.

1. Suite d'exposition au froid ou d'intoxication par certains aliments
2. Triade caractéristique :
 - Faiblesse : amaigrissement, émaciation, altération de l'état général
 - Agitation : Besoin de bouger, ne peut rester en place
 - Anxiété avec peur de la mort
3. Frilosité malgré un désir d'air frais
4. Sujet minutieux, hypersensible (autant physiquement que psychiquement), avare, impeccable sur lui.
5. Nombreuses peurs et phobies
6. Périodicité des symptômes et aggravation de crise en crise
7. Douleurs brûlantes comme des chardons ardents, améliorées par la chaleur mais aussi sécrétions brûlantes et acres : troubles digestifs de type vomissements ou diarrhées (aussitôt après avoir bu ou mangé), troubles respiratoires, troubles dermatologiques.
8. Désir de petites quantités d'eau de manière répétée, d'aliments chauds.
9. Aggravation après minuit (entre 1 heure et 3 heures du matin), la tête basse
10. Amélioration par le chaud, le mouvement et l'activité.

⁶ Traduction en français : « Symptômes clés »

3.4 Phosphorus

3.4.1 Chimie et toxicité

Le phosphore blanc est à la fois un constituant de l'organisme et une substance toxique (Zissu & Guillaume, 2005) sous forme de solide blanc ou jaunâtre, quasiment insoluble dans l'eau, brunissant à la lumière et fumant à l'air (Guermontprez *et al.*, 1987). Ses **actions**, utiles à la compréhension de la pathogénésie de *Phosphorus*, **sont de trois types** (Zissu & Guillaume, 2005) :

- **Métabolique** : augmentation et accélération importantes des oxydations ce qui donne lieu à une augmentation des échanges dans un premier temps, puis à un épuisement organique. Ainsi, au niveau du SNC, on observe une hyperexcitabilité et une agitation, suivies d'apathie et d'asthénie profonde. Au niveau des autres systèmes de l'organisme, une congestion locale des muqueuses (respiratoires et cutanées surtout) est notée, puis une congestion passive et une dégénérescence des muscles striés (cardiaques).
- **Toxique aiguë** : On observe d'emblée une gastro-entérite suivie d'une rémission puis d'une atteinte polyviscérale (Demarque *et al.*, 2007): hémorragies (congestion des tissus, fragilité capillaire et hypocoagulabilité) et nécroses. On peut noter une myocardiopathie avec modification de l'ECG, une dégénérescence du foie pouvant évoluer en cirrhose, des troubles rénaux (hématurie, oligurie) et des troubles neurologiques (céphalées, vertiges, délire, coma).
- **Toxique chronique** : sclérose et dégénérescence graisseuse (SNC, foie, muscles, système cardiovasculaire). Elle se manifeste donc par une asthénie, des douleurs gastro-intestinales, une ostéomalacie, une anémie et des hémorragies diverses ou encore une stéatose hépatique et une cirrhose (Demarque *et al.*, 2007).

L'intoxication par le phosphore entraîne une décompensation et une évolution rapide des symptômes, une dégénérescence et une atteinte organique.

3.4.2 Utilisation en homéopathie

3.4.2.1 Généralités

Phosphorus est un polychreste à durée d'action longue (5 semaines) (Dobrescu, 2011) et au spectre d'action particulièrement large. C'est un médicament de fond de l'attaque de panique avec besoin

de compagnie mais aussi un médicament d'états lésionnels variés, chroniques et graves dans lesquels il joue un rôle de traitement complémentaire (Horvilleur, 2011). Il n'a pas forcément d'action anxiogène aiguë mais est nécessaire en traitement complémentaire et pour éviter les rechutes (Algazi, 1989). « Sa santé et son humeur sont sujettes à des inversions spectaculaires et il peut sombrer dans une apathie profonde dont il sort plus vite qu'on ne s'y attend » selon Michel Guermonprez (Guermonprez, 2008).

3.4.2.2 Type sensible

Le physique de *Phosphorus* est longiligne, voûté, faible et vite épuisé. Selon Kent, la meilleure description clinique du malade Phosphorus est « personnes grandes, au thorax étroit » (Kent, 1992). Les cheveux sont blonds ou roux. Les sujets sont sentimentaux, sociables, peureux, très affectueux avec un désir de plaire (Chefdeville, 2015). A l'inverse, ils peuvent être également indifférents, moroses, de mauvaise humeur, apathiques et se fâcher pour la « moindre bagatelle » (Séror, 2000c). Selon le Docteur Pelligrini, on peut définir le type sensible de *Phosphorus* par la dépendance au monde extérieur (désir de communication émotionnelle, « chaleureuse » (Coulter, 2001b)), la sensibilité au magnétisme (peur de l'orage, des esprits), la sensibilité aux produits chimiques (médicaments, anesthésies), la sensibilité au monde animal et aux humains (aggravation par la solitude, recherche de compagnie, *Phosphorus* est très impressionnable (Coulter, 2001b)) et les nombreux désirs et aversions alimentaires (soif de boissons glacées, aversions pour le lait bouilli, les huîtres, l'odeur du poisson sur les doigts) (Pelligrini, 2006). *Phosphorus* est encore hypersensible aux bruits (musique forte, détonation, cris), aux lumières vives et aux changements de température ou de pression atmosphérique (on le qualifie même de « baromètre humain ») selon Catherine R. Coulter (Coulter, 2001b). La figure suivante illustre le « type sensible » *Phosphorus* (Quémoun, 2016).

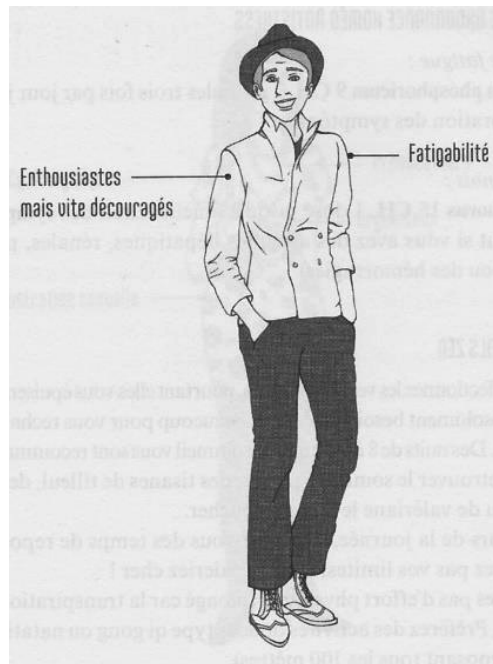


Figure 14 - Illustration du « type sensible » *Phosphorus* selon (Quémoun, 2016)

3.4.2.3 Pathogénésies

- a) Signes généraux caractéristiques psychiques (Guermonprez *et al.*, 1987 ; Guermonprez, 2008)

HYPERESTHESIE NEUROSENSORIELLE AVEC ANXIETE LATENTE ET VULNERABILITE EMOTIONNELLE : Le comportement de *Phosphorus* est diphasique. En effet il passe, selon des cycles courts « épuisement-récupération », d'une phase d'excitation émotionnelle et sentimentale (avec désir de plaire, recherche d'affection et d'amour, passion) à un stade d'apathie et de dépression (indifférence pour la famille, idées de mort). Ainsi on décrit une hyperactivité physique et agitation avec épuisement rapide du sujet (le malade ne peut rester debout ou assis sans bouger (Séror, 1998a)). Il éprouve une anxiété matinale, mais surtout crépusculaire (peur du noir (Coulter, 2001b)) avec une peur extrême de l'orage, ce qui aggrave tous ses symptômes. Cette anxiété, également ressentie dans les moments de solitude, est accompagnée de chaleur à la tête, d'une oppression et d'une sensation de cœur serré et d'inquiétude au sujet de la maladie et de l'avenir (Séror, 2000c). Elle peut également être présente sans raison définie (Coulter, 2001b) et quand elle est mal vécue, rend le sujet *Phosphorus* demandeur de médicaments et de consultations chez le médecin (Larzilliere, 2013).

L'hyperesthésie sensorielle est un dernier point important du psychisme de *Phosphorus*, la peau et le rachis sont très sensibles au toucher, l'odorat l'est au parfum des fleurs, la vue à la lumière vive. Il est également très sensible aux bruits (Demarque *et al.*, 2007) et fait des rêves prémonitoires (Lachkar, 1987).

- b) Signes généraux caractéristiques physiques (Guermonprez *et al.*, 1987 ; Zissu and Guillaume, 2005 ; Guermonprez, 2008)

DOULEURS BRULANTES : au niveau dorsal, de la paume des mains ou entre les omoplates. La sensation de chaleur débute dans les mains et s'étend au visage (Séror, 1998a) puis à la tête (céphalées avec congestion brûlante de la tête) (Lachkar, 1987).

HEMORRAGIES, CONGESTIONS ET MALADIES ORGANIQUES : au niveau de l'organisme entier, le patient a une tendance habituelle à saigner (au niveau des plaies, du nez, des ulcères (Lachkar, 1987)). Le passage d'un état aigu à un état chronique est constitué par l'aggravation rapide des maladies congestives et des maladies organiques lésionnelles : atteinte des organes nobles (foie, reins, poumons, cœur...). L'état général de *Phosphorus* suit de très rapides variations.

- **SIGNES CARDIOVASCULAIRES** :

- Palpitations à la suite d'émotions avec sensation d'afflux de sang à la poitrine, tachycardie aggravée sur le côté gauche, HTA par crises, hémorragies diverses (AVC) et troubles de la coagulation (sang rouge, coagulation retardée ou nulle).
- **Tendance aux vertiges** : chez les personnes âgées ou athéroscléreuse, c'est le plus important médicament des vertiges chroniques dont les crises se répètent.

- **SIGNES DIGESTIFS** :

- Faim impérieuse, désirs d'aliments salés et très soif d'eau glacée dans les états aigus (rapidement rejetée). Il y a aussi une aversion pour les boissons chaudes, les aliments sucrés, la viande, le poisson salé et les huîtres (Demarque *et al.*, 2007)
- Vomissements réflexes (régurgitations) d'origine gastrique (avec sang), diarrhées abondantes indigérées et parfois sanglantes.
- Hémorragies digestives

- **SIGNES RESPIRATOIRES** : enrrouement vespéral très douloureux, dyspnée avec douleur brûlante et battements des ailes du nez, toux très douloureuse secouant tout le corps et parfois sanglante, laryngite au moindre coup de froid (et sensation de larynx à vif (Boulet, 2001)), atteintes pulmonaires, aphonie en chantant (Séror, 1998b).
- **INFECTIONS ET INFLAMMATIONS** : accompagnées de fièvre avec transpiration épuisante (accès de chaleur comme si on était inondé d'eau chaude (Séror, 2000c)), froide et visqueuse, de douleurs brûlantes, d'anxiété. Le patient est pâle mais a les pommettes rouges. Il transpire au moindre effort.
- **Signes d'une atteinte chronique des parenchymes**: Signes rénaux (néphropathies, hématuries), signes osseux (déminéralisation osseuse et ostéoporose), signes métaboliques (atteinte pancréatique), signes oculaires (cataracte), signes cardiaques (IC) et neurologiques (névrites, neuropathies du diabétique) (Demarque *et al.*, 2007).

3.4.2.4 Étiologies et Modalités (Vannier & Poirier, 1983 ; Zissu & Guillaume, 2005)

- **Étiologies**

CAUSES : Adolescent à croissance trop rapide, suite de surmenage physique ou mental, les maladies dégénératives.

- **Modalités**

AGGRAVATION : au crépuscule, avant minuit, couché sur le côté gauche ou douloureux, au cours d'un orage, par le froid ou un changement de température, par la solitude. Le fait de transpirer et de se mouiller les pieds ou les mains aggrave aussi les symptômes chez *Phosphorus* (Arndt, 2003). Les efforts physiques et intellectuels ainsi que le bruit, les odeurs et la lumière sont également des modalités d'aggravation (Demarque *et al.*, 2007).

AMELIORATION : Après avoir dormi, dans le noir, en étant couché sur le côté droit, par la friction ou le magnétisme, par les aliments froids.

3.4.2.5 Indications cliniques

a) Psychiques

DANS LES TROUBLES ANXIEUX (Guermonprez, 2008 ; Horvilleur, 2011)

- **Anxiété et attaques de paniques** : Anxiété du matin et surtout du crépuscule, crises d'angoisse sans causes précises, quand le patient est seul, ou bien avec causes précises (orage, avenir, maladies). Le patient ressent des palpitations, des bouffées de chaleur brûlantes à la tête ou entre les omoplates, il sent les contours de son cœur. Il désire la compagnie. *Phosphorus* est plutôt utilisé en tant que traitement préventif des attaques de panique (Horvilleur, 2011).
- **Phobies** : attaques de panique avec besoin de compagnie dans les situations phobogènes. Phobie spécifique de l'orage.

Chez *Phosphorus*, ces troubles sont accompagnés d'angoisse diffuse (Larzilliere, 2013).

AUTRES TROUBLES PSYCHIQUES (Horvilleur, 2011)

On retrouve *Phosphorus* dans l'indication des pathologies suivantes : anxio-dépression avec accès de panique, hypochondrie (préoccupation par n'importe quel symptôme, il énumère les plaintes lors de la consultation avec son médecin), l'insomnie, la spasmophilie avec comme symptôme dominant l'attaque de panique. Le traitement des épuisements par surmenage constitue également un usage de *Phosphorus* (Zissu & Guillaume, 2005).

b) Physiques

Les principales indications de *Phosphorus* sont (Zissu & Guillaume, 2005 ; Chefdeville, 2015) :

Les affections respiratoires et ORL : laryngite (aiguë et chronique) avec enrouement voire aphonie, toux sèche et rauque avec sensation de brûlure. On retrouve aussi la pneumonie (en complément du traitement classique allopathique) (Boulet, 2001).

Les affections cardiovasculaires :

- Hémorragies (prévention ou traitement en complément des traitements classiques) : chirurgicales, récurrentes ou aiguës (épistaxis, hémorragies rétinienne, métrorragies, gingivorragies, plaies, hématuries).

- Artérites et artériosclérose : vertiges de la personne âgée, céphalées congestives.
- L'insuffisance cardiaque et la prévention des risques d'AVC ou les séquelles d'AVC (en complément du traitement classique allopathique) sont aussi des indications de Phosphorus en cardiologie (Demarque *et al.*, 2007).

Les affections digestives : hépatites aiguës virales, vomissements dus à une gastro-entérite, suite à une ingestion d'eau froide ou dus à une crise d'acétonémie. On note également une indication dans la rectocolite hémorragique et les cirrhoses alcooliques (Demarque *et al.*, 2007).

Les affections rhumatologiques : Arthralgies aggravées par le temps orageux (Demarque *et al.*, 2007).

3.4.3 Profil valorisé de *Phosphorus*

Nous nous sommes inspirés des profils valorisés du site Homéopathes sans frontières (Legbagan, [s.d]) et des « Fiches de matière médicale homéopathique » (Zissu & Guillaume, 2005) pour établir celui de *Phosphorus*. Ainsi, les points importants du profil de ce remède sont les suivants :

1. Suite de croissance trop rapide, de maladies dégénératives, de perte de liquides vitaux ou encore de **surmenage physique ou mental**
2. Comportement diphasique : passage rapide d'un état d'excitation émotionnelle et physique à un état d'apathie et d'épuisement (sujet vite épuisé).
3. Anxiété latente, augmentée au crépuscule, par l'orage ou la solitude : attaques de paniques, anxiété sans cause précise. Peurs nombreuses et phobies.
4. Hypersensibilité neurosensorielle.
5. Tendance aux hémorragies.
6. Douleurs brûlantes (mains, omoplates, dos, tête et visage)
7. Remède complémentaire des affections cardiovasculaires (HTA, prévention AVC), digestives (vomissements, diarrhées) et respiratoires (toux douloureuse, brûlantes avec battements des ailes du nez, enrrouement le soir).
8. Vertiges de la personne âgée.
9. Faim vorace même malade, soif extrême d'eau froide (rejetée rapidement après avoir été bue).
10. Signes aggravés au crépuscule, couché sur le côté douloureux, au cours d'un orage, par un changement de température, par la solitude ou le surmenage physique ou intellectuel. Signes améliorés après du repos, dans le noir, après ingestion d'aliments froids, ou par les frictions ou encore le massage (Legbagan, [s.d]).

4 PROFILS COMPARÉS DES QUATRE SOUCHES

Sur le modèle des ouvrages « Homéopathie : les relations médicamenteuses » de l'Institut Boiron (Institut Boiron, 2007) et « Concordances homéopathiques » de Michel Aubin (Aubin, 1989), nous avons comparé entre eux les remèdes homéopathiques que nous avons étudié. Nous avons regroupé les similitudes et différences entre ces souches au sein de plusieurs tableaux afin de permettre d'appréhender de manière plus aisée le choix des souches à prescrire.

Sont représentés en rouge les signes qui s'opposent ou divergent l'un de l'autre, en vert ceux qui sont similaires entre eux et en blanc les signes sur lesquels il n'y a pas de comparaison possible

4.1 Action générale

4.1.1 Au niveau organique

4.1.1.1 Action au niveau des muqueuses ORL, respiratoires, digestives, urogénitales et de la peau

SIGNES CONCOMITANTS			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
	Inflammation	Inflammation	Inflammation
	Ulcération	Ulcération	
Douleur intense, intolérable, comme un aiguille	Douleur comme une écharde logée dans la zone atteinte	Douleur brûlante comme des chardons ardents	Douleur brûlante
Anxiété	Écoulement muco-purulent	Sécrétions	
Congestion			Congestion

Tableau 8 – Signes concomitants d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

MUQUEUSES ORL			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Enrouement	Enrouement chronique Aphonie en chantant		Enrouement chronique vespéral Aphonie en chantant
Toux sèche croupale	Toux		Toux douloureuse

Tableau 9 – Action sur les muqueuses ORL d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

MUQUEUSES RESPIRATOIRES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
	Crise d'asthme anxiogène vers 1h du matin		Atteinte pulmonaire

Tableau 10 – Action sur les muqueuses respiratoires d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

MUQUEUSES UROGÉNITALES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Douleurs génitales	Douleurs et écoulement		
Aménorrhée après frayeur ou exposition au froid sec Faux besoin d'uriner et anxiété avant miction			

Tableau 11- Action sur les muqueuses urogénitales d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

PEAU			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
		Dermatoses sèches et squameuses	

Tableau 12 – Action sur la peau d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

MUQUEUSES DIGESTIVES				
	<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
DIARRHÉES	Diarrhée brutale après coup de froid ou ingestion d'eau froide	Diarrhées d'hypertransit aussitôt après avoir bu ou mangé	Diarrhées d'hypertransit aussitôt après avoir bu ou mangé	Diarrhées
		Diarrhées d'anticipation (somatisation)	Diarrhées suivies d'épuisement	
	Aspect vert comme des épinards hachés	Vertes comme des épinards hachés	Aspect d'œufs brouillés	Indigérées et parfois sanguinolentes
VOMISSEMENTS			À la vue d'aliments ou à la suite d'intoxications alimentaires	Vomissements réflexes
ULCÉRATION		Gastrique	Gastrique	

Tableau 13 - Action sur les muqueuses digestives d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.1.1.2 Au niveau des parenchymes

ATTEINTE DES PARENCHYMES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
		Reins, foie, cœur, surrénales	Foie, poumons, reins, cœur : lésions organiques d'installation progressive

Tableau 14 – Action sur les parenchymes d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.1.1.3 Au niveau cardiovasculaire

ATTEINTE CARDIOVASCULAIRE			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Tachycardie avec pouls dur et plein		Tachycardie	Tachycardie
HTA paroxystique			HTA
Palpitations			Palpitations
Angor		Angor de décubitus	
Hémorragies de sang rouge brillant (métrorragies, épistaxis)		Tendance hémorragique (sang noirâtre) Moins marqué que Phosphorus	Tendance hémorragique (sang rouge) Plus marqué qu' Arsenicum

Tableau 15 – Action sur le système cardiovasculaire d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.1.1.4 Au niveau de la fièvre

FIÈVRE			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Élevée, brutale		Pic à 1h du matin, grandes oscillations de température	
Face rouge		Patient pâle avec les pommettes rouges	
Soif d'eau en grande quantité		Soif d'eau en petites quantités	
Sans transpiration		Transpiration épuisante, froide et visqueuse	

Tableau 16 – Action sur la fièvre d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.1.2 Au niveau du système nerveux, de l'état général et du psychisme

4.1.2.1 Action sur le système nerveux

SYSTÈME NERVEUX			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Congestion au niveau de la tête			Congestion au niveau de la tête
Sensation de lourdeur et de chaleur autour de la tête	Céphalées avec sensation d'expansion de la tête, soulagées en se bandant la tête		
	Crises convulsives nocturnes d'anticipation		

Tableau 17 – Action sur le système nerveux d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.1.2.2 Action sur l'état général

ÉTAT GÉNÉRAL			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Survenue rapide des symptômes Rémission rapide		Altération de l'état général périodique Médicament de l'aggravation	Altération de l'état général diphase Médicament de l'aggravation
	Maigrissement progressif d'années en années	Maigrissement rapide après chaque crise	
	Vertiges des hauteurs		Vertiges de la personne âgée
	Asthénie physique et mentale (pertes de mémoire)	Faiblesse, émaciation	
	Tremblements, troubles de la coordination		

Tableau 18 – Action sur l'état général d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.1.2.3 Action sur le psychisme : Anxiété

ANXIÉTÉ			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Anxiété soudaine, violente et intense Irritabilité	Anxiété d'anticipation Fébrilité nerveuse constante : hâtif, précipité Irritabilité	Anxiété intense comme <i>Aconit</i> mais la faiblesse du sujet aggrave les symptômes	Anxiété crépusculaire avec peur de l'orage et de la solitude
Crise de panique avec sensation de mort imminente	Crise de panique à thème phobique	Crise de panique	Crises d'angoisse quand solitude ou orage ou bien encore sans cause précise
Anxiété aiguë et passagère <i>Aconitum</i> est l'aigu de l'angoisse permanente d' <i>Arsenicum</i>		Caractère permanent, général et chronique de l'anxiété	
Les « 4 A » de Sananès : <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Actaea racemosa</i>	Les « 4 A » de Sananès : <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Actaea racemosa</i>	Les « 4 A » de Sananès : <i>Aconitum napellus</i> , <i>Argentum nitricum</i> , <i>Arsenicum album</i> et <i>Actaea racemosa</i>	
Agitation physique et psychique Trio de l'agitation de Nash (<i>Aconit</i> , <i>Rhus tox</i> , <i>Arsenicum</i>)		Agitation (physique et mentale) anxieuse malgré l'épuisement. Trio de l'agitation de Nash (<i>Aconit</i> , <i>Rhus tox</i> , <i>Arsenicum</i>)	Hyperactivité physique et agitation suivies d'épuisement
Peur de la mort Pourrait prédire l'heure de sa mort	Peur de la mort Pourrait prédire l'heure de sa mort	Peur de la mort	
Désire une compagnie		Désire une compagnie qu'il maltraite	
Désire une assistance médicale		Refuse une assistance médicale	
Besoin de bouger		Amélioration par le mouvement actif ou passif	
Sensible au moindre bruit, sursaute			Sensibilité au bruit et à tous les sens en général
Attaques de panique vers minuit		Aggravation vers 1h du matin	Anxiété matinale et surtout crépusculaire
Agoraphobie	Agoraphobie		
	Phobies diverses : hauteurs, se jeter dans le vide...		Phobies, notamment celle de l'orage
	Peur d'être un malade incurable	Se croit condamné	
	Peur de la solitude	Peur de la solitude	Peur de la solitude
		Peur du noir	Peur du noir
		Peur de l'empoisonnement	Peur de l'orage
	Peur de l'avenir		Peur de l'avenir
	Peur du changement	Peur du changement	
	Peur la nuit		Peur la nuit
	Comportement d'évitement, de fuite		
		Ordre et minutie pathologiques	
	Déprimé	Dépression anxieuse	

Tableau 19 – Action sur le psychisme d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.1.3 Rythme et durée d'action

	<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
RYTHME			Périodicité régulière (tous les jours, semaines ou mois) : aggravation de crise en crise. Alternance de signes internes et externes.	Évolution diphase : alternance rapide entre un état d'excitation et d'apathie.
	Intensité des symptômes		Intensité des symptômes	
	Survenue rapide, rétablissement rapide		Faiblesse considérable qui aggrave l'état	
DURÉE D'ACTION	Action rapide et brève : environ 24H	Moyenne : environ 2 semaines	Moyenne : jusqu'à 4 semaines	Longue : jusqu'à 5 semaines

Tableau 20 – Rythme et durée d'action d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.2 Réaction individuelle du malade

4.2.1 Sensations

	<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
DOULEURS	Aiguës Intolérables Intenses Piquantes comme une aiguille Névralgies	Comme une écharde logée dans la muqueuse atteinte	Douleurs brûlantes (voir encadré « brûlure »)	Douleurs brûlantes (voir encadré « brûlure »)
ENGOURDISSEMENTS FOURMILLEMENTS	Névralgies			
BRÛLURES		Gastriques	Comme des chardons ardents	Localisées (paume des mains, omoplates)
		Éructations ne soulagent pas	Améliorées par la chaleur	Besoin de mettre les mains dans l'eau froide Intolérance aux boissons chaudes
EXPANSION DE LA TÊTE		Soulagée en se bandant la tête		
VERTIGES		Des hauteurs Les yeux fermés En regardant vers le haut ou vers le bas		Chez la personne âgée Chez la personne athéroscléreuse
ENROUEMENT		Chronique avec sensation d'écharde		Très douloureux, aggravé le soir et par l'eau froide
		Aphonie en chantant		Aphonie en chantant
FAIBLESSE		Asthénie mentale et physique	Altération de l'état général	
FRILOSITÉ			Malgré le besoin d'air frais	

Tableau 21- Sensations d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.2.2 Modalités

	<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
ÉTILOGIE (suite de)	Froid sec		Froid	
	Frayeur	Peur, appréhension		
		Surmenage cérébral		Surmenage physique/mental
		Excès de sucre Excès de tabac	Erreurs diététiques	
	Exposition prolongée au soleil Poussée d'HTA Hémorragie		Rétrocession d'éruptions	Maladies dégénératives Croissance trop rapide
AGGRAVATION	Froid sec		Froid	Froid, changement de température, orage
	À minuit	La nuit (plus tard qu'Aconit)	À 1h du matin ou entre 1h et 3h	Au crépuscule, avant minuit
	Chaleur (chambre trop chaude)	Chaleur (pièce chaude)		
	Excitants (café, vin, tabac)	Sucreries, aliments froids		
	Hypersensibilité sensorielle			Hypersensibilité sensorielle
	Dans la foule	Dans la foule		
	Pendant les règles	Pendant les règles		
		Émotion	En grattant l'éruption Transpiration épuisante	Efforts physiques ou intellectuels Transpiration
AMÉLIORATION	Au grand air	Au grand air		
		Par le froid	Par la chaleur	Par les aliments froids
	Repos	Mouvement	Mouvement	Après avoir dormi, magnétisme
	Transpiration	Éructations Pression des zones douloureuses		

Tableau 22 – Modalités d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.2.3 Désirs et aversions

	<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Désirs d'eau	En grande quantité		En phase aiguë : Soif intense de petites quantités d'eau fréquemment répétées	En phase aiguë : Grande soif d'eau glacée (rapidement rejetée)
Désirs alimentaires		Sucreries fortement désirées (mais aggravent les symptômes)	Aliments ou boissons chaudes	Faim impérieuse d'aliments salés
Aversions	Tout a un goût amer sauf l'eau			Boissons chaudes, aliments sucrés, viande, poisson, huîtres

Tableau 23 – Désirs et aversions d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.3 Type sensible

	<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
MORPHOLOGIE	Fort, robuste, jeune souvent	Maigre	Maigre le plus souvent, teint terne	Maigre, pâle
		Amaigrissement progressif d'années en années	Amaigrissement rapide après chaque crise	
		Aspect vieux avant l'âge		Émacié, fatigué
			Œdème palpébral	Œdème palpébral
	Tombe subitement malade alors qu'il était jusque-là en bonne santé			
COMPORTEMENT	Irritabilité	Irritabilité		
	Hâtif	Hâtif et précipité	Minutieux, ordonnée	
		Être réfléchi en conflit avec le temps	Être réfléchi en conflit avec le temps	
	Agitation anxieuse extrême	Agitation anxieuse, physique et mentale	Agitation anxieuse, physique et mentale	
	Peur de la mort : demande une assistance médicale	Peur de la mort	Peur de la mort : refuse une assistance médicale	
			Égoïsme Perfectionnisme	Impressionnable Affectueux Moins anxieux et plus émotif qu' <i>Arsenicum album</i>

Tableau 24 – Type sensible d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4 Indications cliniques

4.4.1 Indications dans l'anxiété et les troubles anxieux

4.4.1.1 Attaque de panique et trouble panique

ATTAQUE DE PANIQUE ET TROUBLE PANIQUE			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Anxiété soudaine violente et intense Crise de panique avec sensation de mort imminente Irritabilité et agitation physique et psychique C'est le médicament fondamental de l'attaque de panique	Crise de panique à thème phobique Anxiété d'anticipation	Anxiété intense comme Aconit mais la faiblesse du sujet aggrave encore les symptômes Agitation physique et psychique Chaque crise est pire que la précédente : périodicité	Crises d'angoisse sans cause précise ou suite à un orage, à une solitude. Agitation physique et psychique suivies d'épuisement
Symptômes cardiovasculaires			Bouffées de chaleur, palpitations, oppression, sensation de cœur serré
Tremblements, fourmillements	Tremblements, troubles de la coordination		
Peur de la mort	Peur de la mort	Peur de la mort	Peur de l'orage, de la solitude, du noir
Sursaute au moindre bruit			Hypersensibilité au bruit
Désire une assistance médicale		Refuse une assistance médicale, mais désire la présence d'un tiers qu'il maltraite	
	Peur de devenir fou		
	Se croit incurable	Se croit condamné	
Vers minuit		Aggravation de l'anxiété vers 1h du matin	Au crépuscule
	Réagit par la fuite et l'évitement		
Action brève et rapide : indication au moment de la prise, de manière répétée jusqu'à amélioration Indication dans le trouble panique au moment des crises		Indication dans le trouble panique (anxiété durable)	Peut être donné au moment de la crise mais surtout en prévention des attaques, en traitement de fond dans le trouble panique (doses hebdomadaires)

Tableau 25 – Attaque de panique et trouble panique chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.1.2 Agoraphobie

AGORAPHOBIE			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Peur de la foule, de traverser la rue	Peur des espaces vides, des magasins bondés, de sortir de chez soi.		
Sensation de mort imminente, de danger	Réagit par la fuite et l'évitement		
Crise de panique	Crise de panique à thème phobique		
Besoin d'un tiers	Besoin d'un tiers		
	Anxiété d'anticipation le pousse à être précipité : il agit de plus en plus vite pour échapper à la situation.		
	Emporte un objet contraphobique (anxiété d'anticipation) pour éviter la situation = fuite et évitement		

Tableau 26 – Agoraphobie chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.1.3 TAG

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
		C'est le plus important médicament de l'anxiété passagère mais surtout durable : caractère permanent, général et chronique de l'anxiété qui est très intense.	Anxiété latente, crépusculaire.
		Évolution périodique vers l'aggravation.	Évolution diphasique (alternance excitation-apathie) vers l'aggravation
		Raisons légitimes ou illégitimes de s'inquiéter	Raisons légitimes ou illégitimes de s'inquiéter
		S'inquiète en permanence pour sa sécurité et celle des autres, imagine le pire et a des pressentiments lugubres.	
		Paroxysme anxieux à 1h du matin	Crépusculaire
		Épuisement	Épuisement
		Persuadé qu'il va mourir, il a peur du changement, de l'avenir et de la solitude (il désire une compagnie qu'il maltraite)	Inquiétude au sujet de la maladie, de l'avenir. Idées de mort
		Aggravée dans la solitude	Aggravée dans la solitude, par l'orage
			Hypersensibilité émotionnelle

Tableau 27 – Trouble anxieux généralisé chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.1.4 Phobies spécifiques

PHOBIES SPÉCIFIQUES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Sensation de mort imminente	Réagit par la fuite et l'évitement		
Crises de paniques en situation phobogène	Crise de panique à thème phobique	Crises de panique dans les situations phobogènes	Crises de panique dans les situations phobogènes
Besoin d'un tiers	Besoin d'un tiers		
	Anxiété d'anticipation le pousse à être précipité : il agit de plus en plus vite pour échapper à la situation.		
	Emporte un objet contraphobique (anxiété d'anticipation) pour éviter la situation = fuite et évitement		
Peur de la peur, des espaces et de la hauteur.	Phobies de situations : phobie des hauteurs avec impulsion à se jeter dans le vide. Phobie de se cogner aux coins des maisons ou que les murs de ces maisons vont lui tomber dessus. Peur des hauts édifices (montagnes, immeubles) Peur d'être enfermé, peur des verrous. Peur de l'obscurité. Peur de l'avenir (anxiété d'anticipation vers l'avenir) Phobie de la syncope et du malaise	Phobie de l'agression (peur de tuer) Phobie des microbes et de la contamination (aliments avariés, pollution)	Phobie de l'orage Peur de la maladie et de l'avenir

Tableau 28 – Phobies spécifiques chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.1.5 Phobie sociale

PHOBIE SOCIALE			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Crise de panique (si affrontement anxieux)	L'anxiété d'anticipation et le comportement de fuite ou d'évitement d' <i>Argentum nitricum</i> peuvent lui procurer une indication dans la phobie sociale.		

Tableau 29 – Phobie sociale chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.1.6 TOC

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
	Patient phobo-obsessionnel au comportement irrationnel et précipité.	TOC graves ou mineurs. Comportement perfectionniste ; ordre et minuties pathologiques	
	Peur de faire des choses bizarres, phobies d'impulsions avec peur de passer à l'acte.	Obsessions de l'ordre, de la propreté impeccable, de la symétrie, de la conformité à l'habitude (peur du changement, il est routinier).	
		Compulsions complémentaires de la propreté et du rangement (symétrie, ordre).	
		Il est amasseur	
	Comportement de fuite et d'évitement.	Comportement de vérification	

Tableau 30 – Trouble obsessionnel compulsif chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.1.7 ESPT

Aconitum napellus, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus* peuvent être indiqués dans des cas d'ESPT. Certains symptômes précis les concernent, le médicament le plus évident dans l'indication de ce trouble étant *Arnica montana*, le remède du traumatisme qu'il soit psychique ou physique.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Suite de frayeur intense, insomnies	Comportement de fuite, d'évitement de situations (phobies)		
Hypervigilance anxieuse (sursauts au moindre bruit)			Hypervigilance anxieuse (sursauts au moindre bruit)

Tableau 31 – État de stress post-traumatique chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.2 Autres troubles psychiques

<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Bégaiement (frayeur, AVC)	Bégaiement (trac, précipitation)		
Hypochondrie	Hypochondrie	Hypochondrie	Hypochondrie
Insomnies (réveil à minuit)	Insomnies (anticipation)	Insomnies (réveil à 1h du matin)	Insomnie
	Dysfonction érectile (anticipation)		
	Spasmophilie		Spasmophilie avec attaque de panique
		Dépression	Anxio-dépression
			Surmenage, épuisement

Tableau 32- Autres troubles psychiques chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3 Indications dans les autres pathologies

4.4.3.1 Pathologies digestives

PATHOLOGIES DIGESTIVES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
	Ulcère gastroduodéal, gastrite, reflux gastro-œsophagien	Ulcère gastroduodéal, gastrite avec désir mais intolérance aux boissons froides	
	Rectocolite hémorragique	Rectocolite hémorragique	Rectocolite hémorragique
Diarrhée comme des épinards hachés, à la suite de frayeur ou coup de froid sec, avec anxiété et fièvre.	Diarrhée d'hypertransit directement après avoir bu ou mangé, verte comme des épinards hachés	Diarrhée d'hypertansit directement après avoir bu ou mangé	Diarrhée indigérée parfois sanguinolente
	Aérophagie avec éructations douloureuses		
		Intoxications alimentaires, vomissements à la vue ou à l'odeur des aliments	Vomissements à la suite de gastro-entérite, après avoir bu de l'eau froide ou à la suite d'une crise d'acétonémie
		Hépatites aiguës	Hépatites aiguës ou chronique (complémentarité avec <i>Arsenicum album</i>)

Tableau 33 – Pathologies digestives chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3.2 ORL et respiratoires

PATHOLOGIES RESPIRATOIRES ET ORL			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Grippe, angine, bronchite, rhinopharyngite	Pharyngite avec douleur d'écharde	Otites Rhinites aiguës et chroniques	
Laryngite après coup de froid	Laryngite avec douleur d'écharde, enrouement et aphonie		Laryngite avec enrouement et aphonie
Toux croupale			Toux avec sensation de brûlure
		Asthme et pneumopathies	Pneumonie

Tableau 34 – Pathologies respiratoires et ORL chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3.3 Cardiovasculaires

PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
HTA avec anxiété et peur de la mort			
Tachycardie avec anxiété		Tachycardie avec anxiété	
Angor		Angor de décubitus	
Hémorragies de type artériel			Hémorragies en prévention et en traitement curatif
		Artérites	Artérites, artériosclérose : vertiges de la personne âgée
			Insuffisance cardiaque, AVC (prévention et séquelles)

Tableau 35 – Pathologies cardiovasculaires chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3.4 Ophthalmologiques

PATHOLOGIES OPHTALMIQUES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
	Blépharites, conjonctivites		Hémorragies rétinienne

Tableau 36 – Pathologies ophtalmologiques chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3.5 Urogénitales

PATHOLOGIES UROGÉNITALES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Aménorrhées par suite de frayeur ou froid sec			Métrorragies
	Urétrite, endométrites	Cystites aiguës ou récidivantes, vaginites	

Tableau 37 – Pathologies urogénitales chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3.6 Neurologiques

PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Névralgies <i>a frigore</i> , paralysies, sciatiques avec douleurs en aiguille		Névralgies avec douleurs brûlantes	
	Vertiges des hauteurs Céphalées Tremblements		

Tableau 38 – Pathologies neurologiques chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3.7 Infectiologie

PATHOLOGIES INFECTIEUSES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Début (24h premières heures) des maladies aiguës fébriles avec anxiété et agitation anxieuse, soif intense.		Syndrome fébrile aigu avec frilosité, soif de petites quantités d'eau, alternance de prostration et d'agitation. L'agitation anxieuse est plus tardive que chez <i>Aconitum napellus</i>	
		Infections chroniques avec suppuration	

Tableau 39 – Pathologies infectieuses chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.4.3.8 Dermatologie

PATHOLOGIES DERMATOLOGIQUES			
<i>Aconitum napellus</i>	<i>Argentum nitricum</i>	<i>Arsenicum album</i>	<i>Phosphorus</i>
Maladies éruptives fébriles, avant l'éruption : rougeole, rubéole, varicelle		Eczéma, psoriasis	Plaies hémorragiques

Tableau 40 – Pathologies dermatologiques chez *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*

4.5 Complémentarité et synergie

Arsenicum album est complémentaire de *Phosphorus* (Zissu & Guillaume, 2005). C'est un remède de l'aggravation, de la complication, des rechutes et des douleurs brûlantes, comme *Phosphorus*. Ils peuvent se suivre (Guermonprez *et al.*, 1987). Ils sont proches dans les syndromes infectieux, les deux évoluent vers l'aggravation mais celle d'*Arsenicum* est accompagnée d'anxiété et est plus périodique que diphasique (Guermonprez, 2008).

Phosphorus est un synergique fort d'*Aconitum napellus* (Séror, 1999).

Aconitum napellus est l'aigu d'*Arsenicum album* au sujet de l'anxiété (anxiété durable chez *Arsenicum*, brève chez *Aconit*) (Guermonprez *et al.*, 1987).

PARTIE 3 – PRATIQUE DU CONSEIL

HOMÉOPATHIQUE À L’OFFICINE APPLIQUÉE À DES CAS CLINIQUES DE TROUBLES ANXIEUX

Après avoir développé les caractéristiques d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*, nous nous intéressons dans cette troisième partie à leur utilisation dans la pratique officinale.

1 PRATIQUE DE L’HOMÉOPATHIE A L’OFFICINE

La pratique de l’homéopathie à l’officine permet de donner aux patients une réponse efficace, facile à utiliser et surtout individualisée. Nous avons développé les nombreux avantages de cette thérapeutique dans la partie 2 de cette thèse et nous verrons ici comment effectuer un conseil homéopathique et comment choisir le ou les remède(s) à utiliser.

Bien évidemment, devant des symptômes imposants et intenses, la consultation médicale est nécessaire pour éliminer toute cause organique. À l’officine, nous prendrons en charge les patients :

- Ayant des symptômes sans gravité et désirant un traitement homéopathique (en complément éventuellement d’une autre thérapeutique telle que l’aromathérapie, la phytothérapie ou encore la nutrithérapie).
- Ayant des symptômes nécessitant une consultation médicale, en attendant leur rendez-vous chez le médecin.
- Ayant déjà un traitement médicamenteux allopathique et souhaitant utiliser l’homéopathie en traitement complémentaire (diminuer les effets indésirables, augmenter l’efficacité de leur traitement).

1.1 L'entretien avec le patient

Il doit être simple, rapide et permettre d'optimiser le temps de consultation tout en apportant une réponse efficace au patient. Nous avons vu précédemment que l'homéopathie prenait en compte le patient dans sa globalité et non pas uniquement sa pathologie.

Ainsi à l'officine, quelques questions simples permettent au patient de se livrer sur son état et au pharmacien de faire un choix sur le remède à prescrire (Chemla, [s.d]) :

Question 1 : « Où ? », « Où cela a-t-il commencé ? » = **Localité**, cible (ce que l'on constate objectivement).

Question 2 : « Décrivez ce que vous ressentez » = **Sensation**, ce que le patient ressent.

Question 3 : « Qu'est-ce qui vous soulage ou aggrave vos symptômes ? » = **Modalités**.

Question 4 : « Avez-vous remarqué d'autres changements dans votre organisme depuis que vous souffrez de ce symptôme ? » = **Signes concomitants**, ils reflètent ce qui est apparu avec la maladie.

Question 5 : « À la suite de quoi, depuis quand, ou comment avez-vous attrapé cela ? » = **Étiologie**, origine des troubles. Ce sont des événements extérieurs.

Nous pouvons remarquer que ces questions restent « ouvertes » et permettent de ne pas influencer le patient qui y répond. Elles sont nécessaires au choix du remède homéopathique.

Pour aller plus loin et effectuer une prise en charge d'un état chronique, le pharmacien peut orienter son patient vers une consultation médicale. Le médecin étudiera alors en supplément le terrain du patient.

1.2 Le choix du remède

Le symptôme homéopathique peut être donc complété et enrichi par plusieurs paramètres qui sont les modalités, l'étiologie, la localité, les sensations ou encore les signes concomitants. Après avoir écouté le patient décrivant son état, il reste au praticien à valoriser et hiérarchiser les signes recueillis lors de l'interrogatoire afin de les évaluer. Rappelons que le but du traitement homéopathique est de faire coïncider la pathogénésie d'un remède avec les signes observés sur le malade.

1.2.1 Valorisation (Chemla, [s.d])

La valeur d'un symptôme est d'autant plus importante que celui-ci est net, précis, constant et qu'on ne peut lui trouver d'explication logique (exemple : chante pendant la fièvre). La réaction personnelle du malade joue donc un rôle très important dans la valorisation du symptôme et ceux qui ont la plus grande valeur sont « les symptômes les plus frappants, les plus originaux, les plus inusités, les plus personnels » selon Hahnemann.

Le dernier point important concernant la valorisation est le fait que la description des signes par le malade ne doit pas être influencée. Le symptôme aura une plus grande valeur s'il n'a pas été suggéré par le praticien homéopathe lors des questions posées au patient. Ce dernier doit décrire par lui-même et dans son propre langage ce qu'il ressent.

À titre d'exemple, nous relatons en Annexe 4 un extrait de l'interrogatoire de Kent en psychiatrie dans lequel on peut remarquer que, malgré leur précision, les questions posées sont uniquement suggestives. Elles traitent des symptômes mentaux (psychiques) qui sont les plus importants dans la hiérarchisation des signes homéopathiques (Kent, 2000).

1.2.2 Hiérarchisation (Chemla, [s.d])

Les symptômes psychiques sont les plus importants à prendre en compte. Viennent ensuite les signes généraux (sensations, désirs/aversions, sommeil, réactions sensorielles, tendances morbides [hémorragiques, ulcérations...], agitation physique, etc.), les modalités (amélioration, aggravation, rythme), les signes régionaux/locaux puis les causalités.

1.2.3 Choix du remède : posologies et schéma de Hering

La sélection du remède à prescrire se fait donc grâce à ces deux méthodes d'évaluation décrites ci-dessus. Le patient est individualisé et les symptômes étudiés doivent être ceux qui sont le plus valorisés, les plus frappants/originaux/inhabituels ou encore ayant la valeur hiérarchique la plus importante. Cependant, la hiérarchie peut ne pas être respectée : un symptôme local très valorisé peut l'emporter sur un symptôme général ou psychique moins marquant.

1.2.3.1 Méthode de prescription basée sur le schéma de Hering

Le prescripteur, pour s'organiser dans la démarche de sélection de la souche homéopathique à délivrer, peut s'aider du schéma de Hering (déjà présenté en Partie 2). À partir de ce schéma, le Centre d'Enseignement et de Développement de l'Homéopathie (CEDH) a mis au point une méthode de prescription, sous forme de « maison de Hering », qui permet la recherche de la similitude entre les signes du malade et la pathogénésie de la souche homéopathique. Ce consensus a pour objectif de proposer une méthode universelle qui uniformiserait et standardiserait en partie les prescriptions homéopathiques. Nous utiliserons ce consensus pour traiter nos cas cliniques.

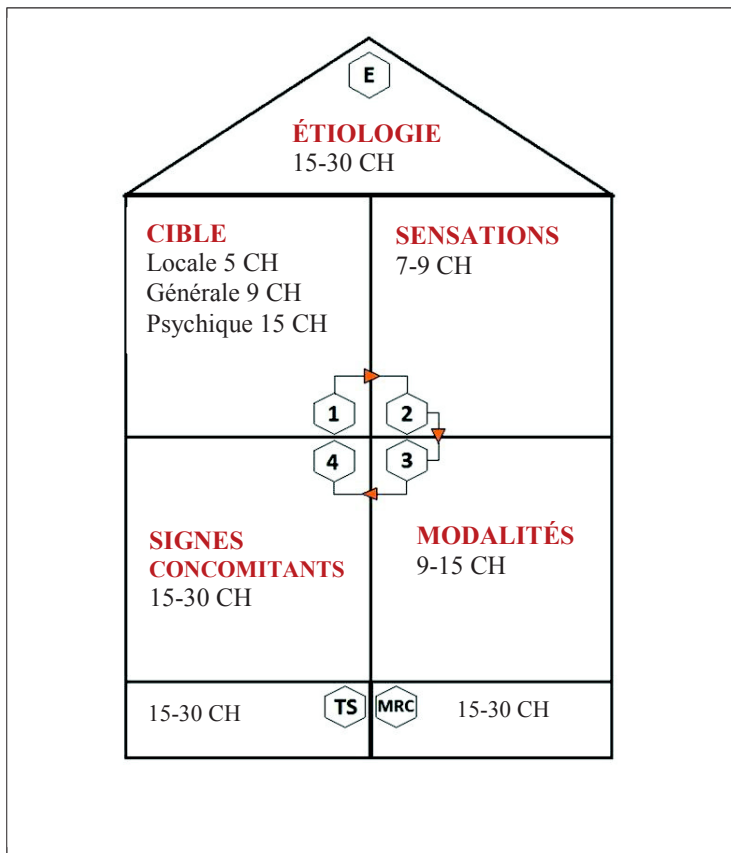


Figure 15 - Méthode de prescription : maison de Hering selon la méthode du CEDH (source personnelle)

Pendant l'interrogatoire du patient, le pharmacien peut remplir chacune des cases de la maison en respectant les règles suivantes.

En « 1 » (Question 1 de l'interrogatoire) : Les cibles/organes, la localité. Cela correspond à ce que l'on constate objectivement.

En « 2 » (Question 2 de l'interrogatoire) : Les sensations c'est-à-dire ce que le patient ressent.

En « 3 » (Question 3 de l'interrogatoire) : Les modalités, c'est-à-dire ce qui aggrave ou améliore les signes du malade.

En « 4 » (Question 4 de l'interrogatoire) : Les signes concomitants, c'est-à-dire ce qui est apparu avec la maladie.

En « E » (Question 5 de l'interrogatoire) : L'étiologie, les causes de la maladie, c'est-à-dire à la suite de quoi est apparue la pathologie.

Ces cinq cases correspondent en général à des symptômes aigus.

Au « sous-sol » de cette maison, on retrouve le type sensible « TS » et le mode réactionnel chronique « MRC ». Ces cases correspondent, elles, à un état chronique d'une pathologie. La prise en charge d'un état chronique est possible à l'officine si le suivi du patient est permis. Effectivement, pour suivre un patient « chronique », il faut pouvoir réévaluer le traitement régulièrement et organiser plusieurs rencontres, ce qui n'est pas toujours possible à l'officine. C'est donc aussi lorsque les possibilités du pharmacien seront épuisées que le médecin ayant pris le relais étudiera ces deux notions.

Ainsi, la case « TS » correspond à la sensibilité du patient avant la maladie. Ce sont ces caractéristiques morphologiques (constitution) et comportementales (tempérament) innées qui sont décrites.

La case « MRC » correspond, elle, à la réaction individuelle du malade, c'est-à-dire à sa sensibilité acquise au cours de la pathologie. On peut la comparer au « carnet de santé » du patient tant elle relate de la succession ou encore de l'évolution habituelle des pathologies.

Principe : Plus il est possible de remplir le tableau en avançant selon la flèche, plus il y a de signes et donc plus le symptôme est valorisé.

1.2.3.2 Posologies

Plus on avance en suivant la flèche, plus les dilutions baissent. Plus le symptôme est valorisé, donc plus il y a de signes, plus on utilisera de basses dilutions.

Dans la partie haute du schéma (aigu), on utilisera plus volontiers un rythme d'administration fréquent : 5 granules, plusieurs fois par jour, par exemple.

Dans la partie basse du schéma (chronique), on prescrira des prises éloignées (une fois par jour, une fois par semaine).

Le nombre de prise dépend également de la durée d'action du remède. Rappelons qu'*Aconitum napellus* a une durée d'action assez brève (quelques heures), *Argentum nitricum* a une durée d'action moyenne et pour *Arsenicum album* et *Phosphorus*, celle-ci est longue (plusieurs semaines).

2 APPLICATION À QUELQUES CAS CLINIQUES DE TROUBLES ANXIEUX

Avec l'aide du Docteur Sabine Chesneau, médecin généraliste et homéopathe (CEDH), et du Docteur Céline Lourette, pharmacien d'officine spécialisée en homéopathie, nous avons effectué plusieurs cas cliniques illustrant l'utilité de chacune des souches que nous avons étudiées (*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*) dans la prise en charge des différents troubles anxieux.

2.1 Cas clinique de trouble panique (TP)

2.1.1 Entretien avec le patient

À l'officine, une jeune femme se présente. Elle a 25 ans, est enceinte de 38 semaines et dit venir nous voir car elle est paniquée par son accouchement qui approche.

La grossesse se passe bien mais elle a peur qu'il « arrive un malheur » pour elle comme pour le bébé et y pense constamment.

Elle compense en « se jetant sur le sucre » mais elle ne se sent pas du tout bien après.

Elle fait des cauchemars la nuit, qui la réveillent en sursaut, avec d'intenses palpitations et la sensation qu'elle va mourir.

Elle termine en nous disant qu'elle souhaite un traitement sans danger pour son bébé « comme les huiles essentielles ». Effectivement, elle a lu dans un magazine féminin que l'aromathérapie était très efficace pour apaiser l'anxiété et les troubles du sommeil alors qu'elle souhaite retrouver sa sérénité pour la fin de sa grossesse.

Au vu de sa grossesse qui lui déconseille l'usage de plusieurs huiles essentielles, nous orientons Julie vers un traitement homéopathique, ce qu'elle accepte volontiers. Effectivement, celui-ci nous semble particulièrement adapté pour une prise en charge « sur mesure » grâce aux nombreux signes qu'elle nous a décrits.

2.1.2 **Prescription**

(Cf. schéma en Annexe 5)

La patiente semble souffrir d'un trouble panique (succession d'attaques de panique avec peur que cela recommence) ainsi qu'une anxiété d'anticipation face à son accouchement qui arrive. Nous proposons le traitement suivant.

Aconitum napellus 15-30 CH : 5 granules à chaque attaque de panique à répéter si besoin jusqu'à amélioration (action brève, ponctuelle).

- Palpitations
- Crise de panique avec sensation de mort imminente
- La nuit
- Intensité des symptômes
- Peur d'avoir peur (peur que cela recommence).

Argentum nitricum 15 CH : 5 granules 2 à 3 fois par jour.

- Anxiété d'anticipation : peur de l'accouchement qui arrive, peur tournée vers l'à-venir, le changement
- Peur de la mort
- La nuit (plus tard qu'Aconit)
- Désir et aggravation par les sucreries

Arsenicum album 15 CH : 5 granules 2 fois par jour

- Sensation d'un malheur imminent (pour son bébé comme pour elle)
- Chaque crise de panique est pire que la précédente
- Caractère permanent de l'anxiété (elle y pense tout le temps)
- Peur de la mort
- Intensité des symptômes

Dans le cas du trouble panique, *Aconitum napellus* et *Arsenicum album* se complètent. Le premier agit sur l'anxiété brève de la crise de panique, le second sur l'anxiété plus permanente du trouble panique en prévenant la survenue d'une nouvelle attaque.

Après avoir expliqué à Julie son traitement ainsi que ses modalités de prise nous l'invitons à venir nous revoir pour nous tenir au courant de l'efficacité du traitement et de l'évolution de son trouble.

2.1.3 Alternatives

Actaea racemosa peut être indiqué en cas de peur de l'accouchement se traduisant par une irritabilité, une loquacité nerveuse, des douleurs musculaires (cervicales et dorsales) ou encore des contractions utérines (Boiron *et al.*, 2013).

Gelsemium est utilisé si l'anxiété d'anticipation liée à l'accouchement entraîne une inhibition psychomotrice avec tremblements (Boiron *et al.*, 2013).

2.2 Cas cliniques d'état de stress post-traumatique

2.2.1 Cas n°1 : ESPT

2.2.1.1 Entretien avec le patient

Pierre a 33 ans et se présente à la pharmacie. Il a préalablement consulté son médecin traitant pour des angoisses répétées survenues à la suite d'un accident de voiture, deux ans auparavant, alors qu'il revenait de son travail.

Il décrit des épisodes d'anxiété aiguë avec des céphalées, des vertiges, des phases de grande fatigue et des difficultés à se concentrer. Ces épisodes surviennent essentiellement le soir à la tombée de la nuit.

Il ressent également des brûlures entre les omoplates et voit régulièrement son ostéopathe « pour remettre ses vertèbres en place ».

Il trouve inquiétant et anormal de repenser si souvent à son accident, même deux ans après. Il a du mal à prendre sa voiture car il a peur de ne pas revenir.

Son médecin lui a parlé de « stress post-traumatique » et souhaite lui prescrire un antidépresseur.

Pierre se tourne vers nous car il a entendu parler de l'homéopathie. Il désire essayer un traitement afin de ne pas prendre de trop fortes doses d'antidépresseur.

2.2.1.2 Prescription

Au vu de ses symptômes marqués et très invalidants par leur intensité et leur durée, la prescription d'un antidépresseur semble indispensable à ce jeune patient pour retrouver une vie normale. L'homéopathie peut effectivement représenter une prise en charge complémentaire à son traitement allopathique, en lui permettant de supporter une dose efficace la plus faible possible. De cette démarche découlent une diminution des effets secondaires liés aux antidépresseurs et donc une meilleure observance du traitement. Nous indiquons à Pierre qu'il existe une prise en charge psychologique, la thérapie cognitive et comportementale, qui pourrait représenter un atout supplémentaire à sa guérison et qu'il peut dès sa prochaine consultation, en discuter avec son médecin.

Le traitement homéopathique que nous proposons à ce patient est le suivant (Cf. schéma en Annexe 5) :

Phosphorus 15 CH : 5 granules par jour à 1 dose par semaine

- Douleur brûlante entre les omoplates
- Vertiges
- Anxiété crépusculaire
- Anxiété suivie d'épuisement
- Fatigue

Gelsemium :

- Peur de reprendre le volant, peur en fonction du passé (*Argentum nitricum* a peur en fonction de l'avenir)
- Inhibition de l'action

Arnica montana 30 CH (Boiron *et al.* 2012):

- Suite de choc psychologique (accident de voiture), c'est le médicament de tous les traumatismes
- Épuisement en fin de crise anxieuse, fatigue extrême
- Reviviscence de l'événement traumatique (il y repense très souvent)
- Dépression après un choc moral

2.2.2 Cas n°2 : ESPT, prescription uniciste

Nous présentons à présent un cas clinique d'ESPT illustrant la pratique de prescription homéopathique uniciste.

2.2.2.1 Entretien avec le patient

Nicolas, 25 ans, se présente à l'officine. Il nous dit se sentir « déprimé » et anxieux. Cet état dure depuis longtemps et lui « pourrit » la vie. Il n'arrive pas « à s'en sortir seul » mais ne souhaite pas avoir recours à un antidépresseur. Il préfère se tourner vers l'homéopathie dans un premier temps et nous demande alors conseil à ce sujet. Au fil de la discussion, il nous raconte son histoire :

Nicolas a vécu deux chocs majeurs ces deux dernières années.

Le premier choc terrible pour lui a été la mort de sa petite amie de façon tragique et sous ses yeux, il y a environ un an. Celle-ci est décédée dans ses bras suite à un accident de la route.

Suite à ce choc terrible, Nicolas décide de partir à l'étranger quelques mois.

Depuis l'accident, il se replie sur lui-même, il est devenu mélancolique, vit dans sa bulle et parle peu. Parfois très anxieux, son sommeil est fortement perturbé, souvent agité, avec des cauchemars qui lui font revivre la scène tragique de l'accident et la mort de la jeune femme qu'il aimait profondément. Sa famille est inquiète. Il ne peut oublier sa compagne qui hante ses œuvres artistiques (peintures et photos).

À son retour en France huit mois après, Nicolas subit un deuxième choc, cette fois avec une atteinte physique. En rentrant un soir chez lui, il se fait agresser par deux hommes. L'un d'eux le blesse

gravement à l'œil et au visage par un coup de poing alors que Nicolas tentait de protéger son ami présent à ses côtés. Il subit plusieurs mois de soins pour améliorer le traumatisme et les contusions mais persistent une diplopie à gauche qui le gêne au quotidien ainsi qu'un état psychique vraiment perturbé.

2.2.2.2 Prescription

(Cf. schéma en Annexe 5)

Arnica montana 30 CH : (Boiron *et al.*, 2012)

- Arnica est le remède du traumatisme physique ou mental. Ici, le patient présente les deux. Un traumatisme psychologique suite au décès de sa compagne puis quelques mois plus tard un traumatisme physique (contusions, blessure à l'œil) accompagné d'un choc psychologique dû à l'agression.
- Les troubles du sommeil avec reviviscence de l'événement traumatique sont également un marqueur clé chez *Arnica* : Ici, Nicolas revit l'accident par des cauchemars et il est hanté par l'image de sa compagne.
- Les troubles psychiques à la suite d'un choc, d'un traumatisme, d'un accident, d'une blessure : l'état psychique de Nicolas est très perturbé à la suite de son deuxième choc.
- Les troubles psychiques à la suite d'un traumatisme affectif (dépression, anxiété) (Guermonprez, 2008) : état mélancolique, repli sur soi, vit dans sa bulle et parle peu, anxiété.
- État douloureux à la suite d'un traumatisme (Guermonprez, 2008): diplopie et contusions à la suite du traumatisme physique.

2.3 Cas clinique de trouble anxieux généralisé (TAG)

2.3.1 Cas n°1 : TAG

2.3.1.1 Premier entretien avec le patient

Monique, 58 ans, est une patiente que nous connaissons bien à la pharmacie. Elle nous annonce qu'une tumeur au sein gauche lui a été découverte lors de sa dernière mammographie. Elle a subi dans la foulée une biopsie qui a confirmé le diagnostic et doit être opérée dès la semaine prochaine. Depuis cette annonce, elle dort très mal et se réveille toujours vers 3-4 heures du matin en pensant à ce qu'elle va devenir.

Elle a très peur de mourir. Elle est également devenue anxieuse pour tout, même pour des « petites » choses comme aller faire des courses ou recevoir des amis. Elle ajoute « qu'elle n'arrive plus à faire les choses dans un ordre logique et fait tout dans la précipitation ».

Elle nous demande alors conseil pour un traitement pour l'aider à calmer ses angoisses et à « passer le cap » de l'opération. Elle nous oriente par elle-même vers l'homéopathie « puisqu'elle a plusieurs traitements chroniques » et « sait que son foie et ses reins marchent un peu moins bien ». En effet, Monique est une patiente ayant comme antécédents (ATCD) une hypertension artérielle, un diabète de type 2 (DT2), une insuffisance rénale (IR) modérée ainsi qu'une légère perturbation du bilan hépatique depuis sa cholécystectomie en 1984.

2.3.1.2 Première prescription

La prise en charge par l'homéopathie représente une très bonne option concernant cette patiente. Ses fonctions rénales et hépatiques étant affaiblies par ces antécédents médicaux (diabète, ablation de la vésicule) et par ces traitements allopathiques en place (antihypertenseurs et antidiabétiques oraux), il est judicieux de ne pas surcharger son organisme avec un médicament supplémentaire difficile à éliminer.

Voici le traitement que nous proposons à Monique (Cf. schéma en Annexe 5).

***Pour calmer ses angoisses**

Arsenicum album 15 CH :

- Anxiété intense, générale et permanente
- Peur de la mort, elle se croit condamnée
- Réveils à 3 h du matin
- Agitation anxieuse physique et mentale (« n'arrive plus à faire les choses dans un ordre logique »)
- S'inquiète en permanence pour tout (« même pour des petites choses ») et ici, a des raisons légitimes de s'inquiéter.

Argentum nitricum 15 CH :

- Anxiété d'anticipation (« qu'est-ce que je vais devenir ? »), peur de l'à-venir
- Peur de la mort
- Précipitation (« fait les choses dans un ordre illogique, de manière précipitée »), agitation anxieuse
- Suite de peur, d'appréhension
- Réveils la nuit
- Aggravation dans la foule : faire les courses, recevoir des amis

Ces deux remèdes lui seront administrés conjointement, 2 à 3 fois par jour à raison de 5 granules par prise.

***Pour la préparation à la chirurgie** (Bagot, 2011)

Phosphorus 15 CH : 1 dose la veille et le matin de l'intervention

- Prévention des hémorragies (tendance plus marquée que chez *Arsenicum*)
- Soutien des organes nobles : Monique a déjà une fragilité rénale et hépatique, *Phosphorus* apporte un soutien au foie dans un cadre chronique (*Arsenicum*, état aigu).
- Anxiété pour des raisons légitimes

Arnica montana 9 CH : 5 granules 5 à 6 fois par jour dès le réveil, à espacer selon amélioration.

- Action sur les hémorragies traumatiques, les contusions et les hématomes.
- Choc opératoire, traumatisme chirurgical

Bellis perennis 5 CH : 5 granules 5 à 6 fois par jour dès le réveil, à espacer selon amélioration.

- Donné systématiquement en post-chirurgie du sein
- Contusions de la poitrine (Bagot, 2011)

Apis mellifica 15 CH : 5 granules 5 à 6 fois par jour dès le réveil, à espacer selon amélioration.

- Prévention de l'œdème douloureux d'apparition rapide après la chirurgie (Guermonprez, 2008)

2.3.1.3 Deuxième entretien avec le patient

Monique revient trois semaines plus tard. Elle nous raconte que son intervention s'est bien passée et que la cicatrisation est bonne.

Ses angoisses, même si elles sont moins intenses, sont encore présentes.

Elle doit commencer la chimiothérapie dans 10 jours et craint beaucoup les effets secondaires.

Comme elle a été très satisfaite du traitement homéopathe que nous lui avons prescrit, elle nous demande conseil pour l'aider à supporter la chimiothérapie.

2.3.1.4 Deuxième prescription

Arsenicum album 15 CH : 5 granules deux à trois fois par jour

- Même indications qu'auparavant
- Soutien en « aigu » du foie lors des séances de chimiothérapie

Phosphorus 15 CH : 5 granules tous les jours

- Soutien des organes nobles au cours de la chimiothérapie
- Anxiété

Nous informons Monique que l'homéopathie n'est pas un traitement contre le cancer, mais qu'elle va la soutenir, améliorer son état général et diminuer les effets secondaires induits par les chimiothérapies. Effectivement, la médecine homéopathique accompagne le parcours de soin durant les différentes étapes : annonce de la pathologie, chirurgie (protocoles pré et post-opératoires), chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie et jusqu'à « l'après traitements ».

Pour une prise en charge spécifique au traitement de Monique, nous aurions besoin de connaître la nature des molécules utilisées en chimiothérapie, la date des cures et leur durée afin d'optimiser la prescription homéopathique adaptée aux effets secondaires attendus. Ces informations sont retrouvables dans le « Plan Personnalisé de Soins » qui lui a été fourni au début de sa prise en charge. Ce programme personnalisé de soin permet de formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique du patient et donne au médecin traitant l'occasion de pouvoir suivre le parcours de soin (ONCO Npdc, 2015).

Nous sommes face ici à une des limites du conseil au comptoir.

Effectivement, un traitement de support en chimiothérapie pourra comprendre : un protecteur hépato-rénal et une hétéro-isothérapie spécifique de la chimiothérapie ; si besoin, on ajoutera un anti-émétique (*Nux vomica*, *Ipeca*), un anti-constipant (*Opium*), un stimulant des lignées sanguines, un anti-asthénique, un neuroprotecteur.

Les souches sélectionnées dans ces indications doivent être les plus spécifiques possibles des effets secondaires attendus. De plus, les modalités de prises sont à adapter en fonction de l'intensité des troubles. Le traitement nécessite d'être réévalué très régulièrement (au moins après chaque séance de chimiothérapie) en revoyant la patiente. Toutes ces notions sont des facteurs limitants de la prescription et du suivi à l'officine c'est pourquoi nous orientons Monique vers son oncologue ou son médecin traitant, afin que le meilleur suivi possible lui soit proposé.

Nous proposons donc à cette patiente de conserver son traitement par *Arsenicum* et *Phosphorus*, qu'il serait judicieux de mettre en place un protocole de support avec son oncologue mais que nous serions là pour la conseiller si besoin à propos de ce traitement.

Nous informons Monique qu'il est important, en plus de la prise de son traitement homéopathique, de garder une bonne hygiène alimentaire, d'entretenir sa condition physique et son moral. Une alimentation équilibrée, riche en vitamines, fruits/légumes frais, en antioxydants (curcuma, thé

vert) ainsi qu'une activité sportive telle que la marche rapide ou encore le vélo font aussi partie du soin de support de sa chimiothérapie (Bagot, 2011)

2.3.2 Cas n°2 : TAG, prescription uniciste

2.3.2.1 Entretien avec le patient

Une femme arrive à la pharmacie pour sa maman de 85 ans hospitalisée depuis une dizaine de jours et qui présente des troubles du sommeil. Sa maman lui a fait part de ses cauchemars qui la réveillent la nuit après minuit, pendant lesquels elle imagine la mort.

La patiente nous demande une solution pour sa maman.

Nous lui proposons alors de l'homéopathie, idéale dans ce cas de figure puisque nous ne connaissons pas le traitement allopathique de la maman (la polymédication chez les personnes âgées est fréquente) et sa fille non plus (elle est de passage dans la région pour rendre visite à sa mère et n'a pas sa carte vitale, donc pas de dossier pharmaceutique à consulter).

La première réponse est négative. La patiente nous dit que l'homéopathie lui a déjà été conseillée dans une autre pharmacie et que « ça ne marche pas ».

Elle arrive à nous donner le nom de la souche qui lui a été prescrite : *Coffea cruda*.

Or, les caractéristiques de cette souche dans les troubles du sommeil sont les suivantes :

- Insomnie à la suite d'une surexcitation euphorisante, d'une grande joie
- Exaltation
- Hyperidéation, les idées affluent au moment de l'endormissement
- Avec palpitations et tachycardie aggravant les symptômes (Guermonprez, 2008)

Après un court interrogatoire quant au comportement et à l'état d'esprit actuel de la maman hospitalisée, nous tombons d'accord, avec la patiente pour essayer un autre remède, concluant à une inadéquation entre la situation actuelle et le remède précédemment conseillé.

Effectivement, la fille décrit sa maman comme étant plutôt anxieuse, agitée et triste (encore plus quand elle est seule).

2.3.2.2 Prescription

(Cf. schéma en Annexe 5)

Arsenicum album 9 CH : 5 granules le soir

- Insomnies à la suite d'anxiété, d'agitation

- Rêves de mort
- Peur de la mort
- Anxiété après minuit
- Tristesse en étant seul

Nous supposons cette femme âgée, dont nous ne connaissons pas les antécédents ni le traitement allopathique, comme étant « faible énergétiquement » ce qui impose une prescription d'une dilution en 9 CH.

2.4 Cas clinique de trouble obsessionnel compulsif (TOC)

2.4.1 Entretien avec le patient

Sandrine, 26 ans, nous consulte à l'officine pour deux problèmes :

- Des attaques de panique à chaque fois qu'elle doit monter dans une voiture
- Des rituels de vérification multiples : Fermeture du gaz, des portes, vérifier que tous les appareils électriques sont bien débranchés et que toute sa famille est couchée avant qu'elle ne couche elle-même.

Elle a elle-même fait le lien entre ses crises de panique (elle ressent des palpitations, une oppression, elle est obnubilée « comme paralysée », elle a des tremblements et elle a la sensation qu'elle va mourir) à la seule idée de faire un trajet en voiture et l'accident de son père il y a 3 ans. En effet, celui-ci avait « failli mourir » et a gardé des séquelles de fractures. Cependant, elle ne comprend pas l'origine de ses TOC.

Elle nous demande de l'aide car elle « n'en peut plus » et cela devient également très compliqué avec sa famille.

2.4.2 Prescription

(Cf. schéma en Annexe 5)

Aconitum napellus 30 CH : 1 dose à la demande, avant chaque trajet en voiture

- Suite de frayeur (peur que son père décède dans l'accident)
- Oppression thoracique

- Peur de mourir
- Palpitations

Gelsemium 15 CH : 1 dose la veille du trajet

- Trac d'anticipation
- Palpitations
- Obnubilation « comme paralysée »
- Tremblements
- Peur en fonction du passé

Arsenicum album 15 CH : 5 granules le soir, en traitement de fond

- Médicament du TOC grave ou mineur
- Comportement de vérification (*Argentum nitricum* réagit par la fuite et l'évitement)
- Peur de la mort
- Anxiété intense, crises de panique
- Peur du changement, de l'à-venir (comme *Argentum*) : peur d'un malheur imminent (craint l'accident)
- Ordonnée dans ses comportements de vérification : ordre pathologique. Ici obsession avec compulsions complémentaires de vérification.

2.5 Cas cliniques de phobie spécifique

2.5.1 Cas n°1 : phobie spécifique

2.5.1.1 Entretien avec le patient

Paul 34 ans, vient nous demander de l'aide car il est très anxieux à l'idée de prendre l'avion pour son voyage de noces. Sa première expérience de l'avion lui avait montré qu'il ne supportait pas les mouvements verticaux type « trous d'air » à tel point qu'il se sentait « proche de l'état de panique » dès que cela arrivait. Cela ne l'avait pas vraiment étonné puisqu'il n'a jamais aimé la sensation que l'on ressent dans un ascenseur ou dans un manège. Depuis qu'il sait qu'il va devoir remonter en avion, il décrit une agitation anormale : il commence plusieurs choses en même temps mais n'arrive pas à se concentrer et « part dans tous les sens » sans être efficace. Ses amis pensent qu'il est stressé par son mariage mais lui n'ose pas avouer que c'est l'idée de prendre à nouveau l'avion qui lui

provoque cette anxiété. Il a déjà refusé de prendre l'avion à deux reprises l'année dernière et a finalement fait son voyage en voiture, mais son voyage de noce se déroulant à l'autre bout du monde, il n'a plus le choix. Il ne sait plus quoi faire et nous demande conseil.

2.5.1.2 Prescription

(Cf. schéma en Annexe 5)

Argentum nitricum 15 CH : 5 granules 2 fois par jour

- Anxiété d'anticipation à l'idée de prendre l'avion
- Précipitation : il n'arrive pas à se concentrer et « part dans tous les sens »
- Suite d'appréhension
- Comportement d'évitement
- Crise de panique à thème phobique
- Phobie des hauteurs

Borax 9 CH : 5 granules à la demande au moment du trajet en avion, à renouveler si nécessaire

- Vertige par le mouvement de descente (Guermonprez, 2008)
- Anxiété par le mouvement descendant (Field Allen, 2007)

2.5.2 Cas n°2 : phobie spécifique

C'est un cas un peu similaire que nous présentons, afin de montrer l'importance des questions à poser lors de l'entretien.

Une patiente de 42 ans vient nous voir pour un futur trajet en avion qui l'angoisse. Elle a déjà essayé un traitement homéopathique avec *Ignatia* et *Gelsemium*, mais cela n'a pas marché. Elle est habituée à l'homéopathie et habituellement elle est satisfaite des remèdes qui lui sont proposés. Elle nous demande s'il existe « une autre formule » que l'on pourrait essayer. Afin d'éviter un deuxième échec, nous reprenons l'interrogatoire « à zéro » et apprenons que ce qui gêne le plus la patiente, c'est lorsque le pilote annonce le début de la descente en vue de l'atterrissage. C'est donc uniquement à partir de ce moment-là qu'elle est stressée. Elle vit très mal cette période et ressent des symptômes physiques de mal-être général, un état vaguement nauséux et « tout son être est en souffrance ».

C'est donc sur ces critères que cette femme s'est vue repartir avec une prescription de **Borax 9 CH** à raison de quelques granules par prise à répéter pendant la descente sur les critères suivants : Anxiété aggravée par le mouvement de descente, peur des mouvements de descente, vertiges par le mouvement de descente (nausées).

Depuis, elle a pu venir nous revoir pour nous dire que son traitement était efficace et qu'elle vivait la fin de tous ses vols en avion plus sereinement.

2.6 Cas clinique d'agoraphobie

2.6.1 Entretien avec le patient

Jeanne, 72 ans, vient nous voir à l'officine et nous dit que son médecin traitant souhaite lui prescrire « des calmants », mais qu'elle veut « essayer autre chose » avant de prendre ces médicaments supplémentaires. Elle ajoute qu'elle « va finir par s'empoisonner avec tout ça ». Elle a effectivement comme antécédents une arythmie cardiaque traitée par sotalol et KARDEGIC® (acide acétylsalicylique), un AIT (accident ischémique transitoire) en 2006, un DT2 bien équilibré sous metformine, une insuffisance rénale modérée ainsi qu'une dyslipidémie traitée par simvastatine.

Elle nous raconte sa dernière consultation avec son médecin. Elle l'a fait venir pour la deuxième fois à domicile, pour son renouvellement d'ordonnance, alors qu'auparavant elle venait au cabinet sans problème, habitant juste à côté. Son médecin l'examine et fait son compte-rendu. Son état général est très bon et il n'y a pas de trouble de la marche. Il constate un léger amaigrissement de 2 kg en 3 mois malgré un appétit conservé. Elle dort bien.

Le médecin lui demande alors pourquoi elle ne vient plus d'elle-même. Jeanne répond qu'elle se sent fatiguée et qu'elle ne veut pas attendre dans la salle d'attente. Il s'étonne car jusque-là, il n'y avait pas de problème. La patiente évoque alors le fait que depuis la mort de son mari (il y a un an), elle est toujours triste. Elle a également peur d'être au milieu des gens, cela lui donne des vertiges et elle tremble. Son état est si déroutant pour elle qu'elle ne va plus faire ses courses, elle préfère rester chez elle toute seule.

Le médecin pense en premier lieu à un syndrome dépressif du sujet âgé débutant et souhaite lui donner un antidépresseur ainsi associé à du bromazépam.

Nous poursuivons l'interrogatoire et obtenons des éléments supplémentaires de réponse. Jeanne nous informe que ses tremblements et ses vertiges étaient si angoissants qu'ils lui faisaient craindre la survenue d'un malaise (elle avait « l'impression qu'elle allait tomber »). Elle ajoute qu'elle n'envisage plus du tout de retourner au cabinet de son médecin car sa peur s'est renforcée depuis 2 ou 3 mois. Elle a « pris sur elle » pour venir à notre rencontre aujourd'hui, mais s'est déplacée sachant qu'elle « sait qu'à 9 heures le samedi matin, il n'y a personne à la pharmacie ». Elle a tout de même longtemps hésité avant de venir et s'est sentie « très stressée avant de partir de chez elle ».

2.6.2 Prescription

Cette patiente semble souffrir d'agoraphobie depuis le décès de son mari. En effet, elle ne craint pas la crise de panique mais un malaise, ce qui la pousse à éviter les situations qui sont phobogènes pour elle (immobilisation en salle d'attente, faire ses courses dans un magasin bondé). Son sentiment de peur augmente au fur et à mesure qu'elle n'affronte plus les situations qu'elle craint. Nous lui proposons une prise en charge par l'homéopathie au vu des nombreux antécédents médicaux qu'elle présente, en l'informant qu'elle n'aura pas d'effets indésirables ni contre-indication avec ses traitements en cours. Ainsi, nous pouvons lui apporter une prise en charge portée sur l'ensemble de ses symptômes et respectant son souhait de thérapeutique « douce ».

Argentum nitricum 15 CH : 5 granules 2 à 3 fois par jour ou à la demande

- En traitement symptomatique des manifestations de son anxiété (durée d'action moyenne)
- Anxiété d'anticipation vis-à-vis de situations phobogènes : sortir de chez elle, attendre chez le médecin, aller à la pharmacie, aller faire ses courses...
- Vertiges et tremblements
- Asthénie physique et mentale
- Agoraphobie : peur d'être au milieu des gens, peur du malaise
- Comportement d'évitement : elle n'affronte plus les situations phobogènes, elle préfère rester seule chez elle et ne va pas plus chez le médecin, ni faire ses courses.

Arsenicum album 15 CH : 5 granules par jour à 1 dose par semaine

- En traitement chronique, de type sensible

- Dépression réactionnelle au décès de son mari, douleur morale
- Mode réactionnel chronique : Chronicité des pathologies organiques
- Amaigrissement
- Évolution vers l'aggravation (elle a de plus en plus peur)
- Peur d'être empoisonnée, soupçonneuse des médicaments

Nous proposons à notre patiente de mesurer l'efficacité du traitement que nous lui délivrons sur quelques semaines et de revenir nous voir pour maintenir ou réajuster les remèdes prescrits. Concernant son état dépressif débutant, nous orientons à nouveau Jeanne vers son médecin traitant afin qu'il puisse pratiquer un examen clinique et un interrogatoire plus approfondi au sujet de son état. Nous insistons auprès d'elle sur le fait qu'il est important qu'elle soit prise en charge à ce sujet et qu'elle pourra discuter d'un remède homéopathique (à prendre seul ou en complément) avec son généraliste ou un homéopathe, si elle ne souhaite toujours pas d'antidépresseur allopathique et si son état le permet.

2.6.3 Alternative

L'utilisation, en traitement « de fond », de *Natrum muriaticum* peut aussi être discutée avec le médecin, sur les critères suivants (Boiron *et al.*, 2012) :

- Repli sur soi avec choc émotionnel (deuil)
- Fatigabilité physique et psychique
- Amaigrissement (malgré un gros appétit)
- Phénomène dépressif à la suite d'un choc émotionnel (deuil).

Il est possible d'alterner l'administration d'*Arsenicum album* et de *Natrum muriaticum* (une dose de l'un la première semaine, puis une dose de l'autre la deuxième semaine et ainsi de suite).

2.7 Cas clinique de phobie sociale

2.7.1 Entretien avec le patient

Une jeune femme de 30 ans se présente à nous pour nous demander conseil sur une crème hydratante « anti-rougeurs » pour le visage « plus forte » que celle qu'elle a déjà essayée. Elle nous confie, un peu embêtée, qu'elle recherche une crème capable de masquer le fait qu'elle « rougisse » très facilement lorsqu'elle est stressée. Elle ajoute qu'elle cherche « à tout prix » une solution à son problème qui la gêne au quotidien. Nous lui suggérons alors d'essayer, en complément de sa crème, un traitement homéopathique qu'elle accepte volontiers « ne sachant plus quoi faire ». Lors de la discussion, elle nous raconte qu'elle est stagiaire dans une entreprise de communication et qu'elle angoisse chaque vendredi soir lorsqu'elle doit faire une présentation de son projet de la semaine devant le reste de l'équipe. Il y a quatre mois, lors de sa première présentation, elle a fait plusieurs erreurs et s'est faite « passer un savon » par son patron (devant toute l'assemblée) qui a jugé ses compétences insuffisantes en lui disant « qu'elle ne savait rien » et « qu'il se demandait ce qu'elle avait bien pu apprendre à l'école ». Elle a vécu ce moment comme un traumatisme et depuis, chacune de ses prises de paroles est un « calvaire ». Elle très anxieuse toute la journée avant sa présentation, elle devient « rouge comme une pivoine » (plus elle rougit et plus elle a peur de rougir), elle tremble, a le cœur « qui bat à cent à l'heure » et se sent oppressée. Elle a peur que l'on trouve son travail « nul », peur de faire une erreur à nouveau. Il lui est arrivé une fois de finir en pleurs. Une autre fois, elle a fait semblant d'être malade pour ne pas être présente ce jour-là. Elle décrit tout cela « comme un cercle vicieux », elle sait que ces collègues la voient rougir et rougit encore plus. Elle termine son stage dans deux mois et elle ressent désormais les prémices de ce même malaise dans d'autres situations qu'elle évite au maximum (débatte d'un sujet avec des amis ou encore parler à un inconnu). Elle a peur que cela « reste ancré en elle ».

2.7.2 Prescription

(Cf. Annexe 5)

Argentum nitricum 9 ou 15 CH : 5 granules matin et soir

- Stratégies d'évitement (elle fait semblant d'être malade pour ne pas venir, ne prend pas la parole pour ne pas être exposée et elle veut une crème masquant ses rougeurs)

- Tremblements
- Anxiété d'anticipation

Aconitum napellus 30 CH : 1 dose avant la présentation orale, en prévention de la possible crise de panique

- Tremblements, tachycardie et oppression
- Anxiété paroxystique

Pulsatilla 15 CH : 1 dose par semaine

- Prise en charge de fond, selon le type sensible
- Affectivité, émotivité, timidité, inhibition
- Jeune femme à la peau marbrée
- Circulation veineuse déficiente (rougeurs) et rougit facilement
- Pleurs faciles, s'effondre
- Manque de confiance (Guermonprez, 2008)

Concernant la prescription de *Pulsatilla* en traitement de fond, il est nécessaire de faire revenir la patiente quelques semaines plus tard afin de réévaluer le traitement et élargir l'interrogatoire.

2.7.3 **Alternatives (Guermonprez, 2008)**

Ambra grisea : Redoute de se trouver en public, très grande timidité (à distinguer de la phobie sociale).

Sanguinaria : Sensation d'afflux de sang dans la région concernée (ici le visage), bouffée de chaleur, rougeur au niveau des joues.

2.8 Cas d'anxiété liée aux examens de fin d'année

2.8.1 Entretien avec le patient

Mademoiselle P., jeune étudiante en dernière année de pharmacie, nous sollicite pour lui trouver une solution pour son prochain examen. C'est une jeune fille élégante et sympathique, assez grande, avec un visage assez rond et des cheveux blonds bouclés.

Son problème est le suivant, à chaque examen de fin d'année, cela se passe mal pour elle et doit se présenter aux rattrapages de septembre. Cette fois-ci elle veut avoir son partiel du premier coup et nous demande donc de lui donner un traitement homéopathique.

Nous lui faisons préciser ce qu'il se passe exactement pendant les épreuves, ce qui fait qu'elle échoue chaque année. Elle se bloque à chaque fois et part avant la fin de l'épreuve. Dès lors qu'elle « sèche » sur une question, elle panique. Elle se met à trembler, à transpirer (sueurs chaudes partout sur le corps) et les larmes lui montent aux yeux. D'habitude les réponses les réponses viennent tout de suite, et là, elle panique, sans qu'elle va se mettre à pleurer et qu'il faut qu'elle quitte l'amphithéâtre. Ces crises de panique lui arrivent aussi quand elle a un sentiment d'injustice, surtout en famille, car elle se définit comme « une bonne personne, elle fait les choses bien ». Elle n'aime pas être déçue, perdre son temps, ni le mensonge qui la met hors d'elle.

Ce qui la frustre, c'est qu'elle apprend et prépare les questions à l'avance et pourtant le jour de l'examen, cela ne marche pas. Elle anticipe pour tout (soirées, voyages, repas) et n'aime pas les surprises (si ça n'est pas elle qui a préparé). Elle aime organiser, quand tout est prévu, pour une soirée par exemple (heure, date, thème...). Elle veut placer le cadre, peu importe ce qu'il se passe à l'intérieur, tant que « ça ne déborde pas ». Elle sait se montrer si ça dégénère.

Le soir, elle « refait » toute sa journée dans sa tête. Elle est très attentive au monde extérieur, « sais reconnaître les réactions intérieures » des personnes qui l'entourent. Elle fait relativiser ses proches, pour ne pas qu'ils « se sentent persécutés », que leur journée soit « gâchée ». Quand elle lit un livre, elle voit un film dans sa tête. Quand elle regarde un film en version originale, elle lit très vite les sous-titres et entend les acteurs parler en français.

La nuit, elle a déjà rêvé de ses cours de pharmacie. Mais elle rêve aussi en permanence, d'insectes. Elle a peur des cafards, peur des choses qui pourraient lui rentrer dans les narines ou les oreilles. Elle parle souvent et beaucoup pendant son sommeil.

Elle nous confie également qu'elle ne supporte pas la chaleur et que tout va bien pour elle quand il y a un point d'eau à proximité. « Elle n'aime pas le froid, mais aime le vent ». Elle aime le mélange sucré/salé, les melons, les « trucs froids » et le vin rouge de la Loire.

Elle se décrit comme sociable, communicative et « bordélique ».

Elle n'est jamais malade mais quand cela arrive, elle pense qu'elle va mourir, elle se dit « thanatophobe ». Si elle a mal à la tête, elle pense qu'elle va faire une rupture d'anévrisme. Elle a une dermite séborrhéique sur le visage, du psoriasis (sur les coudes surtout) rouge et sans démangeaisons. Cela apparaît après du stress ou une dispute par exemple.

2.8.2 Prise en charge uniciste

Cette jeune patiente recevra 2 doses de ***Phosphorus en 30 CH*** : une à prendre tout de suite, pour ses révisions, et une avant son examen.

Comme nous pouvons le remarquer à travers le schéma retrouvé en Annexe 8, le type sensible est très largement représenté dans ce cas. C'est pourquoi Phosphorus sera proposé en haute dilution. Il est utilisé ici, en traitement préventif des attaques de panique et en traitement de fond de l'anxiété latente dont souffre cette patiente.

Les critères de choix sont les suivants (Cf. Annexe 5) :

- Crise de panique avec palpitations, peur mourir, transpiration (elle est un facteur aggravant chez *Phosphorus*), pleurs.
- Phobies : celle que des insectes entrent dans son nez ou sa bouche
- Peur de la mort
- Hypersensibilité émotionnelle : sympathie, empathie (fait relativiser ses proches pour ne pas qu'ils passent une mauvaise journée), déteste le sentiment d'injustice, émotivité.
- Hypersensibilité au monde extérieur : elle remarque la moindre mimique chez son interlocuteur et sait ce qu'elle signifie. Elle voit un film quand elle lit...
- N'aime pas la chaleur, ni le froid (*Phosphorus* est aggravé par le froid)
- Hypochondrie : craint la rupture d'anévrisme
- Surmenage : elle veut tout cadrer, tout gérer, tout le temps
- Sommeil perturbé par des rêves/cauchemars, par le fait qu'elle parle pendant la nuit

- Morphologie : cheveux blonds, grande et élancée

2.8.3 Résultats du traitement

Dans les 12 heures après la dose, la patiente a eu « une sensation de tête légère, sensation que les journées sont passées 3 fois plus vite, impression que le travail est plus facile, a très bien dormi, s'est reposée comme jamais et réveillée tôt avec envie de faire plein de choses ». En bloquant devant une matière qu'elle devait réviser, elle a attendu que les larmes viennent, mais elles ne sont jamais venues. Elle est allée faire autre chose et tout s'est bien passé quand elle s'y est remise.

Durant les 72 heures qui ont suivi : « J'ai beaucoup moins d'empathie qu'avant et je n'arrive plus à m'inquiéter. Je m'inquiéterai seulement quand je devrai m'inquiéter. Mon petit ami a eu l'impression que je l'aimais moins, au téléphone, il trouvait que je n'avais pas la même voix que d'habitude que je bégayais moins, comme si j'étais désinhibée ».

Le soir, elle a ressenti une extrême fatigue même après avoir dormi dans la journée. Elle a fait une nuit de douze heures de sommeil alors que ça ne lui était jamais arrivé.

Depuis la prise de la dose de *Phosphorus*, ses révisions se passent mieux. Elle se pose moins de questions, a l'impression d'être plus claire quand elle s'exprime et de ne dire que le principal en laissant le superflu de côté (alors qu'avant elle bégayait et parlait tout de suite et trop vite).

Mademoiselle P. a repris une dose avant son examen qu'elle a eu du premier coup en étant restée jusqu'au bout de l'épreuve. Elle reprend une dose de temps en temps quand elle sent que ça ne va pas.

2.9 Conclusion sur l'utilisation d'*Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus* dans les troubles anxieux

Nous pouvons remarquer la grande similitude entre les symptômes psychiques et physiques retrouvés dans les troubles anxieux et les signes présentés par chacune des quatre souches que nous avons étudiées.

Concernant les différentes phobies (phobie spécifique, phobie sociale et agoraphobie), les schémas de prise en charge sont très similaires dans chacun des cas cliniques présentés. Effectivement, les manifestations cliniques sont souvent les mêmes (évitement, anxiété, précipitation ou inhibition,

etc.) quelle que soit la nature de la phobie. C'est pourquoi il est utile de rappeler au patient concerné l'existence des thérapies cognitives et comportementales qui peuvent permettre de traiter la pathologie à sa source.

CONCLUSION

Au-delà des traitements allopathiques disponibles à l'officine, l'homéopathie présente un intérêt considérable dans la prise en charge des troubles anxieux.

D'une part, du fait son absence de toxicité, elle ne présente ni contre-indications, ni effets indésirables. Elle ne nécessite pas d'adaptation de dose en fonction de l'âge, du poids ou d'un traitement en cours. Ainsi, enfants, adultes, femmes enceintes, patients polymédiqués et ayant de nombreux antécédents médicaux, peuvent être traités par l'homéopathie.

D'autre part, la médecine homéopathique traite le malade dans sa globalité avec un choix du remède fondé sur l'ensemble des symptômes présentés par le patient. Le choix du remède est basé sur la valorisation et la hiérarchisation des signes décrits par le malade au cours d'un interrogatoire simple et rapide, tout en laissant une certaine liberté de réponse au patient. Cette discussion est particulièrement adaptée à la prise en charge des troubles anxieux puisqu'elle permet au sujet de se sentir écouté et de pouvoir « mettre des mots » sur ce qu'il ressent. Elle permet de mettre en place une relation d'écoute, de compréhension et de confiance avec le malade.

Bien qu'un grand nombre de souches homéopathiques aient une utilité dans les pathologies anxieuses, *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus* sont quatre piliers du traitement de l'anxiété. Les deux premiers sont volontiers prescrits en traitement de pathologie anxieuse aiguë, tandis que les deux suivants sont souvent réservés à des traitements plus chroniques ou encore complémentaires. *Aconitum napellus* peut être considéré comme le médicament fondamental de l'attaque de panique, *Argentum nitricum* doit être envisagé devant toute anxiété d'anticipation, *Arsenicum album* est un remède majeur de l'anxiété durable et *Phosphorus* est le traitement préventif de l'attaque de panique ou de l'anxiété latente.

La pratique de la médecine homéopathique à l'officine connaît toutefois certaines limites. La mise en place d'un traitement chronique peut s'avérer délicate dans la mesure où le suivi du patient ne peut pas toujours être fait. En effet, une réévaluation est souvent nécessaire pour mesurer l'efficacité du traitement, effectuer des ajustements, changer de souche ou de dilution. Ce suivi n'est pas toujours possible à la pharmacie (membres de l'équipe officinale différents en fonction des jours, prise de rendez-vous délicate). Par ailleurs, la mise en place de cette prise en charge

chronique peut nécessiter un interrogatoire plus long et plus « poussé » (prise en compte du terrain du patient, de son mode réactionnel chronique) qui doit alors être effectué par le médecin homéopathe (connaissance des antécédents du patient, durée d'entretien longue). Ainsi, dans l'intérêt du patient, le pharmacien doit pouvoir passer la main au médecin dès que nécessaire.

La pratique de l'homéopathie nécessite de nombreuses connaissances. L'étude de la matière médicale est indispensable à la reconnaissance des signes de chaque remède et la recherche du *simillimum* ne peut se faire que si le prescripteur est suffisamment formé.

Aujourd'hui, l'homéopathie convainc de plus en plus de patients qui sont demandeurs de cette médecine respectueuse de leur intégrité. Le pharmacien doit répondre à cette demande qui s'inscrit dans une démarche de soins globale et responsable.

BIBLIOGRAPHIE

- Algazi J. Homéopathie en psychiatrie. Paris, Maloine, 1989.
- American Psychiatric Association. DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Crocq M-A., Guelfi J-D., editors. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015.
- Aouizerate B. (2011). Stratégies thérapeutiques dans le TOC. *Encéphale*, 37(4, Supplément 2), H30.
- Aubin M. Concordances homéopathiques. 2^{ème} éd. Paris, CEDH, 1989.
- Bagot J-L. (2011). L'homéopathie dans les soins de support pour le cancer du sein. *Cah. biothér.*, (228), 30-39.
- Blin O. (2008). Le futur des anxiolytiques. *Encéphale*, 34 (Supplément 1), S3-S7.
- Boiron M., Roux F., Besnard-Charvet C. Gynécologie et obstétrique. Rueil-Malmaison, Le Moniteur des pharmacies, 2013.
- Boiron M., Roux F., Falala G. Troubles anxieux. Rueil-Malmaison, Le Moniteur des pharmacies, 2012.
- Bonaz B., Pellissier S. (2013). Mon cerveau et mon intestin communiquent, parfois mal ! *Pratique Neurologique - FMC*, 4(4), 240-257.
- Boulenger J-P., Anseau M. Trouble anxieux généralisé. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 179-190.
- Boulenger J-P., Capdeville D. Attaques de panique, trouble panique et agoraphobie. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 144-154.
- Boulenger J-P., Lépine J-P. Névrose, troubles anxieux ou anxiété pathologique ? In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 1-5.
- Boulet J. Dictionnaire de l'homéopathie. Monaco, Éd. du Rocher, 2001.
- Bounhoure J-P., Bui E., Schmitt L., Vacheron A., Lôo H.Y. Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2010.
- Braha S. Différents types de techniques psychothérapeutiques. In : Gasman I., Allilaire J-F. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2009. 47-53.
- Caulin C. Vidal Recos : recommandations en pratique 2016. Issy-les-Moulineaux, Vidal, 2015.

- Chapelle F. Antidépresseurs. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014a, 254-262.
- Chapelle F. CIM/DSM. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014b. 21-29.
- Chapelle F. Exposition. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014c.166-173.
- Chapelle F. Phobies spécifiques. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014d. 55-61.
- Chapelle F. Trouble anxiété sociale (Phobie sociale). In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014e. 47-54.
- Chapelle F. Trouble anxieux généralisé. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014f. 72-81.
- Chapelle F. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC). In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014g. 38-46.
- Chapelle F., Monié B. Bon stress, mauvais stress : mode d'emploi. Paris, Odile Jacob, 2008.
- Chapelle F., Rusinek S. Thérapies comportementales et cognitives (TCC) : Présentation. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014, 1-5.
- Chefdeville F. Homéopathie matière médicale pratique : avec quelques réflexions générales. Paris, CEDH, 2015.
- Chemouny B. Soigner le stress par l'homéopathie et la phytothérapie. Paris, Odile Jacob, 2012.
- Choffrut F. (2011). Les symptômes cliniques mentaux (2^{ème} partie). *La Revue du CEDH*, (21), 23-33.
- Chouanière D. (2008). Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé. *Santé homme*, (397), 4-6.
- Clair A-H., Trybou V., Hantouche E. Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs. Paris, Dunod, 2012.
- Clere N., Robert T. (2014). Anxiété mineure : du symptôme au trouble. *Actual. pharm.*, 53(540), 37-39.
- Colasanti A., Nutt D. Neurobiologie des troubles anxieux. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 69-83.

- Consoli S-G., Chastaing M., Misery L. (2010). Psychiatrie et dermatologie. *EMC - Dermatologie*, [98-874-A-10], 1-18.
- Cottraux J., Mollard E. Phobies spécifiques. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 132-143.
- Coulter C.R. *Arsenicum album*. In : Coulter C.R. Portraits de remèdes homéopathiques : analyses psycho-psychiques de types constitutionnels choisis. Embourg (Belgique), M. Pietteur, 2001a, 279-350.
- Coulter C.R. *Phosphorus*. In : Coulter C.R. Portraits de remèdes homéopathiques : analyses psycho-psychiques de types constitutionnels choisis. Embourg (Belgique), M. Pietteur, 2001b, 17-59.
- Deback C., Huraux J.-M. (2007). Herpès. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) - Maladies infectieuses*, [8-052-A-10], 1-26.
- Delamare J., Delamare F., Gélis-Malville É., Delamare L., Péquignot H. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Paris, Maloine, 2012.
- Delévaux I., Chamoux A., Aumaître O. (2013). Stress et auto-immunité. *Rev. méd. interne*, 34(8), 487-492.
- Demarque D. Sémiologie homéopathique. Sainte-Foy-les-Lyon, Boiron, 1988.
- Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean Y. Pharmacologie et matière médicale homéopathique. Paris, CEDH international, 2007.
- Dine T., Claerbout J-F., Rave M. Traitement de l'ulcère gastro-duodéal. In : Calop J., Limat S., Fernandez C. Pharmacie clinique et thérapeutique. 3^{ème} éd. Paris, Elsevier Masson, 2008, 215-232.
- Dobrescu D. Pharmacologie homéopathique générale. Sainte-Foy-les-Lyon, Similia, 2011.
- Doumy O., Aouizerate B. Trouble obsessionnel-compulsif. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 231-240.
- Ducrocq F., Vaiva G. Confrontation traumatique, stress aigu et ESPT. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 219-230.
- Dupuy G., Vorspan F. Conduites addictives et troubles anxieux. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 277-290.
- Echeverria E. (2008). Le stress. *La Revue du CEDH*, (10), 14-29.
- Ferreri M., Ferreri F. Le dictionnaire de l'anxiété. Paris, Phase 5, 2001.
- Flesch F. (2005). Intoxications d'origine végétale. *EMC - Traité de médecine AKOS*, 5(2), [Article 7-1057], 532-546.

- Fontaine O., Kulbertus H., Étienne A-M. Stress et cardiologie. Paris, Masson, 1996.
- Graziani P. Anxiété et troubles anxieux. Paris, Nathan, 2003.
- Guermontprez M. Homéopathie : principes, clinique, techniques. Paris, Boiron, 2008.
- Guermontprez M., Pinkas M., Torck M. Matière médicale homéopathique. Paris, Doin, 1987.
- Henry J.Y. Fichier d'homéopathie et de techniques biothérapeutiques, phytothérapie, organothérapie, oligo-éléments. Cachan, Oedip Cerem, 1983.
- Hodiamont G. Remèdes végétaux en homéopathie. Paris, Similia, 1985.
- Horvilleur A. Vademecum de la prescription en homéopathie. Paris, Elsevier Masson, 2011.
- Institut Boiron. Homéopathie : Les relations médicamenteuses. Paris, CEDH International, 2005.
- Karila L. Prescription et surveillance des psychotropes. In : Gasman I., Allilaire J-F. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2009, 225-245.
- Kent J.T. Matière médicale homéopathique. Joly P, editor. Arros-Jay, P.M.J, 1992.
- Lachkar E-P. Homéopathie, matière médicale appliquée. Paris, Similia, 1987.
- Lamassiaude-Peyramaure S. (2008). Stress et anxiété. *Actual. pharm.*, 47(479), 25-27.
- Landry Y., Gies J-P. Transmission GABAergiques. In : Landry Y., Gies J-P. Pharmacologie : des cibles à la thérapeutique. Paris, Dunod, 2014a., 372-386.
- Landry Y., Gies J-P. Transmissions adrénérgiques et noradrénérgiques. In : Landry Y., Gies J-P. Pharmacologie : des cibles à la thérapeutique. Paris, Dunod, 2014b, 295-323.
- Landry Y., Gies J-P. Transmissions glutamatergiques. In : Landry Y., Gies J-P. Pharmacologie : des cibles à la thérapeutique. Paris, Dunod, 2014c, 358-371.
- Landry Y., Gies J-P. Transmissions sérotoninergiques. In : Landry Y., Gies J-P. Pharmacologie : des cibles à la thérapeutique. Paris, Dunod, 2014d, 344-357.
- Larabi K., Soullillou A., Mattys M., Lucchini M.J., Fanton Y., Tafani B. (2013). Intoxication par l'aconitine. *La Presse Médicale*, 42(3), 353-354.
- Larzilliere G. (2013). Possibilités de l'homéopathie dans les troubles anxieux et les troubles du sommeil. *La Revue du CEDH*, (29), 11-17.
- Maillard B. Stress, anxiété, troubles du sommeil : conseil à l'officine en phytothérapie et homéopathie. Th D Pharm, Université de Clermont I, 2011.

- Marieb E.N., Hoehn K. Le système endocrinien. In : Marieb E.N., Hoehn K. Anatomie et physiologie humaines. Montréal, Canada, Pearson, 2015.
- Masson J-L. L'homéopathie de A à Z. Paris, Marabout, 2012.
- Millet-Ilharreguy B. Mieux soigner les TOC : les promesses de la stimulation cérébrale. Paris, Odile Jacob, 2015.
- Monié B. Stress et gestion du stress. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014, 106-117.
- Nauczyciel C., Drapier D. Stimulation magnétique transcrânienne répétée dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif résistant. (2012). *Revue Neurologique*, 168(8-9), 655-661.
- Norton J., Capdeville D., Boulenger J-P. Epidémiologie, facteurs de risques, incapacité et coût social des troubles anxieux. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 119-131.
- Pelissolo A. Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique. In : Gasman I., Allilaire J-F. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2009a, 263-267.
- Pelissolo A. Troubles anxieux, troubles phobiques, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles conversifs, état post-traumatique et trouble de l'adaptation. In : Gasman I., Allilaire J-F. Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2009b, 175-190.
- Pelissolo A. Troubles anxieux et comorbidité dépressive. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 252-260.
- Pelligrini A. (2006). *Phosphorus*, typologie sensible. *La Revue du CEDH*, (3), 30-39.
- Pham E. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge homéopathique à travers la loi HPST : enquête à l'officine. Th D Pharm, Université de Lorraine, 2013.
- Philippot P., Douilliez C. Émotion, cognition et comportement : Apport des modèles émotionnels à la compréhension de l'anxiété. In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 6-17.
- Picot C. Prise en charge de l'anxiété à l'officine : traitements anxiolytiques et alternatives. Th D Pharm., Lille, Université du droit et de la santé, 2012.
- Piéron H., Wallon H., Laugier H. (1914). 5° Psychologie pathologique. *Année psychol.*, 21(1), 345-365.
- Pinto R. Conseil en homéopathie. Courbevoie, Le Moniteur des pharmacies, 2014.

- Poinsot R. Déroulement d'une prise en charge. In : Chapelle F., Monié B., Poinsot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014, 6-9.
- Postel J. Dictionnaire de la psychiatrie. Paris, Larousse, 2011.
- Quémoun A-C. Guérir le stress et l'anxiété avec l'homéopathie. Paris, Leduc.s éditions, 2016.
- Radat F. (2014). Stress et douleur. *Ann. méd. psychol.*, 172(2), 108-110.
- Robert T. La place de l'homéopathie dans les pathologies anxieuses. Th D Pharm, Angers, 2014.
- Roux F. Conseil homéopathique à l'officine. Paris, Tec & Doc, 2001.
- Sałat K., Podkowa A., Kowalczyk P., Kulig K., Dziubina A., Filipek B., *et al.* (2015). Anticonvulsant active inhibitor of GABA transporter subtype 1, tiagabine, with activity in mouse models of anxiety, pain and depression. *Pharmacol. Rep.*, 67(3), 465-472.
- Sananès R. Problèmes actuels. In : Sananès R. Homéopathie et langage du corps. Paris, R. Laffont, 1982, 215-251.
- Sananès R. Sémiologie homéopathique. In : Sananès R. La consultation médicale homéopathique. Paris, Similia, 1987, 179-243.
- Sarembaud A., Poitevin B. Homéopathie. Paris, Elsevier Masson, 2011.
- Selye H. Le stress de la vie : le problème de l'adaptation. Paris, Gallimard, 1975.
- Servant D. Attaques de panique et agoraphobie : diagnostic et prise en charge. Paris, Masson, 2001.
- Servant D. Concepts et modèles de l'anxiété. In : Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris, Elsevier-Masson, 2012a, 1-22.
- Servant D. Diagnostic de l'anxiété. In : Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris, Elsevier-Masson, 2012b, 73-103.
- Servant D. Gestion du stress : principes et indications. In : Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris, Elsevier-Masson, 2012c, 105-119.
- Servant D. Relation entre stress et anxiété. In : Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris, Elsevier-Masson, 2012d, 51-72.
- Servant D. Thérapie de l'anxiété généralisée. In : Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris, Elsevier-Masson, 2012e, 165-180.
- Servant D. Thérapie des attaques de panique et de l'agoraphobie. In : Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris, Elsevier-Masson, 2012f, 121-147.

- Servant D. Thérapie des phobies. In : Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris, Elsevier-Masson, 2012g, 149-164.
- Servant D., Parquet P-J. Anxiété et alcoolisme. In : Servant D., Parquet P-J. Stress, anxiété et pathologies médicales. Paris, Masson, 1995, 119-129.
- Servant D., Parquet P-J. Les phobies sociales. Paris, Masson, 1997.
- Stahl S.M. Troubles anxieux et anxiolytiques. In : Stahl S.M. Psychopharmacologie essentielle : bases neuroscientifiques et applications pratiques. Paris, Lavoisier Médecine sciences, 2015, 388-419.
- Tignol J. Phobie sociale (Trouble anxiété sociale). In : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Paris, Médecine Sciences publications - Lavoisier, 2014, 155-174.
- Vannier L., Poirier J. Précis de matière médicale homéopathique. Paris, Doin, 1983.
- Voisin H. Thérapeutique et répertoire homéopathiques du praticien. Kandern, Allemagne, Narayana, 2014.
- Willard M. Anxiolytiques. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014a, 249-253.
- Willard M. Restructuration cognitive. In : Chapelle F., Monié B., Poinot R., Rusinek S., Willard M. Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. Paris, Dunod, 2014b, 218-223.
- Zissu R. Cahiers de médecine homéopathique. 8, Psychisme et remèdes homéopathiques. Les asthénies. Paris, Masson, 1991.
- Zissu R., Guillaume M. Fiches de matière médicale homéopathique. Paris, CEDH, 2005.

SITOGRAPHIE

- Allen H.C. *Aconitum napellus*. <http://homeoint.org/>. 1998a.
<http://homeoint.org/seror/allkeynf/allkeyaa.htm#ACONITUM> , consulté le 25 mars 2016.
- Allen H.C. *Argentum nitricum*. <http://homeoint.org/>. 1998b.
http://homeoint.org/seror/allkeynf/allkeya3.htm#ARGENTUM_NITRICUM , consulté le 25 mars 2016.
- Allen H.C. *Arsenicum album*. <http://homeoint.org/>. 1998c.
http://homeoint.org/seror/allkeynf/allkeya3.htm#ARSENICUM_ALBUM , consulté le 25 mars 2016.
- ANSM. Bon usage des médicaments anti-dépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. <http://ansm.sante.fr>. 2006.
http://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Recommandations-Medicaments#P_element_name , consulté le 12 janvier 2016.
- ANSM. État des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information. <http://ansm.sante.fr>. 2014. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information> , consulté le 18 novembre 2015.
- Arndt H.E.R. Premières leçons d'Homéopathie sur la symptomatologie des grands remèdes homéopathiques. <http://homeoint.org/>. 2003.
<http://homeoint.org/seror/arndt/mmacau.htm#aco> , consulté le 25 mars 2016.
- Baumann V. *Aconitum napellus* en homéopathie. <http://www.homeophyto.com>. 2011.
<http://www.homeophyto.com/aconit-ou-aconitum-napellus> , consulté le 16 mai 2016.
- Bérion, Loupias. Homéo et démence. <http://www.cedh.org>. 2014.
http://www.cedh.org/data/media/file/regionales/homeo_et_demence.pdf , consulté le 8 juin 2016.
- Boiron. Mieux connaitre l'homéopathie. <http://www.boiron.fr>. 2016a.
<http://www.boiron.fr/Homeopathie/Mieux-connaître-l-homeopathie> , consulté le 5 mai 2016.
- Boiron C. L'homéopathie, une chance pour la santé. <http://www.boiron.fr>. 2016b.
<http://www.boiron.fr/Boiron/L-homeopathie-une-chance-pour-la-Sante> , consulté le 16 mai 2016.
- Chemla C. Le symptôme homéopathique. <http://www.hsf-france.com>. [s.d]. <http://www.hsf-france.com/Le-symptome-homeopathique.html> , consulté le 3 juin 2016.
- De Sigalony S. *Argentum nitricum*. <http://www.hsf-france.com>. [s.d]. <http://www.hsf-france.com/Argentum-Nitricum,245.html>, consulté le 28 mars 2016.

- Demonceaux A. Fiche thérapeutique homéopathique : Les troubles anxieux. CEDH. 2014. http://www.cedh.org/data/file/w_fichetherapeutique_pdf_fr_11_140731121936.pdf , consulté le 25 mars 2016.
- Dossou Gbete V. *Argentum nitricum*. <http://www.hsf-france.com> [s.d]. <http://www.hsf-france.com/Argentum-Nitricum.html> , consulté le 30 mars 2016.
- Field Allen T. Précis élémentaire de Matière Médicale - Borax. <http://www.homeoint.org>. 2007. <http://www.homeoint.org/seror/allenprimer/bor.htm> , consulté le 6 juin 2016.
- HAS. Prescription des Psychotropes chez le Sujet âgé - Plainte anxieuse du sujet âgé. <http://www.has-sante.fr>. 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/arbre_decisionnel__anxiete_.pdf , consulté le 10 janvier 2016.
- HAS. La prise en charge de votre trouble anxieux. <http://www.has-sante.fr>. 2007a. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-091_tag.pdf , consulté le 5 juin 2015.
- HAS. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_troubles_anxieux.pdf, consulté le 5 juin 2015.
- HAS. ALD n°23 - Troubles anxieux graves. www.has-sante.fr. 2007b. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves?xtmc=&xtr=1 , consulté le 5 juin 2015.
- Idtaleb L. L'homéopathie fait de plus en plus d'adeptes. <http://www.ipsos.fr>. 2012. <http://www.ipsos.fr/comprendre-et-maitriser-son-marche/2012-02-23-l-homeopathie-fait-plus-en-plus-d-adeptes> , consulté le 5 mai 2016.
- INSERM. Psychothérapie : Trois approches évaluées - Rapport complet - Chapitre 7 - Présentation de l'approche cognitivo-comportementale. <http://ipubli-inserm.inist.fr>. 2004. <http://ipubli-inserm.inist.fr/handle/10608/57#> , consulté le 11 janvier 2016.
- INSERM. Activité physique : contextes et effets sur la santé. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>. 2008. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000534/> , consulté le 10 janvier 2016.
- INSERM, Jeunemaître X. Athérosclérose. <http://www.inserm.fr>. 2014. <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/atherosclerose> , consulté le 4 janvier 2016.

- INSERM. Cytokine. <http://www.inserm.fr/>. 2016. <http://www.inserm.fr/dossiers-d-information/cytokine> , consulté le 6 janvier 2016.
- INRS. Stress au travail - Effets sur la santé. www.inrs.fr. 2015. <http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html#f3d0c7f5-5a8a-41c0-83af-45fff8939778> , consulté le 9 décembre 2015.
- Institut National Homéopathique Français. Homéopathie uniciste / classique. <http://www.inhfparis.com/>. 2010. <http://www.inhfparis.com/homeopathie-uniciste/pr%C3%A9sentation-g%C3%A9n%C3%A9rale> , consulté le 2 mai 2016.
- Kent J.T. Interrogatoire de Kent en psychiatrie. <http://homeoint.org/>. 2000. <http://homeoint.org/seror/psy/kentfr.htm> , consulté le 25 mars 2016.
- Kiki G.M. *Arsenicum Album*. <http://www.hsf-france.com>. [s.d]. <http://www.hsf-france.com/Arsenicum-Album.html> , consulté le 22 avril 2016.
- Legbagan S. *Phosphorus*. <http://www.hsf-france.com>. [s.d]. <http://www.hsf-france.com/Phosphorus.html> , consulté le 25 avril 2016.
- Les entreprises du médicament. Quelle place l'homéopathie a-t-elle en France ? <http://www.leem.org>. 2014. <http://www.leem.org/article/quelle-place-l-homeopathie-t-elle-en-france> , consulté le 5 mai 2016.
- Ministère des Affaires sociales et de la santé. Benzodiazépines : rappel sur le syndrome de sevrage, l'effet rebond et la rechute. www.sante.gouv.fr. 2015. <http://www.medicaments.social-sante.gouv.fr/benzodiazepines-rappel-sur-le-syndrome-de-sevrage-l-effet-rebond-et-la-rechute.html> , consulté le 5 mai 2016.
- ONCO Npdc. Programme Personnalisé de Soins (PPS). <http://www.onco-npdc.fr>. 2015. <http://www.onco-npdc.fr/1-dispositifs-prise-charge-traitements/dispositif-pps> , consulté le 6 juin 2016.
- Ouaba Koumbo D. Aconit en 10 points. <http://www.hsf-france.com/>. 2008. <http://www.hsf-france.com/Aconit.html> , consulté le 28 mars 2016.
- Saint-Didier F. Aconit = *Aconitum napellus*. <http://www.hsf-france.com/>. [s.d]a. <http://www.hsf-france.com/Aconit,239.html> , consulté le 28 mars 2016.
- Saint-Didier F. *Arsenicum Album*. <http://www.hsf-france.com/>. [s.d]b. <http://www.hsf-france.com/Arsenicum-Album,247.html>, consulté le 22 avril 2016.
- Séror R. 20 profils de remèdes par E.B. Nash. <http://homeoint.org/>. 1998a. <http://homeoint.org/seror/nashprof.htm>, consulté le 25 mars 2016.
- Séror R. *Key notes* comparatifs. <http://homeoint.org/>. 1998b. <http://homeoint.org/seror/keynotes.htm> , consulté le 25 mars 2016.

- Séror R. Les Remèdes Psychiatriques du Docteur Jean Pierre Gallavardin - *Aconitum napellus*. <http://homeoint.org/>. 2000a. <http://homeoint.org/seror/psy/gal1.htm#acon> , consulté le 25 mars 2016.
- Séror R. Les Remèdes Psychiatriques du Docteur Jean Pierre Gallavardin - *Arsenicum album*. <http://homeoint.org/>. 2000b. <http://homeoint.org/seror/psy/gal1.htm#ars> , consulté le 25 mars 2016.
- Séror R. Les Remèdes Psychiatriques du Docteur Jean Pierre Gallavardin - *Phosphorus*. <http://homeoint.org/>. 2000c. <http://homeoint.org/seror/psy/gal5.htm#pho> , consulté le 25 mars 2016.
- Séror R. Key Notes au fort degré vérifiés cliniquement ou la recherche du diagnostic intuitif. <http://homeoint.org/>. 2001. <http://homeoint.org/seror/keynotes/> , consulté le 25 mars 2016.
- De Sigalony S. *Argentum nitricum*. <http://www.hsf-france.com>. [s.d]. <http://www.hsf-france.com/Argentum-Nitricum,245.html> , consulté le 28 mars 2016.
- Vincent J. Anxiété : pas de hausse des médicaments en France en 2015. Le Point. 2016. http://www.lepoint.fr/sante/anxiete-pas-de-hausse-des-medicaments-en-france-en-2015-14-02-2016-2017790_40.php , consulté le 21 avril 2016.

ANNEXE 1 - Critères diagnostiques du DSM-5® (American Psychiatric Association, 2015)

Attaque de panique

Spécification de l'attaque de panique

N.B. : Les symptômes sont présentés dans le but d'identifier une attaque de panique ; toutefois, une attaque de panique n'est pas un trouble mental et ne peut pas être codée. Les attaques de panique peuvent survenir dans le contexte de n'importe quel trouble anxieux ainsi que dans d'autres troubles mentaux (p. ex. troubles dépressifs, trouble stress post-traumatique, troubles de l'usage d'une substance) et dans certaines affections médicales (p. ex. cardiaques, respiratoires, vestibulaires, gastro-intestinales). Quand la présence d'une attaque de panique est identifiée, elle doit être notée comme une spécification (p. ex. « trouble stress post-traumatique avec attaques de panique »). Pour le trouble panique, la

présence d'une attaque de panique fait partie des critères du trouble et n'est pas utilisée comme spécification.

Une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

N.B. : La montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausée ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
9. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

N.B. : Des symptômes en lien avec la culture (p. ex. acouphènes, douleur au cou, céphalée, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être observés. De tels symptômes ne peuvent pas compter pour l'un des quatre symptômes requis.

Trouble panique

Trouble panique

Critères diagnostiques

300.01 (F41.0)

A. Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

N.B. : La montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

1. Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausée ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
9. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

N.B. : Des symptômes en lien avec la culture (p. ex. acouphènes, douleur au cou, céphalées, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être observés. De tels symptômes ne peuvent pas compter pour un des quatre symptômes requis.

B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :

1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
2. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. l'attaque de panique ne survient pas exclusivement en réponse à des situations sociales redoutées comme dans l'anxiété sociale, ou en réponse à des objets ou situations phobogènes spécifiques, comme dans la phobie spécifique, ou en réponse à des obsessions, comme dans un trouble obsessionnel-compulsif, ou en réponse à un rappel d'événements traumatiques, comme dans un trouble stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).

Agoraphobie

Agoraphobie

Critères diagnostiques

300.22 (F40.00)

- A. Peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :
1. Utiliser les transports en commun (p. ex. voitures, bus, trains, bateaux, avions).
 2. Être dans des endroits ouverts (p. ex. parking, marchés, ponts).
 3. Être dans des endroits clos (p. ex. magasins, théâtres, cinémas).
 4. Être dans une file d'attente ou dans une foule.
 5. Être seul à l'extérieur du domicile.
- B. La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (p. ex. peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence).
- C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété.
- D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant, ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental ; par exemple, les symptômes ne sont pas limités à une phobie spécifique, de type situationnel, ne sont pas uniquement présents dans des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale) et ne sont pas liés exclusivement à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), à des perceptions de défauts ou d'imperfections dans l'apparence physique (comme dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle), à des rappels d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique) ou à une peur de la séparation (comme dans l'anxiété de séparation).
- N.B. :** L'agoraphobie est diagnostiquée indépendamment de la présence d'un trouble panique. Si la présentation clinique d'une personne remplit les critères pour un trouble panique et une agoraphobie, les deux diagnostics doivent être retenus.

Anxiété généralisée

Anxiété généralisée

Critères diagnostiques

300.02 (F41.1)

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).
 - B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
 - C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :
 - N.B. :** Un seul item est requis chez l'enfant.
 - 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
 - 2. Fatigabilité.
 - 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
 - 4. Irritabilité.
 - 5. Tension musculaire.
 - 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).
 - D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).
 - F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).
-

Phobie sociale

Anxiété sociale (phobie sociale)

Critères diagnostiques

300.23 (F40.10)

A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

N.B. : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.

B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère, ou des réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.

D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intenses.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.

J. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Spécifier si :

Seulement de performance : Si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public.

Phobie spécifique

Phobie spécifique

Critères diagnostiques

- A. Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).
N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.
- B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associés à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

Spécifier si :

Le code est déterminé à partir du stimulus phobogène :

300.29 (F40.218) Animal (p. ex. araignées, insectes, chiens).

300.29 (F40.228) Environnement naturel (p. ex. hauteurs, tonnerre, eau).

300.29 (F40.23x) Sang-injection-accident (p. ex. aiguilles, actes médicaux invasifs).

Note de codage : Sélectionner le code CIM-10-MC comme suit : **F40.230** peur du sang ; **F40.231** peur des injections et des transfusions ; **F40.232** peur d'autres soins médicaux ; ou **F40.233** peur d'un accident.

300.29 (F40.248) Situationnel (p. ex. avions, ascenseurs, endroits clos).

300.29 (F40.298) Autre (p. ex. situations pouvant conduire à vomir, à s'étouffer ou à contracter une maladie ; chez les enfants, p. ex. bruits forts, personnages costumés).

Note de codage : Lorsque plus d'un stimulus phobogène est présent, noter tous les codes CIM-10-MC qui s'appliquent (p. ex. pour la peur des serpents et de l'avion, F40.218 phobie spécifique, animal, et F40.248 phobie spécifique, type situationnel).

Trouble obsessionnel compulsif

Trouble obsessionnel-compulsif

Critères diagnostiques

300.3 (F42)

- A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux :
Obsessions définies par (1) et (2) :
1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.
 2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en faisant une compulsion).
- Compulsions définies par (1) et (2) :
1. Comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
 2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.
- N.B. :** Les jeunes enfants peuvent être incapables de formuler les buts de ces comportements ou de ces actes mentaux.
- B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (p. ex. des soucis excessifs dans le l'anxiété généralisée, une préoccupation avec l'apparence dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, une difficulté à se débarrasser ou à se séparer de possessions dans la thésaurisation pathologique (syllogomanie), le fait de s'arracher les cheveux dans la trichotillomanie, le fait de se provoquer des excoriations dans la dermatillomanie [trituration pathologique de la peau], des stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, un comportement alimentaire ritualisé dans les troubles alimentaires, une préoccupation avec des substances ou le jeu d'argent dans les troubles liés à une substance et troubles addictifs, la préoccupation par le fait d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie, des pulsions ou des fantasmes sexuels dans les troubles paraphiliques, des impulsions dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, des ruminations de culpabilité dans le trouble dépressif caractérisé, des préoccupations délirantes ou des pensées imposées dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ou des schémas répétitifs de comportement comme dans le trouble du spectre de l'autisme).

Spécifier si :

Avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou *insight* : La personne reconnaît que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif ne correspondent certainement ou probablement pas à la réalité ou qu'elles pourraient être vraies ou fausses.

Avec mauvaise prise de conscience ou *insight* : La personne pense que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif correspondent probablement à la réalité.

Avec absence de prise de conscience ou *insight*/avec présence de croyances délirantes : Le sujet est complètement convaincu que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif sont vraies.

Spécifier si :

En relation avec des tics : présence de tics actuellement ou dans les antécédents du sujet.

Trouble stress post-traumatique (1)

Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques

309.81 (F43.10)

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

Trouble stress post-traumatique (2)

- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

Trouble stress post-traumatique (3)

1. **Dépersonnalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

ANNEXE 2 – Les constitutions selon Léon Vannier (inspiré par Nebel) (Guermontez, 2008)

CARBONIQUE	PHOSPHORIQUE	FLUORIQUE
Bréviligne massif	Longiligne mince	Dissymétrique
Hypolaxe	Normolaxe	Hyperlaxe
Dents régulières	Dents petites	Anomalies dentaires
Émail blanc	Émail jaune	Émail avec défauts
Maxillaires réguliers	Maxillaire inférieur étroit	Rétrognathie
Voûte palatine large	Voûte palatine fermée	Voûte ogivale
Sujet résistant	Sujet asthénique	Sujet imprévisible
Stable	Souple	Instable
<i>Psore</i>	<i>Tuberculinisme</i>	<i>Luétisme</i>

ANNEXE 3 – Enquête personnelle de cas de conseil au comptoir – Pharmacie

CHRÉTIEN Bonsecours (76) Juin 2014

Classement des conseils par catégorie de pathologie et qualification de la thérapeutique utilisée

	CONSEIL DEMANDÉ	LE PATIENT A-T-IL ORIENTÉ LE CONSEIL VERS UNE THÉRAPEUTIQUE PARTICULIÈRE ?	QUEL A ÉTÉ VOTRE CONSEIL ? (HOMÉO, AROMA, ALLOPATHIE, PHYTO ?)
1	ORL : nez bouché	Non	Aromathérapie : EUVANOL®
2	ORL : Bronches encombrées	Non	Allopathie : BRONCHOKOD®
3	DIVERS : augmenter la mémoire en préparation d'un examen	Non	Nutrithérapie : ARKOCEAN capital cérébral®
4	DIVERS : Jambes lourdes	Oui : Phytothérapie	Phytothérapie
5	DIVERS : Minceur (draineur)	Oui : Phytothérapie	Phytothérapie
6	ALLERGIE : Rhinite allergique	Non	Homéopathie : RHINALLERGY®
7	PÉDIATRIE : Enfant hyperactif	Oui : Homéopathie	Homéopathie : <i>Nux vomica</i> 9 CH et <i>Tarentula</i> 9 CH
8	ORL : nez bouché, maux de gorge	Oui : Allopathie	Allopathie : paracétamol, collutoire, spray nasal
9	TROUBLES ANXIEUX : Stress voyage en avion	Oui : Homéopathie	Homéopathie : Doses <i>Gelsemium</i> 9CH Fleurs de Bach : RESCUE® pastilles
10	DERMATOLOGIE : démangeaisons visage et mains	Non	Pain AVENE® BEPANTHEN Sensicalm®
11	ORL : irritation, voix cassée	Non	Allopathie : HEXASPRAY® Phytothérapie : ACTIVOX®
12	GASTRO : diarrhée	Oui : Homéopathie	Homéopathie : <i>Arsenicum album</i> 9CH, <i>China rubra</i> 5CH, <i>Podophyllum</i> 9CH

13	GYNECO : bouffées de chaleur	Oui : Homéopathie	ACTHEANE® <i>Amylium nitrosum</i> 9CH
14	TROUBLES ANXIEUX : Fatigue, épuisement moral	Oui : Aromathérapie	Aromathérapie : Huile essentielle de Romarin
15	ORL : faible mal de gorge	Oui : Homéopathie	Homéopathie : HOMEogene 9®
16	RHUMATO : Articulations	Oui : Aromathérapie	Aromathérapie : Huiles essentielles de Gaulthérie couchée, Eucalyptus citronné et Menthe poivrée
17	PEDIATRIE : Troubles du sommeil du nourrisson	Oui : Homéopathie	Homéopathie : <i>Coffea cruda</i> 9CH <i>Chamomilla</i> 15CH <i>Colocynthis</i> 9CH
18	RHUMATOLOGIE : Algodystrophie traitement de fond	Oui : Phytothérapie	Phytothérapie : Prêle
19	TROUBLES ANXIEUX : Chien angoissé	Oui : Phytothérapie	Fleurs de Bach : RESCUE® gouttes
20	ALLERGIE : Rhinite allergique	Oui : Allopathie	Homéopathie : RHINALLERGIE® (polymédication)
21	DERMATOLOGIE : Verrues	Oui : Allopathie	Allopathie + Homéopathie
22	GASTROENTEROLOGIE : Pyrosis	Non	Allopathie
23	TROUBLES ANXIEUX : Troubles du sommeil	Oui : Phytothérapie	Phytothérapie
24	ORL : Sinusite	Non	Allopathie Aromathérapie : Spray nasal AROMAFORCE®
25	DERMATO : Sécheresse mains	Non	CICALFATE®
26	TROUBLES ANXIEUX : Anxiété	Homéopathie	Homéopathie
27	ORL : Rhume, toux	Non	Allopathie Homéopathie : STODAL® Aromathérapie : EUVANOL®
28	TROUBLES ANXIEUX : Stress, sommeil	Non	Fleurs de Bach : RESCUE NUIT® Homéopathie : SEDATIF PC®
29	ORL : Mal de gorge	Allopathie	Allopathie : LYSOPAINE Ambroxol®

30	ORL : Sinusite	Oui : Homéopathie	Aromathérapie Homéopathie
31	DIVERS : Douleurs dentaires	Non	Allopathie
32	ORL : Toux grasse	Non	Allopathie
33	TROUBLES ANXIEUX : Insomnies	Non : Phytothérapie	Phytothérapie
34	GASTROENTEROLOGIE : Aphtes, troubles digestifs	Oui : Aromathérapie	Aromathérapie
35	DERMATOLOGIE : Eczéma	Non	Allopathie : BEPANTHEN Sensicalm® Pain surgras
36	DIVERS : Douleurs gencives inflammées	Allopathie	Dentifrice PANSORAL®
37	DERMATO : Cuir chevelu sensible, démangeaisons, plaques de psoriasis	Non	Shampoing DUCRAY® PSO Spray HE FURTERER®
38	ALLERGIES : Rhinite allergique	Oui : Allopathie	Allopathie
39	ORL : Nez bouché persistant	Non	Aromathérapie : EUVANOL®
40	DIVERS : Douleurs diffuses bouche/muqueuses	Non	LYSO 6®
41	DIVERS : Mal des transports	Non	Homéopathie : COCCULINE® car somnolence non souhaitée
42	ORL : Nez bouché	Oui : Aromathérapie	EUVANOL®
43	ORL : Toux grasse, sèche la nuit avec nausées	Oui : Homéopathie	<i>Ipeca</i> 5CH, <i>Corallium rubrum</i> 5CH, STODAL®
44	TROUBLES ANXIEUX : Insomnies	Non	Homéopathie
45	DERMATOLOGIE : Herpès labial	Oui : Aromathérapie	Aromathérapie
46	PEDIATRIE : Insomnie du nourrisson	Oui : Homéopathie	Oui : Homéopathie
47	ORL : Rhume	Oui : Aromathérapie	Oui : Aromathérapie
48	DIVERS : Infection urinaire	Non	Phytothérapie : Bruyère, Busserole
49	DIVERS : Minceur, draineur	Oui : Phytothérapie	Phytothérapie : tisane
50	ORL : Rhume, gorge irritée	Non	Aromathérapie : EUVANOL® Phytothérapie : ACTIVOX®
51	TROUBLES ANXIEUX	Oui : Homéopathie, Phytothérapie	Homéopathie : SEDATIF PC®

52	DIVERS : Douleurs dentaires	Non	Allopathie : Ibuprofene
53	GASTROENTEROLOGIE : Pyrosis	Non	Allopathie : RENNIE LIQUO®
54	DIVERS : Douleurs dorsales	Non	THERMACARE®
55	RHUMATOLOGIE : Douleurs articulaires	Oui : Aromathérapie	Aromathérapie
56	DIVERS : Inflammation orteil	Non	Allopathie : antiseptique APAISYL BACTEO®
57	DERMATOLOGIE : Pellicules	Non	Shampooing DUCRAY®
58	DIVERS : Fongicide maison	Oui : Aromathérapie	Aromathérapie : Huiles essentielles de citronnelle de Java et Géranium d'Égypte
59	RHUMATOLOGIE : Arthrose	Oui : Phytothérapie	CHONDROAID Fort®
60	ORL : Gorge irritée sans fièvre	Oui : Phytothérapie	LYSOPAINE® ARKOROYAL® collutoire

Tableau récapitulatif des conseils concernant les troubles psychiques

TROUBLE TRAITÉ	LE PATIENT A-T-IL ORIENTÉ LE CONSEIL VERS UNE THÉRAPEUTIQUE PARTICULIÈRE ?	QUEL A ÉTÉ LE CONSEIL DONNÉ ?
PÉDIATRIE		
Enfant hyperactif	Homéopathie	<i>Nux vomica</i> 9CH <i>Tarentula</i> 9CH
Troubles du sommeil du nourrisson	Homéopathie	<i>Coffea cruda</i> 9CH <i>Chamomilla</i> 15CH <i>Colocynthis</i> 9CH
Insomnie du nourrisson	Homéopathie	Homéopathie
FATIGUE, EPUISEMENT MORAL		
Fatigue, épuisement moral	Aromathérapie	HE Romarin
TROUBLES ANXIEUX		
Stress voyage en avion	Homéopathie	Homéopathie : <i>Gelsemium</i> 9CH doses Fleur de Bach : RESCUE® pastilles
Anxiété	Homéopathie	Homéopathie
TROUBLES DU SOMMEIL		
Troubles du sommeil	Phytothérapie	Phytothérapie
Insomnies, stress	Non	Homéopathie : SEDATIF PC® Fleurs de Bach : RESCUE NUIT®
Insomnies	Phytothérapie	Phytothérapie
Insomnies	Non	Homéopathie
Troubles du sommeil	Homéopathie, Phytothérapie	Homéo : SEDATIF PC®
CAS VETERINAIRE		
Chien angoissé	Phytothérapie	Fleurs de Bach : RESCUE® gouttes

ANNEXE 4 : Interrogatoire de Kent en psychiatrie – Symptômes mentaux

Comment est votre mémoire ? Pour quel sujet est-elle défaillante ? À quel moment est-elle défaillante ?

Vous souvenez-vous de ce que vous lisez ?

Lisez-vous avec intérêt et plaisir ?

Pouvez-vous vous concentrer facilement ?

Quelles sont les changements d'humeur, de caractère, durant la maladie ?

Êtes-vous :

Doux, Facile, Sombre, Obscur, Ténébreux, Désespéré, Têtu, Irritable, Hargneux, Énervé, Insupportable ou maussade, Joyeux, Gai ?

Ou encore quelles sont les autres modifications de votre humeur ?

Comprenez-vous facilement ?

Répondez-vous rapidement ou lentement aux questions que l'on vous pose ?

Ressentez-vous de l'anxiété, de l'appréhension pour l'avenir, de l'aversion à être regardé ou touché, de l'aversion pour les gens, pour la compagnie ou certaines choses ?

Êtes-vous :

Timide, Pudibond, Préférez-vous la compagnie ou la solitude ; Désirez-vous la mort ;

Avez-vous :

De la confusion mentale, du délire, du mécontentement, du dégoût, la peur du futur, ou la peur des gens, de certains animaux, ou des choses ?

Signalez toutes sensations particulières, spéciales ; avez-vous l'esprit qui fourmille de milles idées pêle-mêle ?

Êtes-vous :

De mauvaise humeur, impatient, indécis, indifférent, jaloux, trop facilement excité, émotionné pour rire ou pleurer ?

Êtes-vous paresseux ?

Êtes-vous bavard ?

Avez-vous eu un amour déçu ?

Avez-vous de la mélancolie, de la dépression ?

Vous vexez-vous facilement ?

Êtes-vous susceptible ?

Avez-vous des dispositions à vous quereller ?

Êtes-vous d'humeur querelleuse ?

Êtes-vous triste, ronchon ?

Êtes-vous porté à crier, ou à soupirer, ou à être taciturne ?

Avez-vous des idées persistantes, dont vous ne pouvez-vous débarrasser, ou au contraire des idées pêle-mêle ?

Ressentez-vous de l'aversion pour travailler, pour jouer, ou pour autre chose que vous signaleriez ?

De quelle façon envisagez-vous l'avenir ?

Avez-vous eu des hallucinations, ou imaginez-vous des choses qui n'existent pas réellement :

Que votre famille vous veut du mal, qu'un homme se cache sous votre lit, ou qu'il est dans la maison, que quelqu'un vous suit ou vous poursuit, que vous êtes riche ou pauvre, ou que vous allez mourir dans une maison pauvre et misérable, que vous entendez des voix ou au contraire qu'on vous appelle, ou d'autres symptômes hallucinatoires de ce genre, qu'il vous faudra signaler avec précision.

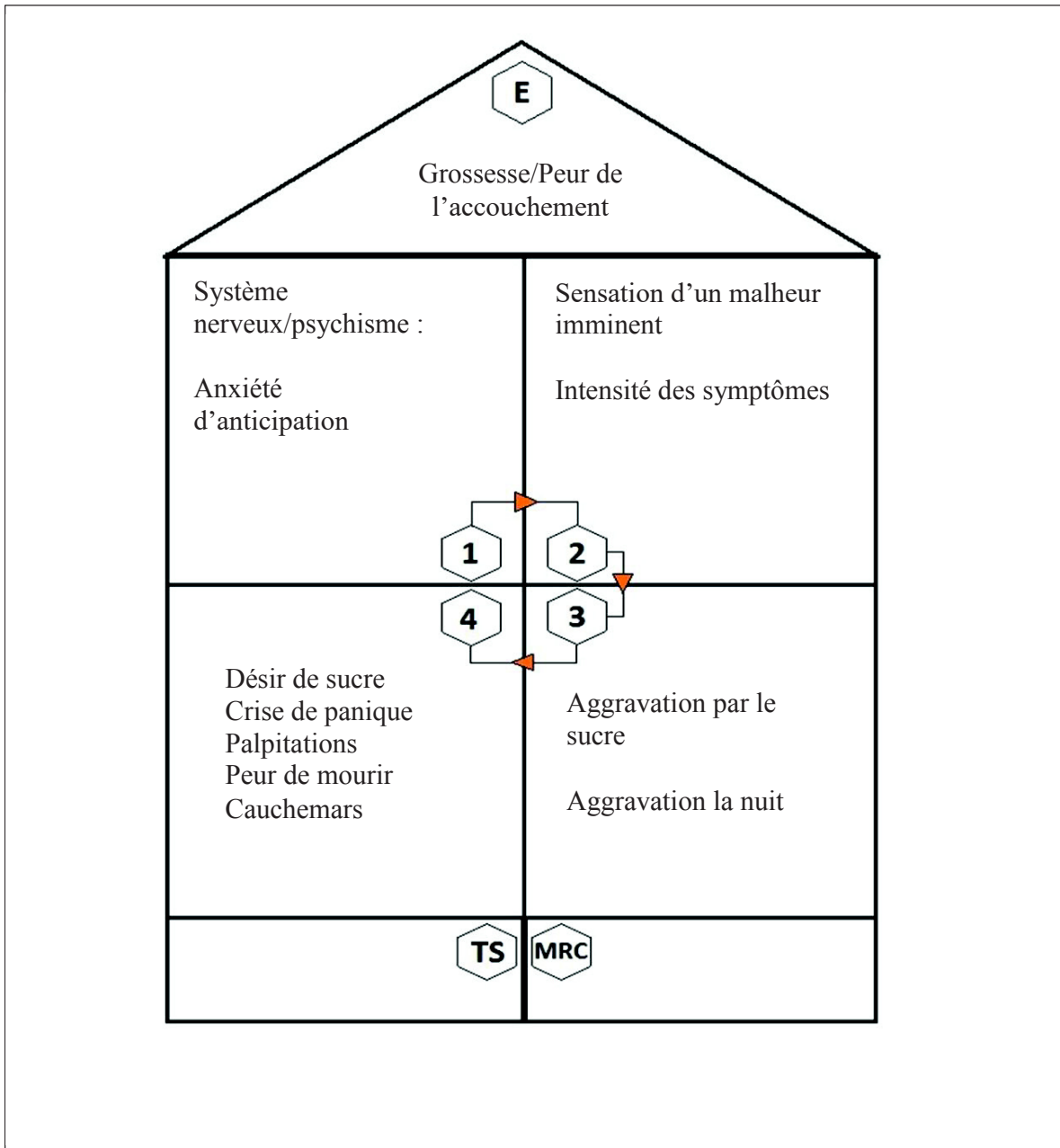
Soyez très soigné dans la description de ces symptômes, car ils sont extrêmement importants.

Les questions posées plus haut sont uniquement suggestives ; elles ont pour but de vous conduire à décrire le plus complètement possible tous vos symptômes.

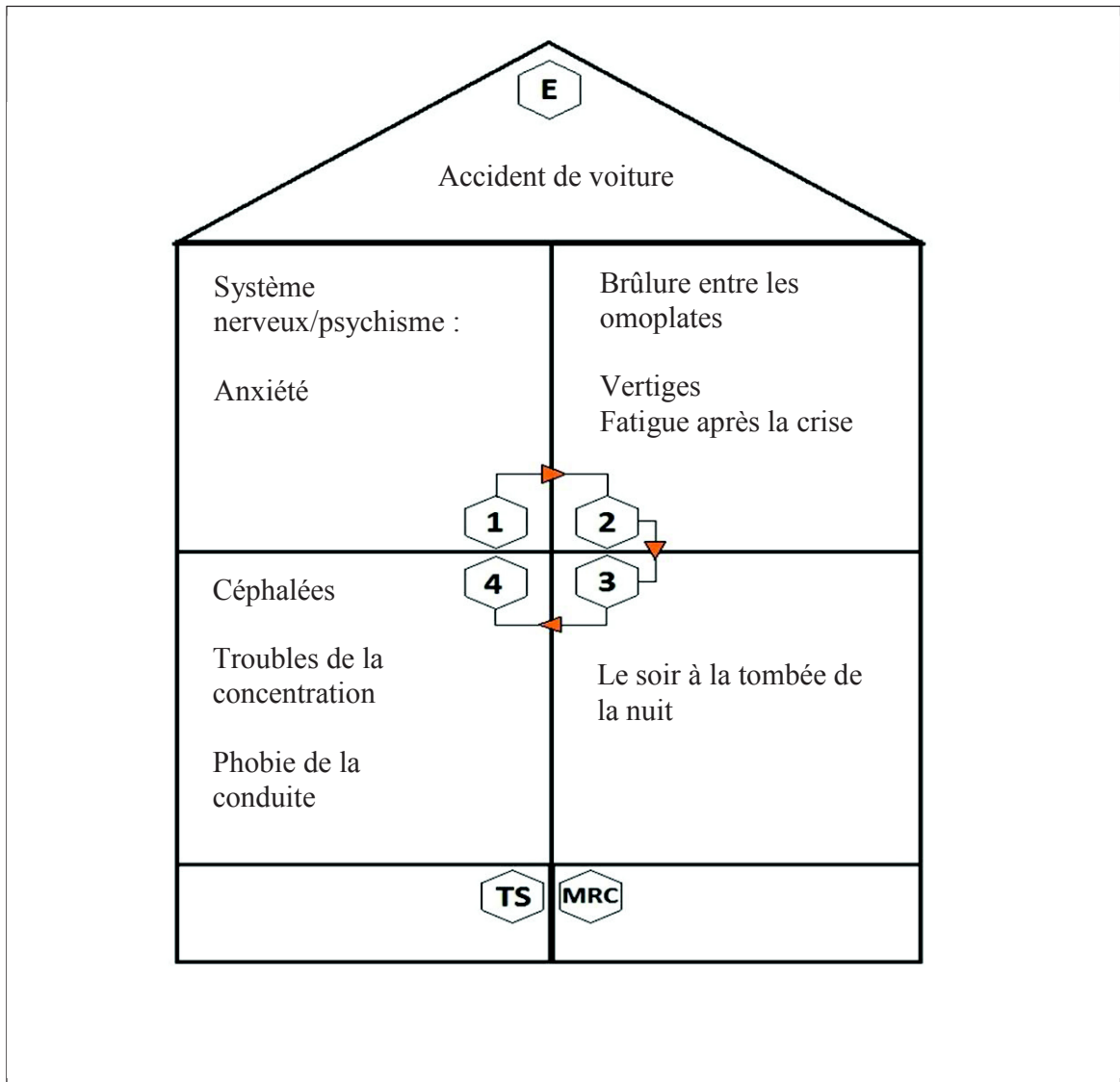
D'ailleurs l'ensemble de ce questionnaire tout entier est purement suggestif.

ANNEXE 5 – Choix du remède selon la méthode du CEDH (source personnelle)

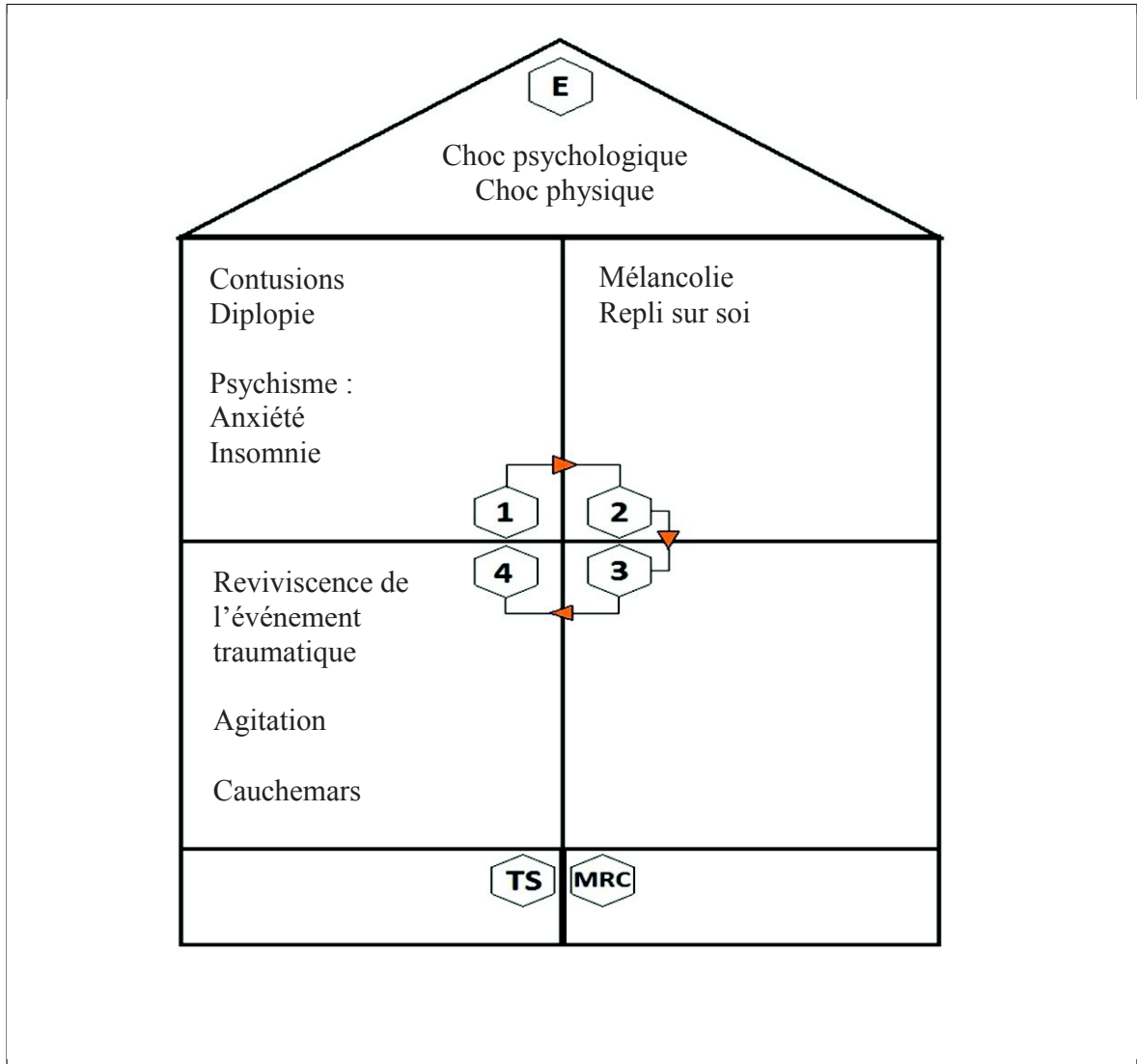
Cas clinique de trouble panique



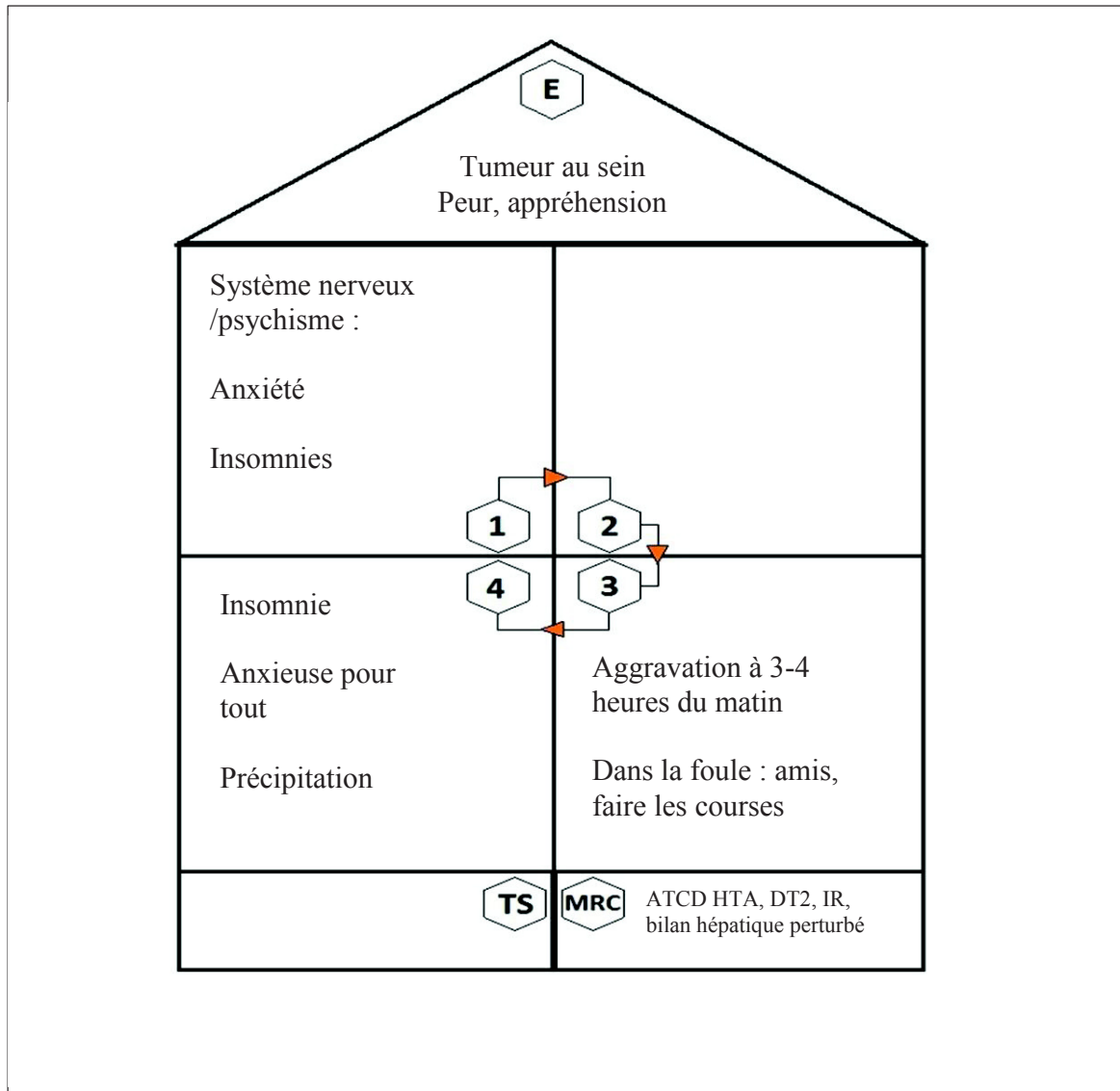
Cas clinique d'ESPT n°1



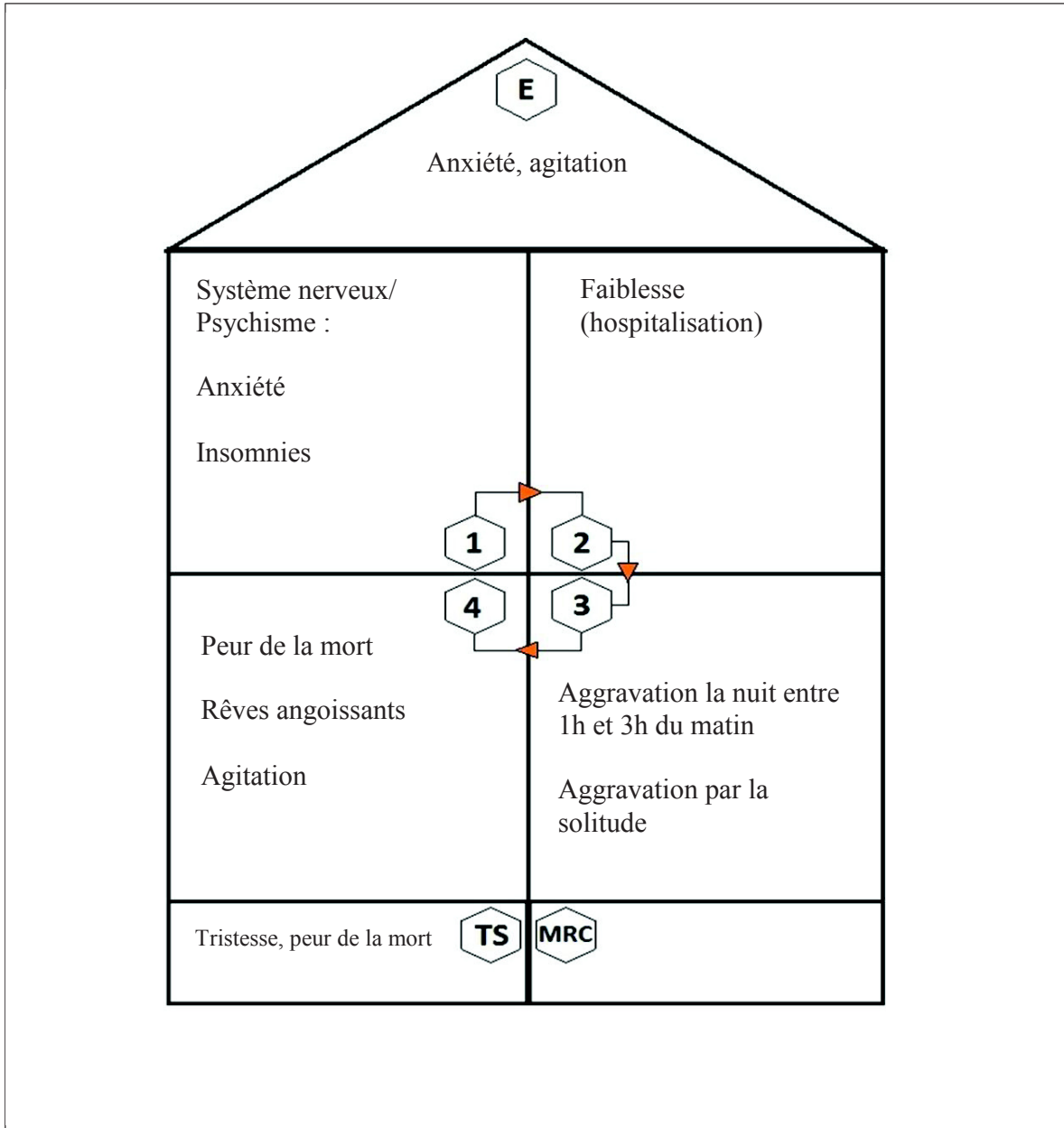
Cas clinique ESPT n°2



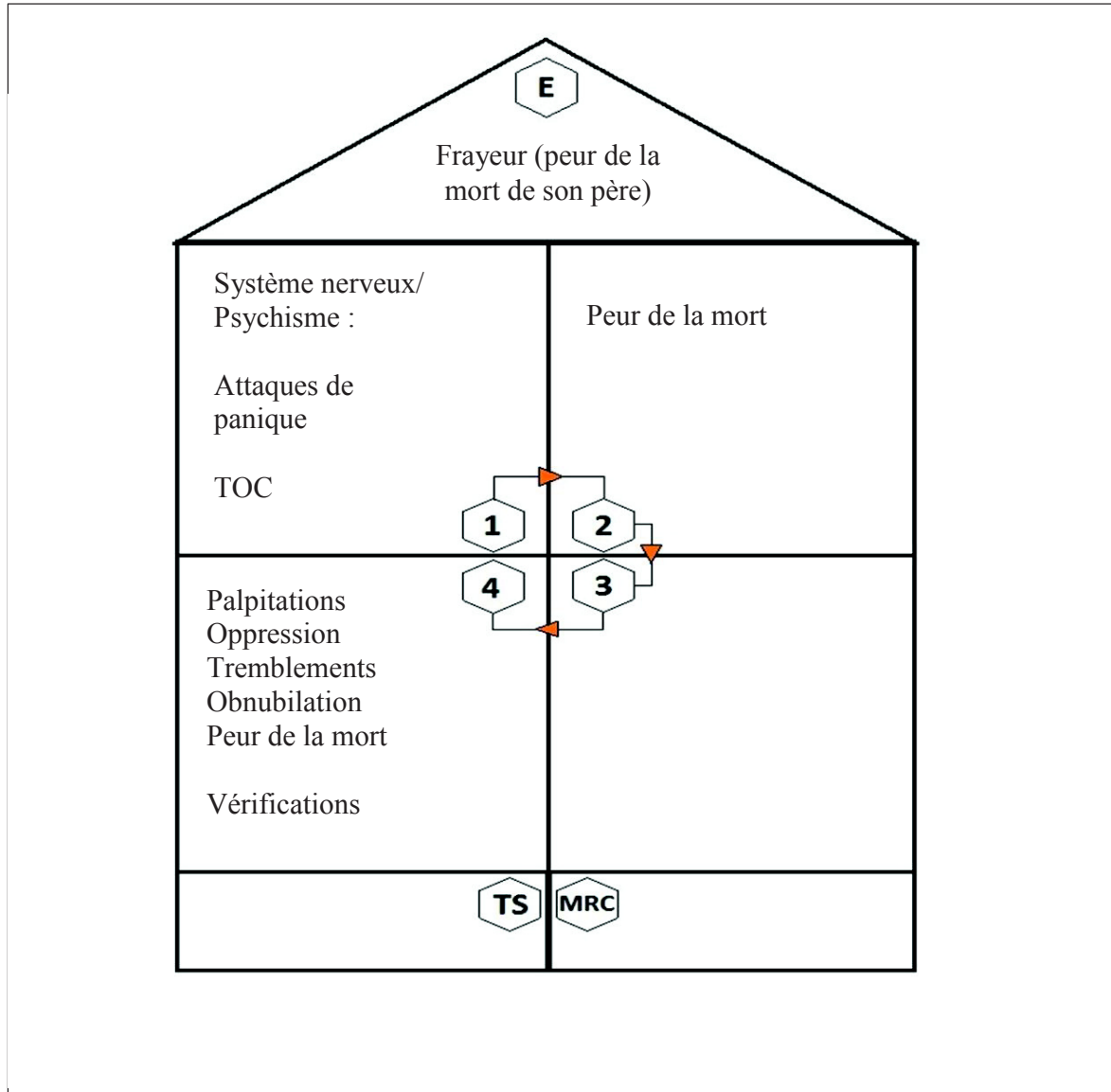
Cas clinique de TAG n°1



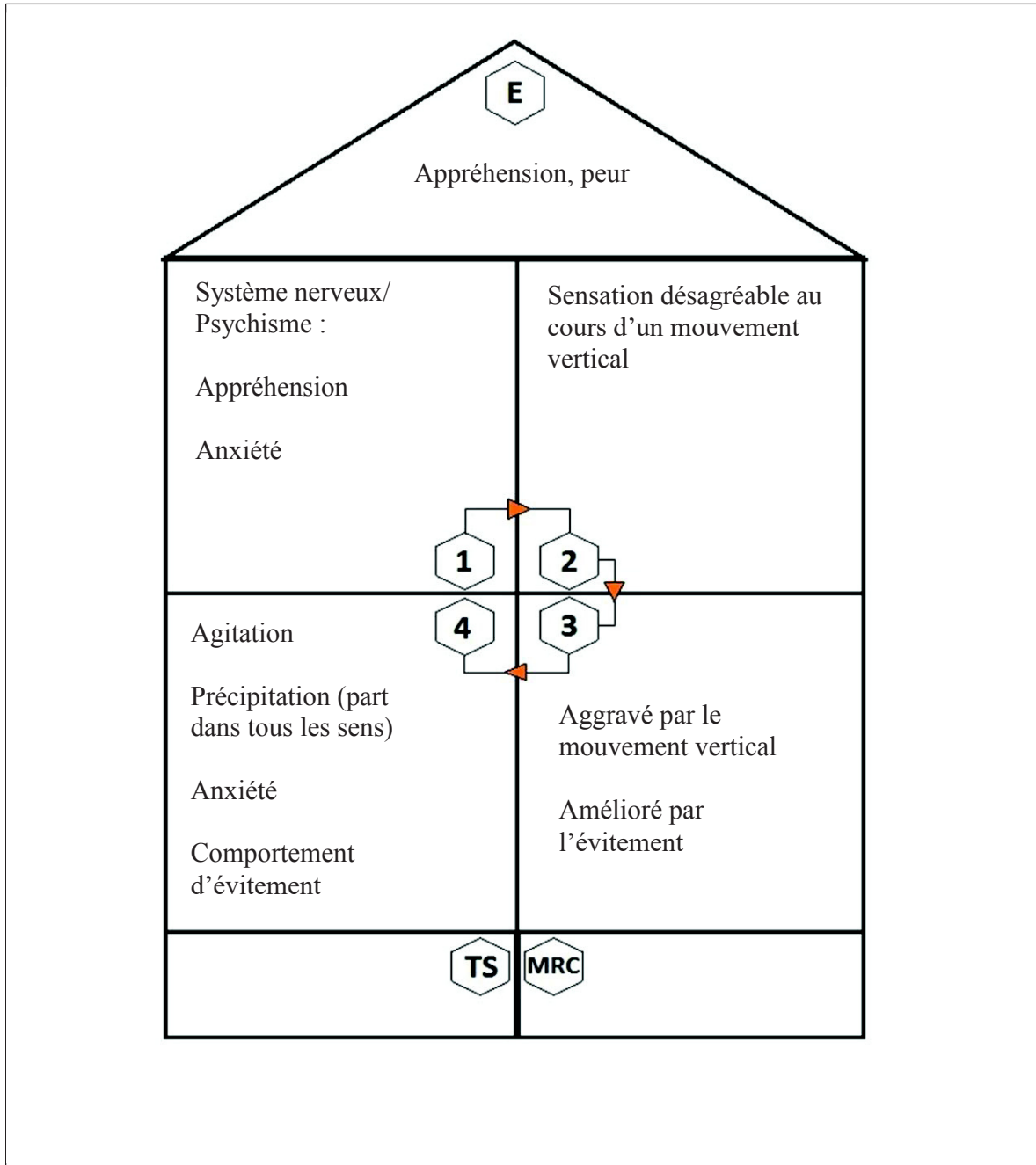
Cas clinique de TAG n°2



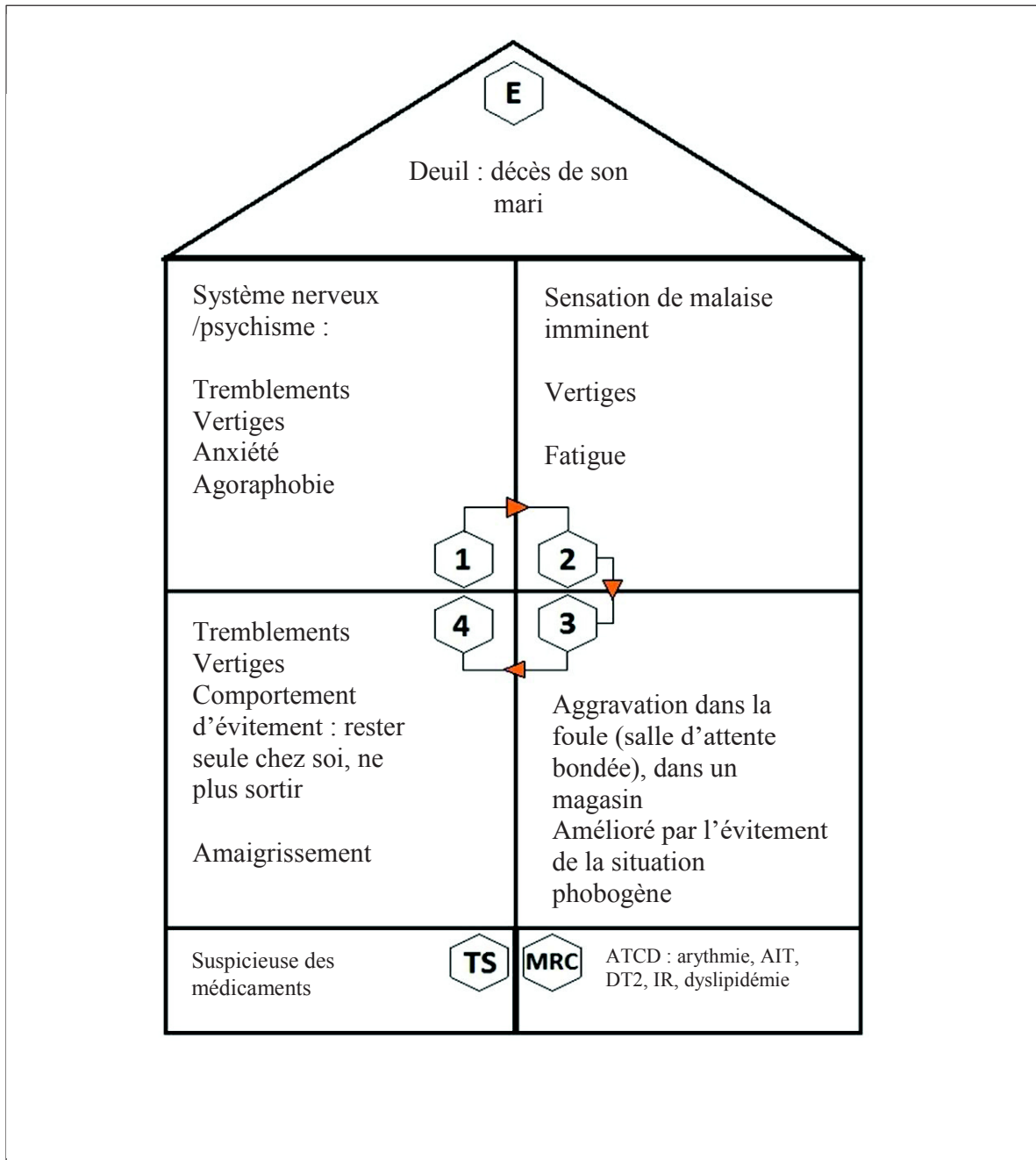
Cas clinique de TOC



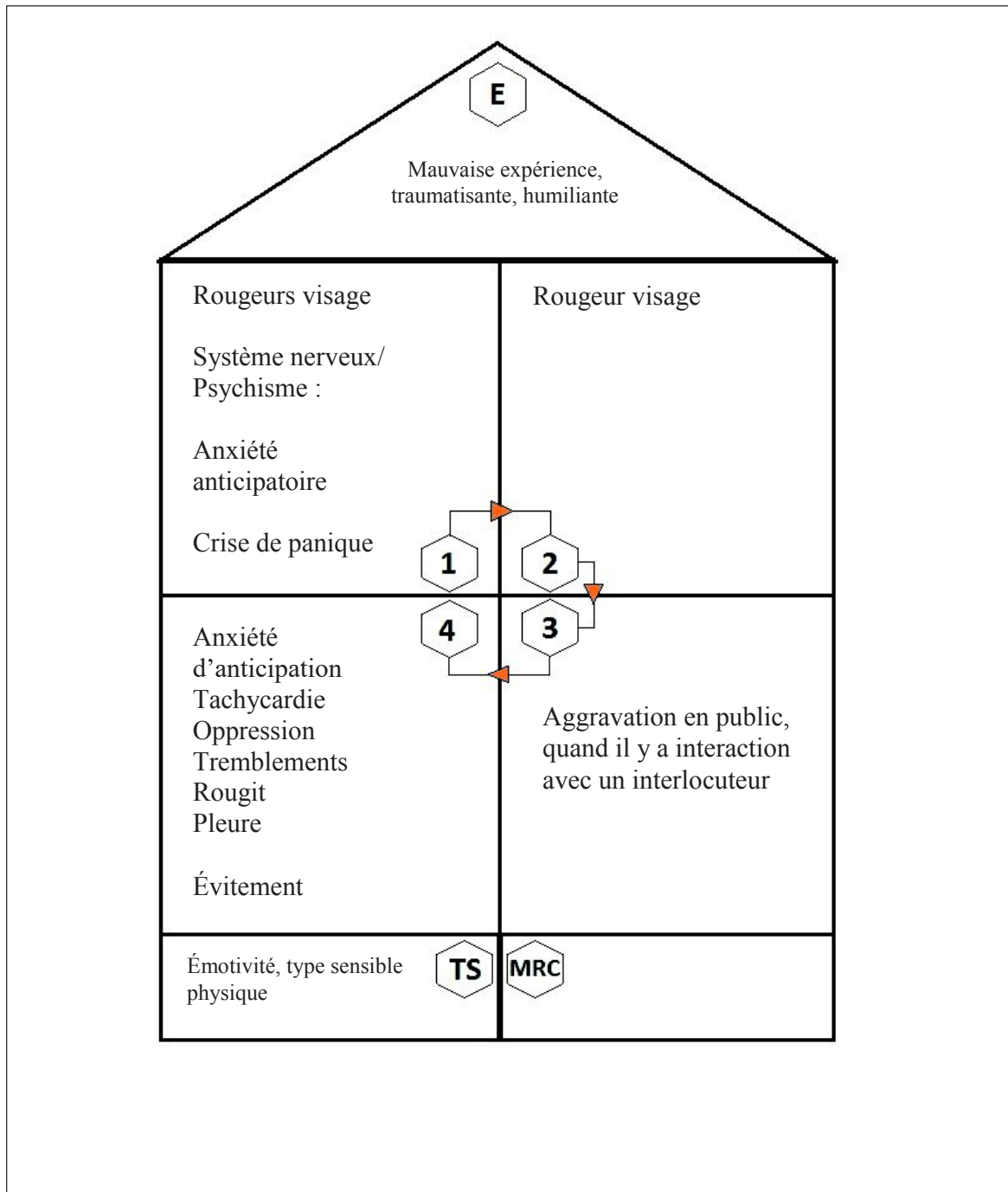
Cas clinique de Phobie spécifique n°1



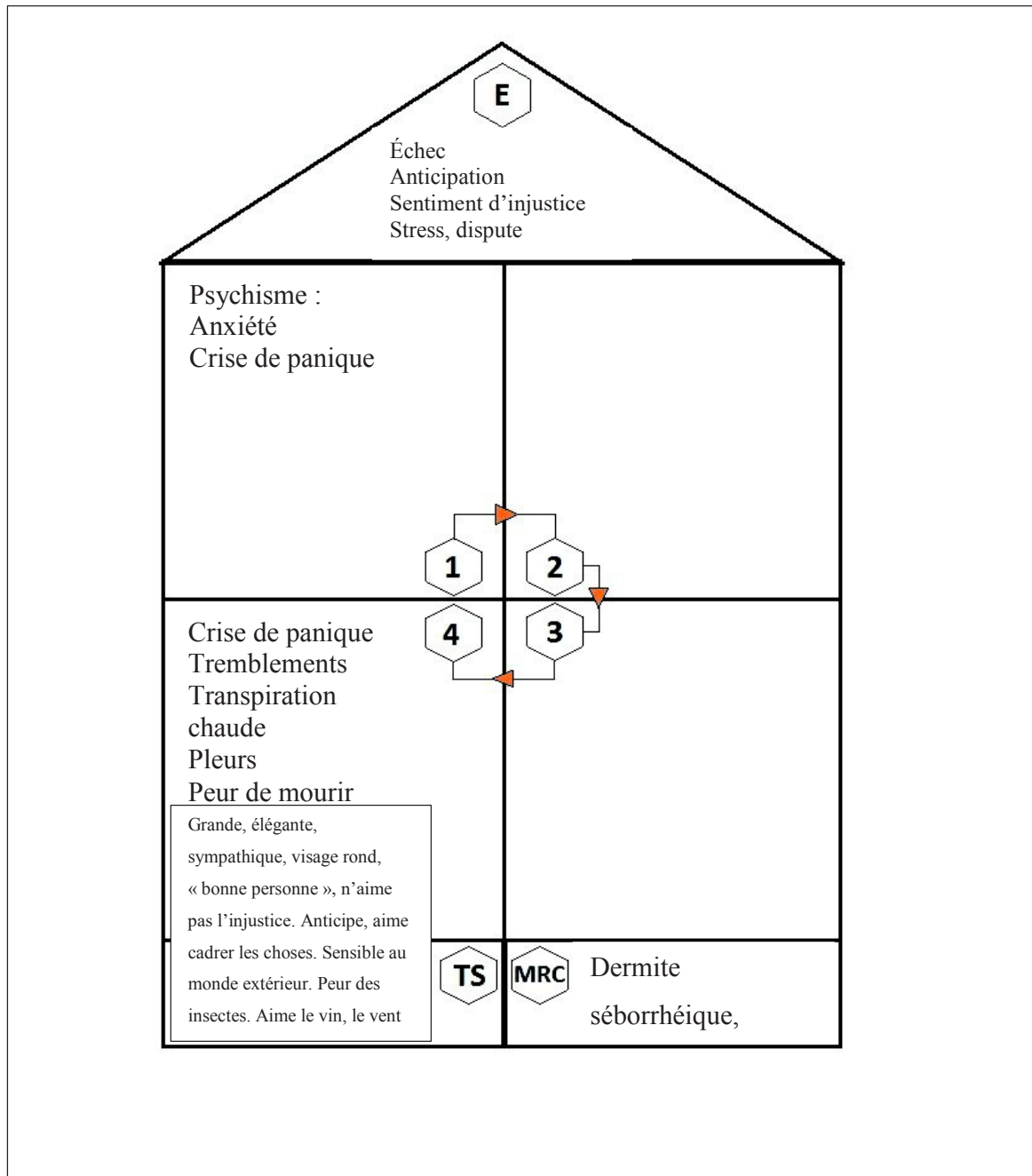
Cas clinique d'Agoraphobie



Cas clinique de phobie sociale



Cas d'anxiété avant examens



SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



ANDREU SABATER Hélène

Troubles anxieux et conseil homéopathique à l'Officine. Étude de quatre souches majeures : *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*.

Th. D. Pharm., Rouen, 2016, 238 p.

RESUME

L'anxiété pathologique peut se présenter sous différentes formes : trouble anxieux généralisé, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, phobie sociale, phobie spécifique ou état de stress post-traumatique.

De nombreux traitements allopathiques (anxiolytiques ou antidépresseurs) sont disponibles pour traiter ces maladies, mais leur prescription peut engendrer une tolérance, une dépendance et des effets indésirables notables. C'est pourquoi l'utilisation de l'homéopathie peut être un véritable atout dans la prise en charge de la pathologie anxieuse, notamment à l'officine. Elle permet d'offrir un contact relationnel appréciable ainsi qu'une solution efficace, si elle est maîtrisée, sans effets indésirables ni contre-indications.

Quatre souches majeures de l'anxiété sont étudiées dans ce travail : *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album* et *Phosphorus*. Certains cas cliniques de comptoir illustrent, en fin d'ouvrage, leur utilité dans ces pathologies anxieuses.

MOTS CLES : Troubles anxieux – Homéopathie - *Aconitum napellus* - *Argentum nitricum* - *Arsenicum album* – *Phosphorus* - Conseil à l'officine

JURY

Président : Mme SEGUIN Élisabeth, Professeur de Pharmacognosie à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen

Membres : Mlle GROULT Marie-Laure, Maître de conférences à l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen

Mme CHESNEAU Sabine, Docteur en Médecine générale et Homéopathe

Mme LOURETTE Céline, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 8 juillet 2016